Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS)

Resultados de la supervisión nacional a hospitales

Serie Informes Defensoriales - Informe Nº 161

Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS)

Resultados de la supervisión nacional a hospitales

Serie Informes Defensoriales - Informe Defensorial N° 161

Informe Defensorial Nº 161
Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales

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, Junio 2013.
100 discos compactos

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2013-08837.

El presente informe ha sido elaborado por la Adjuntía para la Administración Estatal.

Este Informe Defensorial ha sido elaborado por el comisionado de la Adjuntía para la Administración Estatal Carlos A. Almonacid Flores con el apoyo de la médico asesora Mila Villegas Pérez, bajo la dirección de Eugenia Fernán Zegarra, Adjunta (e) para la Administración Estatal. Asimismo, para la sistematización de la información se contó con el apoyo de Lissette Villanueva Hinostroza. Los aspectos logísticos y administrativos estuvieron a cargo de Mónica Preciado Cornejo.

La edición del texto fue realizada por Dany Cruz Guerrero.

La presente publicación se realizó con el auspicio de una canasta de fondos financiada por ACDI (2006-2013), AECID (2007-2013), ASDI (2007-2010), Bélgica (2012-2013) y COSUDE (2006-2011), en el marco del programa "La promoción de la equidad e inclusión para la realización de los derechos humanos" de la Defensoría del Pueblo.

www.defensoria.gob.pe/canastadefondos

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN
1. Objetivo del informe
2. Metodología aplicada, ámbito de la supervisión y estructura del presente informe
3. Competencia de la Defensoría del Pueblo

CAPÍTULO I
MARCO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y A LA SALUD

1.1. Los derechos a la seguridad social y a la salud
1.2. El reconocimiento de los derechos a la seguridad social y a la salud en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos
1.3. Contenido y elementos de los derechos a la seguridad social y a la salud en la doctrina internacional de los derechos humanos
1.4. El reconocimiento de los derechos a la seguridad social y a la salud en el ámbito del derecho interno
1.5. El derecho a la seguridad social y a la salud en los pronunciamientos del Tribunal Constitucional

CAPÍTULO II
POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y SU RELACIÓN CON EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD (AUS)

2.1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)
2.2. El Acuerdo Nacional (AN)
2.3. El Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud (APPS)
2.4. Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS)
2.5. Iniciativa para la reforma del sector salud (RS)

CAPÍTULO III
POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD: LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

3.1. La cobertura universal en salud
3.2. La política del aseguramiento universal en salud (AUS)
3.3. El diseño del aseguramiento universal en salud
    3.3.1. Las entidades de la política del AUS y las funciones diferenciadas
    3.3.2. Los planes de beneficio contemplados en el diseño normativo del AUS
    3.3.3. La protección frente a las enfermedades de alto costo
    3.3.4. Los regímenes de financiamiento del AUS
    3.3.5. Las fuentes del financiamiento del AUS
    3.3.6. La articulación de las instituciones prestadoras de salud
3.4. Avances y agenda pendiente en el contexto del AUS
    3.4.1. La población asegurada
    3.4.2. El gasto de bolsillo
    3.4.3. La oferta de los servicios de salud
    3.3.4. La categorización y acreditación de los establecimientos de salud
    3.3.5. La regulación específica para la implementación del AUS

CAPÍTULO IV
LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL AUS

4.1. Demora en la atención de las personas indocumentadas y aquellas que no se encuentran incorporadas en el Padrón General de Hogares (PGH)
4.2. La falta de delimitación clara de la población objetivo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y de mecanismos para su incorporación
4.3. Los problemas identificados por la diferencia de coberturas
4.4. La oportunidad del servicio de salud: la dilación en el otorgamiento de citas y la lista de espera de cirugías

CAPÍTULO V
LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SISTEMA SANITARIO

5.1. La situación sanitaria en el país
5.2. Las funciones y los objetivos del sistema sanitario
5.3. Los problemas del sistema sanitario

5.3.1. El financiamiento de la salud en el país
5.3.2. Los recursos en el sistema sanitario
5.3.2.1. Los recursos humanos en salud: actores claves en el sistema sanitario
5.3.2.2. La infraestructura de los establecimientos de salud: condiciones básicas de atención
5.3.3. La calidad de los servicios de salud: las expectativas de la población
5.3.4. La rectoría en el sector salud: el rol del Ministerio de Salud (MINSA)

CAPÍTULO VI
RESULTADOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN A LOS HOSPITALES DEL MINSA, GOBIERNOS REGIONALES Y ESSALUD
6.1. Observaciones generales
6.1.1. Infraestructura general de los hospitales
6.1.2. Infraestructura específica de las áreas supervisadas
6.1.3. Los recursos humanos en los hospitales
6.1.4. Los recursos humanos en áreas específicas
6.1.5. El equipamiento y los insumos en las áreas supervisadas
6.2. Condiciones en el acceso
6.3. Servicios básicos para la atención
6.4. Medidas de prevención general
6.5. Identificación del personal de salud
6.6. Mecanismo de reclamo: implementación del libro de reclamaciones
6.7. Servicios higiénicos generales: limpieza y ambientes diferenciados
6.8. Equipamiento, insumos y medicamentos en las áreas supervisadas
6.8.1. Equipamiento, insumos y medicamentos en hospitalización de cirugía
6.8.2. Equipamiento, insumos y medicamentos en centros obstétricos
6.9. Eventos adversos y mortalidad materna
6.9.1. Reporte de eventos adversos en los hospitales supervisados
6.9.2. Conformación de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal
6.10. El consentimiento informado y el derecho a la información en salud
6.10.1. Consentimiento informado en la docencia clínica
6.10.2. Consentimiento informado en las intervenciones médicas
6.10.3. Los canales para garantizar el derecho a la información en salud

6.11. Condiciones específicas de atención
6.11.1. Áreas diferenciadas
6.11.2. Lavado de manos y servicios sanitarios

CAPITULO VII
SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

7.1. Condiciones para el acceso físico a los servicios de emergencia
7.2. Las prácticas de atención en los servicios de emergencia
7.3. Los recursos humanos en los servicios de emergencia
7.4. Equipamiento básico
7.5. Infraestructura básica, ambientes diferenciados y suficientes
7.6. Funcionamiento de los servicios de apoyo
7.7. Coordinación y transporte para traslado de personas

CAPITULO VIII
LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PERSONA USUARIA

8.1. Resultados de las entrevistas obtenidas en los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) y gobiernos regionales (GR)
8.1.1. La condición de la persona atendida
8.1.2. Las dificultades en la atención recibida
8.1.3. La valoración de la eficacia de la atención recibida
8.1.4. La valoración de la atención médica recibida
8.1.5. La valoración de la información del personal de salud
8.1.6. La valoración del trato del personal de salud
8.1.7. La disponibilidad de medicamentos en los hospitales
8.2. Resultados de las entrevistas obtenidas en los hospitales de EsSalud
8.2.1. Las dificultades en la atención recibida
8.2.3. La valoración de la eficacia de la atención recibida
8.2.4. La valoración de la atención médica recibida
8.2.5. La valoración de la información del personal de salud
8.2.6. La valoración del trato del personal de salud
8.2.7. La disponibilidad de medicamentos en los hospitales

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXOS

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIES	Consorcio de Investigación Económica y Social
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EE.SS	Establecimientos de salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
GR	Gobierno Regional
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
IPRES	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LMAUS	Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
MML	Municipalidad Metropolitana de Lima
MYPES	Micro y Pequeña Empresa
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS/WHO	Organización Mundial de la Salud/World Health Organization
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PC	Plan Complementario
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PGH	Padrón General de Hogares
PIDESC	Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNCS	Plan Nacional Concertado de Salud
RENIEC	Registro Nacional de Identidad y Estado Civil
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SISOL	Sistema de la Solidaridad
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
TB	Tuberculosis
TC	Tribunal Constitucional del Perú
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

La salud de los peruanos y peruanas debe ser una prioridad en la agenda del Estado, pues la protección y defensa de los derechos a la salud y a la seguridad social se encuentra estrechamente vinculada con la dignidad y la vida de las personas.

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 de calidad. La creación de estas condiciones es posible por la existencia de un sistema sanitario que organizadamente debe prestar atención y desarrollar políticas, planes y programas para conservar o restablecer la salud de las personas.

Conjuntamente con la mejora del estado de salud, el sistema sanitario debe garantizar la protección financiera frente a la enfermedad, pues los costos de la atención suelen convertirse en barreras que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud. Estas barreras son especialmente difíciles de superar para muchas personas, e incluso pueden llevarlas a la pobreza o a la pobreza extrema cuando se enfrentan a enfermedades catastróficas.

Afirmar que el acceso a los servicios de salud y la asistencia médica es una obligación del Estado implica, además, que la prestación en los establecimientos debe darse en el marco del respeto de la dignidad y de los derechos de las personas. Así, además de mejorar la salud y garantizar la protección financiera, la atención debe caracterizarse por ser respetuosa, oportuna, informada, consentida y, por supuesto, de buena calidad.

No obstante, el sistema sanitario en el Perú no cumple plenamente con estas condiciones, generando inequidades respecto a la salud. La atención que recibe una persona no suele ser la misma si reside en la capital o en el interior del país. Además, es evidente que los grupos que se encuentran en desventaja social suelen enfrentar, además de las geográficas, barreras económicas, sociales y culturales para poder acceder a los servicios médicos de calidad.

En este contexto, el Estado ha llevado a cabo iniciativas para acercar el desarrollo a todas las personas mediante el acceso a los

servicios de salud que necesiten, sin que deban enfrentarse a la ruina económica porque deban pagar por ellos. Este es el concepto de «cobertura universal en salud» que ha desarrollado la Organización Mundial de la Salud y ha impulsado a los estados para llevarla a cabo.

A diferencia de otros planes y políticas, la cobertura universal en salud, no solo facilita el acceso equitativo a los servicios de salud, sino que también consiste en una reforma sobre el sistema sanitario en sí, pues es concebida como un medio para superar sus dificultades y lograr su mayor eficiencia y cumplir con estándares de calidad.

Estas son las razones por las cuales la Defensoría del Pueblo ha realizado un seguimiento a la implementación de la política de Aseguramiento Universal en Salud, pues se proyecta como una reforma que pretende facilitar el acceso a los servicios de salud para todas las personas sin distinción y supone, a la vez, realizar cambios sustanciales en el sistema sanitario peruano.

Es por ello que, luego de la implementación gradual del AUS en la zona piloto en Lima y Callao en el 2010, la Defensoría del Pueblo elaboró el Informe de Adjuntía N° 033-2010-DP/AAE, «Problemas identificados en el acceso al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud», el cual dio cuenta de las primeras dificultades advertidas en su diseño, así como de las recomendaciones propuestas para superarlas.

Asimismo, en el año 2011, luego de una supervisión realizada a veinticuatro centros de salud y a seis hospitales de las regiones piloto de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, se emitió el Informe de Adjuntía N° 015-2011-DP/AAE, «Problemas advertidos con la implementación del Aseguramiento Universal en Salud (AUS)».

Ambas investigaciones nos llevaron a la conclusión que era necesario realizar un estudio que permita identificar con una mayor profundidad los principales problemas que dificultan el goce pleno de los derechos a la seguridad social y a la salud en nuestro país, pues consideramos que la reforma del AUS no puede tener como única finalidad que un mayor número de personas cuente con un seguro de salud, sino que es indispensable que el sistema sanitario garantice una atención eficaz y respetuosa de la dignidad y los derechos de las personas.

Por estas razones, y en el marco de sus competencias constitucionales y legales, la Defensoría del Pueblo consideró pertinente identificar los principales problemas del sistema sanitario, los retos que se enfrenta en el contexto de la política del AUS y formular las recomendaciones necesarias para superarlos y alcanzar la meta de acceso a la salud con calidad para todas las personas.

En esa perspectiva, el presente informe muestra los resultados de una supervisión realizada en el 2012 a los principales hospitales a nivel nacional en áreas específicas y aspectos generales que consideramos relevantes. Creemos que para supervisar una política de reforma tan importante como el AUS, es indispensable tomar en cuenta las condiciones reales en las que se encuentran operando los establecimientos de salud.

La investigación realizada nos lleva a reconocer que existen avances en la implementación de esta reforma. Sin embargo, este estudio evidencia problemas estructurales y de gestión en el sistema sanitario peruano, cuya solución debe ser llevada a cabo a partir del ejercicio de las competencias compartidas en salud por el Gobierno Nacional y los gobiernos regionales.

De este modo, mediante el presente Informe Defensorial N° 161, «Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales», damos a conocer, siempre desde una perspectiva de derechos, los problemas del sistema sanitario que nuestra institución ha identificado en la supervisión de la política del AUS.

La Defensoría del Pueblo pone a disposición de las instituciones involucradas con esta política de Estado el presente informe, con la finalidad de colaborar con los datos obtenidos en el abordaje y solución de los problemas advertidos para lograr la tan ansiada realización de los derechos a la salud y a la seguridad social en nuestro país.

Lima, junio de 2013.

Eduardo Vega Luna
Defensor del Pueblo (e)

INTRODUCCIÓN

1. Objetivo del informe

El objetivo del presente informe consiste en evaluar la política nacional del aseguramiento universal en salud y las condiciones de atención de los establecimientos de salud, para que se pueda establecer en qué medida se encuentran garantizados los derechos a la seguridad social y a la salud, así como el cumplimiento de las obligaciones que se desprenden de ellos.

Para tal efecto, se ha considerado como marco referencial las disposiciones contenidas en los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos y sus documentos interpretativos, en particular las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Asimismo, se ha tomado en consideración las disposiciones constitucionales, el marco normativo desarrollado para la implementación de la política de aseguramiento universal (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud[1] y su reglamento),[2] la Ley General de Salud, Ley N° 26842,[3] la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley 29414,[4] y las disposiciones reglamentarias y técnicas emitidas por el Ministerio de Salud en su calidad de ente rector.

2. Metodología aplicada, ámbito de la supervisión y estructura del presente informe

La supervisión de la política del aseguramiento universal en salud se centró en la evaluación de aquellos aspectos normativos y de diseño que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud para

---

[1] Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344, publicada en el Diario Oficial *El Peruano* (en adelante *El Peruano*) el 9 de abril de 2009.

[2] Reglamento de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, publicado en *El Peruano* el 3 de abril de 2010.

[3] Publicada en *El Peruano* el 20 de julio de 1997.

[4] Publicada en *El Peruano* el 2 de octubre de 2009.

la población e identificar los principales problemas del sistema sanitario que puedan constituir un obstáculo para avanzar en esta importante política.

Para tal efecto, se analizó el marco normativo y se sostuvo reuniones con oficinas del Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud y EsSalud, así como con la Red Nacional de Pacientes.

Esta evaluación fue complementada con la supervisión en el 2012 a los hospitales del Ministerio de Salud, de los gobiernos regionales y del Seguro Social de Salud (EsSalud), a efectos de evaluar las condiciones de atención de cara a la implementación de la política de aseguramiento.

La supervisión comprendió una entrevista general al Director o responsable del hospital y visita a las áreas de: consulta externa de medicina general, hospitalización de cirugía general, centro obstétrico y el servicio de emergencia, además de la aplicación de una entrevista de percepción a usuarios y usuarias. Para tal efecto, se eligió supervisar el nivel de atención correspondiente a hospitales (categorías II-1, II-2, III-1 y III-E) por ser éstos los responsables de las atenciones complejas.[5]

Para tal efecto, el presente informe cuenta con ocho capítulos. En el primer se desarrolla el marco de protección de los derechos a la seguridad social y a la salud, tanto en el ámbito internacional como nacional, así como el contenido y las obligaciones que se desprenden de ambos derechos. En el segundo capítulo se exponen las principales políticas vinculadas al aseguramiento universal en salud (AUS) que asumió el Estado para buscar la realización de los derechos a la seguridad social y a la salud.

Seguidamente, en el tercer capítulo se desarrolla el diseño normativo del AUS, las instituciones involucradas con esta política, los regímenes que ha previsto, los planes de beneficios que ofrece, además de los avances y los retos. En el cuarto capítulo se abordan los problemas en el acceso a los servicios de salud en el contexto del AUS identificados y en el quinto, los principales problemas del sistema sanitario

[5] La lista de hospitales visitados aparece en el anexo N° 1, en que se muestran, además, las fichas que fueron aplicadas en cada establecimiento.

En el sexto capítulo se da cuenta de los resultados de la supervisión a los hospitales en los aspectos generales, mientras que en el penúltimo capítulo se exponen los resultados en lo que concierne a los servicios de emergencia, y en el último capítulo los resultados de las entrevistas realizadas a las personas usuarias de los hospitales supervisados.

Finalmente, el informe contiene las conclusiones y las recomendaciones dirigidas a los distintos actores, a efectos de superar las deficientes advertidas y, de este modo, colaborar con esta importante reforma del Estado.

3. Competencia de la Defensoría del Pueblo

Conforme a lo previsto en el artículo 162° de la Constitución Política del Perú y el artículo 1° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, compete a nuestra institución la defensa de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad, así como la supervisión del cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la adecuada prestación de los servicios públicos.

En este contexto, corresponde a nuestra institución velar por la vigencia de los derechos a la seguridad social y a la salud, reconocidos tanto en la Constitución Política,[6] como en las leyes que los desarrollan con relación a las obligaciones del Estado de garantizar que el acceso a los servicios de salud se equitativo y que las prestaciones sean otorgadas en términos aceptables de calidad, oportunidad y eficacia.

[6] Cfr. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, artículo 7°: «Todos tienen derecho a la protección de su salud […]». También el artículo 10°: «El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida».

CAPÍTULO I

MARCO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y A LA SALUD

1.1. Los derechos a la seguridad social y a la salud

El reconocimiento y el ejercicio de los derechos a la seguridad social y a la salud son indispensables para que toda persona pueda garantizar su existencia en condiciones dignas y desarrollar y potenciar sus capacidades. El ejercicio de ambos derechos permite además alcanzar los valores y principios del Estado Social de Derecho consagrados en la Constitución Política del Estado.

Si bien los regímenes de seguridad social y los servicios de salud tienen antecedentes diferentes, desde un principio han tenido cierta similitud de objetivos y actualmente manifiestan relaciones de interdependencia bastante claras.[7] Es por ello que existe una clara vinculación del derecho a la seguridad social y a la salud, pues la protección del primero, implica las prestaciones de salud que efectivamente garantizan el segundo.

El derecho a un sistema institucionalizado de prestaciones para determinadas contingencias, como es la seguridad social, se justifica en la necesidad de garantizar —a través del Estado mediante obligaciones— la dignidad de toda persona cuando se encuentra en circunstancias difíciles de afrontar y que le privan de la capacidad de ejercer plenamente sus derechos y capacidades.[8]

Por su parte, el derecho a la salud comprende la garantía de niveles esenciales de protección de la salud, pues es la enfermedad

---

[7] Cfr. PALACIO, Jorge. «El derecho a la seguridad social en salud: hacia un nuevo sistema de protección social que garantice el goce efectivo y pleno del derecho a la salud dentro de un marco financiero sostenible». Disponible en: http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/DERECHO%20A%20LA%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20EN%20SALUD.PHP Consultada el 13 de febrero de 2013.

[8] COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General N° 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 39º período de sesiones, 2007, E/C.12/GC/19 del 4 de febrero de 2008. Disponible en: www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Sgencomm19.pdf Consultada el 25 de enero de 2012.

como las condiciones que la favorecen, son las que menoscaban la propia existencia y la dignidad de la persona. De ahí que existe una responsabilidad del Estado para favorecer las condiciones normativas y materiales que permitan su ejercicio, a través de actuaciones de tipo individual y de tipo preventivo y promocional.[9]

La relevancia de ambos derechos ha permitido su reconocimiento en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, en la Constitución Política del Estado, en la legislación nacional que los ha desarrollado y en la Jurisprudencia Constitucional que ha resaltado su importancia.

1.2. El reconocimiento de los derechos a la seguridad social y a la salud en el ámbito del Derecho Internacional de los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Dudh) como el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc) han reconocido de forma expresa el derecho que tiene toda persona a la seguridad social, extendiéndolo incluso al seguro social. De modo similar, el derecho a la salud tiene un reconocimiento en ambos instrumentos. En el primero, se detalla los derechos a la asistencia médica y a los seguros en caso de enfermedad.[10] Asimismo, se hace hincapié en los cuidados propios que demanda la atención de la salud materna y de la infancia.

Por su parte, el Pidesc define el derecho a la salud como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, buscando resaltar la integridad del concepto, pues no solo se refiere a la salud física sino también a la mental. Gracias a este reconocimiento, este pacto establece obligaciones claramente definidas para prevenir y tratar las enfermedades, mediante la creación de un sistema de

---

[9] 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.

[10] DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, artículo 25°: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud […], y en especial la alimentación […] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de […], enfermedad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales".

asistencia y servicios médicos,[11] otorgando una especial atención a la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre contiene una definición clara del derecho a la seguridad social, pues la considera como el derecho a la protección contra las consecuencias de determinadas contingencias que, generándose de cualquier otra causa ajena a la voluntad de la persona, la imposibilitan física o mentalmente para obtener los medios para su subsistencia.[12] Al referirse al derecho a la salud, esta declaración la concibe en un sentido amplio, pues se refiere a ella como el derecho a que la salud de la persona sea preservada no solo por medidas sanitarias, sino también *sociales*, dentro de las cuales destaca la alimentación, el vestido, la vivienda y la propia asistencia médica.[13]

Al igual que la Dudh y el Pidesc, la Declaración Americana refuerza de manera expresa los cuidados y ayudas especiales que demanda la salud de la mujer cuando se encuentra en estado de gestación o en época de lactancia, así como la de todo niño, niña o

---

[11] PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, artículo 12°: «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. Entre las medidas que deberán adoptar [...] a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortinatalidad 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».

[12] DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE, artículo XVI: «Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia».

[13] Idem, artículo XI: «Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad».

adolescente, pues se reconoce que por sus propias condiciones requieren de especial cuidado.[14]

Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (conocido como Pacto de San Salvador), es más específico en el reconocimiento de los derechos a la seguridad social y a la salud y de las obligaciones que se desprenden de ellos. Cuando se refiere al primero, el protocolo ya no solo lo describe como la protección contra las contingencias que imposibiliten a la persona para obtener medios para su subsistencia, sino que la extiende al concepto de *vida digna*, precisando además, que este derecho cubre también la atención médica cuando se trate de personas que se encuentran laborando.[15]

Este protocolo también extiende el concepto del derecho a la salud considerándolo como el derecho al más alto nivel de bienestar, no sólo físico y mental, sino también social. Este reconocimiento comprende, según lo establecido por este protocolo, entender a la salud como un *bien público* cuyo responsable principal es el Estado, cuyas principales obligaciones son garantizar la atención primaria, la inmunización contra las principales enfermedades, la extensión de los beneficios de los servicios de salud, en especial a los grupos que por sus condiciones de mayor riesgo o pobreza sean más vulnerables, y la prevención y el tratamiento de las enfermedades.[16]

---

[14] Idem, artículo VII: «Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales».

[15] PROTOCOLO DE SAN SALVADOR, artículo 9°, Derecho a la Seguridad Social: «Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias […] de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente […]. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica […]».

[16] Idem, artículo 10°, el Derecho a la Salud: «Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra

1.3. Contenido y elementos de los derechos a la seguridad social y a la salud en la doctrina internacional de los derechos humanos

Con el afán de poder contribuir al cumplimiento de las obligaciones de los Estados, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante Comité), a partir de la interpretación del Pidesc, ha definido el contenido normativo y las obligaciones que se desprenden de los derechos a la seguridad social y a la salud. Esta interpretación está contenida en las observaciones generales que ha desarrollado: la Observación General N° 19 «El Derecho a la Seguridad Social»[17] y la Observación General N° 14 «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud».[18]

De acuerdo a lo señalado por este comité, se puede advertir que la seguridad social incluye el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales con el fin de obtener protección contra determinadas contingencias. Además, gracias a su carácter redistributivo, la seguridad social desempeña un papel importante para reducir y mitigar la pobreza, prevenir la exclusión social y promover la inclusión social. Para tal efecto, el Estado puede implementar medidas como los planes contributivos o planes basados en un seguro, como el seguro social (estos planes implican generalmente el pago de cotizaciones obligatorias), y los planes no contributivos, como los planes universales

---

las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables».

[17] COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 19*: *El derecho a la seguridad social (artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 39° período de sesiones, 2007, E/C.12/GC/19 del 4 de febrero de 2008. Disponible en <www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Sgencomm19.pdf> Consultada el 14 de noviembre de 2012

[18] Idem, *Observación General N° 14*, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 22° período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm> Consultada el 14 de noviembre de 2012.

(que en principio ofrecen la prestación a toda persona expuesta a una situación imprevista particular) o los planes de asistencia social destinados a las personas necesitadas.

Este derecho humano a la seguridad social incluye el derecho a no ser sometido a restricciones arbitrarias o poco razonables de la cobertura social existente, así como el derecho a la igualdad en el disfrute de una protección suficiente contra los riesgos e imprevistos sociales. En esa línea, se prevé que debe contener los siguientes elementos que ayudan a configurarlo.[19]

El elemento de *disponibilidad,* pues la seguridad social requiere la existencia de un sistema (con independencia de que esté compuesto de uno o varios planes) que garantice las prestaciones previstas por la ley. Precisamente por ello, como un segundo elemento, se encuentran *los riesgos e imprevistos sociales,* que forman parte de la seguridad social. Uno de estos es la atención sanitaria, que obliga al Estado a contar con sistemas de salud que prevean un acceso adecuado de todas las personas. Como tercer elemento se encuentra el *nivel suficiente,* que garantiza que *todos* puedan gozar de sus derechos a la protección y de acceso suficientes a la atención de salud, bajo el principio de no discriminación.

Además, como último elemento del derecho a la seguridad social se encuentra la *accesibilidad,* que comprende varios subelementos: la *cobertura*, que garantiza que todas las personas estén cubiertas por el sistema de seguridad social, incluidas las personas y los grupos más desfavorecidos o marginados, a través de planes no contributivos; la *razonabilidad y proporcionalidad* de las condiciones para acceder a las prestaciones del sistema; la *asequibilidad,* que establece que los pagos que exijan cotizaciones deban definirse por adelantado, sean asequibles para todas las personas y no deban comprometer el ejercicio de otros derechos; y el *acceso físico,* por el cual las prestaciones deben concederse oportunamente y los beneficiarios deben tener acceso físico a los servicios de seguridad social con el fin de obtener las prestaciones y la información cuando corresponda.

---

[19] Como se ha advertido, la atención de salud es una de las prestaciones de la seguridad social. Debido a ello, hemos optado por rescatar los principales elementos del derecho a la seguridad social en su vinculación a la prestación del servicio de salud.

A partir de estos elementos del derecho a la seguridad social se establecen una serie de obligaciones para el Estado: obligaciones generales, específicas y básicas, que se exponen con detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 1
Obligaciones del Estado para garantizar el derecho a la seguridad social

Obligaciones generales	- Garantizar el ejercicio del derecho a la seguridad social sin discriminación alguna. - Garantizar la igualdad de derechos de hombres y mujeres. - Adoptar medidas deliberadas y concretas que tengan como finalidad la plena realización del derecho a la seguridad social. - Adecuada prioridad en la legislación y en la política del Estado: mediante una estrategia nacional para lograr la realización de este derecho mediante la asignación de suficientes recursos. - Prohibición de medidas regresivas con respecto a la seguridad social.
Obligaciones específicas	- *Obligación de respetar,* que exige que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el ejercicio del derecho. - *Obligación de proteger,* que exige que los Estados impidan a terceras personas que interfieran en el disfrute del derecho - *Obligación de cumplir,* se subdivide en *facilitar, promover y garantizar*. Estas obligaciones comprenden el reconocimiento del derecho en el ordenamiento, es decir: adoptar estrategias y contar con un plan de acción para su realización, asegurando que el sistema sea adecuado y esté al alcance de todos. Además, garantizar una educación y una sensibilización pública sobre el acceso a los planes de seguridad social, en particular en las zonas rurales y en las zonas urbanas desfavorecidas; y establecer planes no contributivos para prestar apoyo a las personas y los grupos que no puedan hacer suficientes cotizaciones para su propia protección.
	- Asegurar el acceso a un sistema de seguridad social que ofrezca a todas las personas y familias un nivel mínimo indispensable de prestaciones que les permita obtener, por lo menos, atención de salud esencial.

Obligaciones básicas	- Asegurar el derecho de acceso a los sistemas o planes de seguridad social sin discriminación alguna, en especial para las personas y los grupos desfavorecidos y marginados. - Respetar y proteger los regímenes de seguridad social existentes de injerencias injustificadas. - Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de seguridad social. - Adoptar medidas para aplicar planes de seguridad social, en particular los destinados a proteger a las personas y los grupos desfavorecidos y marginados. - Vigilar hasta qué punto se ejerce el derecho a la seguridad social.

Elaboración: Defensoría del Pueblo, a partir de la Observación General N° 19 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Derecho a la Seguridad Social.

En la Observación General N° 14, el Comité comprende el derecho a la salud como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de la salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud. Además, resalta que este derecho entraña derechos y libertades: el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como la libertad de controlar su salud y su cuerpo, y no padecer de injerencias o tratamiento médicos no consensuados.

De modo similar al derecho a la seguridad social, el Comité contempla los elementos esenciales e interrelacionados que comprenden el derecho a la salud.

El primero de ello es la *disponibilidad*, mediante la cual se prevé que se cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas. Esta condición alcanza a hospitales y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado de acuerdo a las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales. Un segundo elemento es la *accesibilidad*, por la cual se establece que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación de algún tipo.

Este elemento presenta cuatro dimensiones superpuestas: la *no discriminación* (los establecimientos, bienes y servicios de salud

deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna), *la accesibilidad física* (los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables), la *accesibilidad económica* (los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, debido a lo cual los pagos por servicios de atención de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios estén al alcance de todos), y *el acceso a la información* (comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin que este acceso afecte el derecho a que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad).

Un tercer elemento es el de la *aceptabilidad,* por la cual los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Y un cuarto elemento es el de la *calidad* por el cual se demanda que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

A partir de estos elementos del derecho al más alto nivel posible de salud física, mental y social, el Comité identifica una serie de obligaciones para el Estado: generales, específicas y básicas. Se detallan en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 2
Obligaciones del Estado para garantizar el derecho a la salud

Obligaciones generales	- Garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin discriminación alguna. - Adoptar medidas en aras de la plena realización del derecho a la salud: legislativas, administrativas y presupuestales. - Prohibición de medidas regresivas con respecto a la seguridad social.
Obligaciones específicas	- *Obligación de respetar,* que exige que los Estados se abstengan de denegar o limitar el ejercicio del derecho a la salud, además de imponer prácticas discriminatorias incluidas aquellas relacionadas a la mujer o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva. - *Obligación de proteger,* que exige que los Estados adopten leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud proporcionados por terceros, así también que los mismos no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud. - *Obligación de cumplir,* que comprende el reconocimiento del derecho en el sistema político y normativo así como adoptar una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, garantizar la atención de salud, establecer programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud. Además, contar con infraestructura de la sanidad pública con la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país y la obligación de establecer un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos. Cabe anotar que los Estados tienen la obligación que en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho, cuenten con con ayuda de los medios a su disposición.
	- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo

Obligaciones básicas	que respecta a los grupos vulnerables o marginados. - Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS. - Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud. - Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población. - Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil. - Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad. - Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas. - Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad. - Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

Elaboración: Defensoría del Pueblo, a partir de la Observación General N° 14 del Comité DESC, el Derecho al más alto nivel de posible de salud física y mental.

1.4. El reconocimiento de los derechos a la seguridad social y a la salud en el ámbito del derecho interno

El derecho a la seguridad social tiene un reconocimiento expreso en la Constitución Política del Estado. De acuerdo a lo establecido en su artículo 10°, toda persona tiene el derecho universal y progresivo a la seguridad social para hacer frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.[20] Es importante retener este último aspecto, pues es posible colegir que la seguridad social existe para las contingencias que determine el legislador

[20] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, artículo 10°: «El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida».

teniendo como finalidad última mejorar las condiciones de vida o elevar la vida en condiciones dignas.

La Norma Suprema también reconoce el derecho a la salud y, especialmente, a su protección, en el artículo 7°, sujetándolo al deber de las personas y de la sociedad de contribuir a su promoción y defensa. En esa línea, el artículo 9° encomienda al Estado determinar la política nacional de salud, normándola y supervisando su aplicación. Cabe agregar que según lo normado por la Constitución, el diseño de la política debe ser conducido para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud (*equidad en salud*), garantizando el libre acceso a prestaciones de salud, ya sea a través de entidades públicas, privadas o mixtas, y supervisando su eficaz funcionamiento.

Cabe resaltar que, al igual que en los instrumentos internacionales, la Constitución también ha considerado necesario priorizar la protección de determinados sujetos, entre los cuales resaltan los niños, niñas y adolescentes y las madres (que comprende a las mujeres gestantes)[21] a través de obligaciones especiales.

La relevancia de considerar a los derechos a la seguridad social y a la salud en la Constitución, implica un reconocimiento del carácter fundamental de ambos, además de reafirmar el papel que cumplen en el actual Estado Social de Derecho, mediante el cual se generan obligaciones estatales que promuevan políticas, programas y acciones orientadas a buscar su realización.

1.5. El derecho a la seguridad social y a la salud en los pronunciamientos del Tribunal Constitucional

En atención al marco normativo desarrollado y a partir de la resolución de casos, el Tribunal Constitucional ha emitido una jurisprudencia que nos permite dar mejores alcances del contenido de los derechos a la seguridad social y a la salud, así como de los deberes que se desprenden de cada uno de ellos.

Es necesario precisar que estos derechos pertenecen a la categoría de derechos económicos, culturales y sociales. En ese sentido, de acuerdo a su naturaleza, señala el Tribunal, requieren ser

---

[21] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, artículo 4°: «La comunidad y el Estado protegen especialmente *al niño, al adolescente, a la madre* y al anciano en situación de abandono. También protegen a la familia y promueven el matrimonio» (énfasis nuestro).

delimitados por leyes de configuración. A través de estas, el legislador es el llamado a definir las políticas sociales del Estado, siempre con la limitación de que tanto la ley emitida como su aplicación no afecten el contenido de los derechos.

Es importante rescatar que el Tribunal Constitucional, cuando se refiere a la seguridad social, expresa que su reconocimiento constitucional supone admitirlo como un derecho humano fundamental que supone la garantía por la cual se asiste a la persona para que la sociedad provea instituciones y mecanismos a través de los cuales pueda obtener recursos de vida y soluciones para ciertos problemas o contingencias preestablecidos.[22]

En esa línea, ha precisado que el contenido de la seguridad social se encuentra conformado fundamentalmente por los siguientes aspectos: a) por las disposiciones legales que establecen las condiciones de pertenencia a un determinado régimen de seguridad social, b) por las disposiciones legales que establecen las condiciones para la obtención de un derecho subjetivo a una determinada prestación, y c) por el principio de solidaridad, explicado como portador de la justicia redistributiva subyacente en todo sistema de seguridad social.[23]

De otro lado, también ha admitido que la seguridad social como garantía contempla las prestaciones de salud, bien que sean preventivas, reparadoras o recuperadoras. En tal caso, la salud, o más precisamente su alteración, se convierte en la contingencia a ser protegida a través de la seguridad social, buscando con ello el mantenimiento de la calidad de vida o de la vida en condiciones dignas.

Al referirse al derecho a la salud, el Tribunal ha remarcado el carácter fundamental de este derecho, independientemente del lugar que ocupa en el texto constitucional, pues considera que existe una relación evidente con el derecho a la dignidad, a la vida y al libre desarrollo de la personalidad. Como se ha señalado, la enfermedad y las condiciones que la favorecen llegan a afectar gravemente la dignidad, la vida y la integridad de toda persona.

En una de las sentencias más conocidas vinculadas al derecho a la salud, el Tribunal ha deducido el carácter fundamental de derecho por

---

[22] Expediente N° 008-1996-AI/TC, Sentencia, Fundamento N° 10.

[23] Expediente N° 04091-2011- PA/TC, Sentencia, Fundamento N° 1.

cuanto su vulneración puede comprometer otros derechos de la persona. Además, ha señalado que la salud puede considerarse como la facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica. Por ello, el derecho a la salud se proyecta como la conservación y el restablecimiento de este estado cuando es alterado.[24]

Ello trae como consecuencia, según lo señalado por el TC, que existe un deber para que ni el Estado ni un particular lo afecte, proyectándose el derecho a la salud como un derecho reaccional o de abstención. Sin embargo, como la mayoría de derechos constitucionales, el de la salud también presenta una dimensión positiva que demanda acciones a su favor y lo configura como un *derecho prestacional*; es decir, como un derecho para cuya satisfacción se requiere acciones prestacionales del Estado.

Cabe señalar, además, que en otro de los pronunciamientos emitidos por este Tribunal, la salud es entendida como el cuidado personal, lo cual se traduce en una atención médica no solo adecuada, sino también *oportuna.* Este derecho comprende, asimismo, condiciones mínimas expresadas en aquellos factores como nutrición, vivienda, condiciones ambientales y ocupacionales saludables, que también condicionan su ejercicio. En ese sentido, se reconoce que existe el deber del Estado de implementar progresivamente, y cada vez de forma más consolidada, políticas, planes y programas que mejoren la calidad de vida de las personas.

Con relación al vínculo del derecho a la seguridad social y el derecho a la salud, el Tribunal Constitucional ha precisado en una de sus últimas sentencias que el acceso a las prestaciones de salud previsto en la Constitución, constituyen una manifestación —y la no única por cierto— de la garantía institucional de la seguridad social. En ese sentido, las prestaciones de salud guardan relación con la seguridad social en cuanto son brindadas a través de esta última. Por tal motivo, cuando existe compatibilidad o relación entre el contenido del derecho a la salud y las disposiciones legales que regulan el sistema de seguridad social, el derecho a la salud asumirá su característica de *condición habilitante* para el ejercicio de otros derechos.

---

[24] Expediente N° 3208-2004-AA/TC, Sentencia, Fundamento N° 6.

Finalmente, reafirmando la estrecha relación e interdependencia que tiene el derecho a la salud con los derechos a la vida, la integridad y la dignidad, afirma que este derecho comprende el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.[25] Por ello, los servicios de salud cobran vital importancia, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida, sino que en la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los personas.[26]

[25] Expediente N° 2945-2003-AA/TC, Sentencia, Fundamento N° 30.

[26] Ibidem.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y SU RELACIÓN CON EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Aun cuando no es posible identificar la integridad de una política pública en un documento, sí es posible, en cambio, advertir en varios de ellos la voluntad política del Estado de asumir ciertos compromisos y objetivos que deben ser seguidos de determinadas acciones. Así, a continuación se presentan los documentos internacionales y nacionales que guardan una relación con la política de aseguramiento y las estrategias que ella conlleva para garantizar los derechos a la seguridad social y a la salud de las personas.

2.1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Al cumplirse el segundo milenio, los representantes de 191 países se comprometieron a luchar contra distintos flagelos de la humanidad, tales como la *enfermedad*, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Estos compromisos son conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).[27] Dentro de ellos, se puede identificar claramente a cuatro que están vinculados directamente con la salud.

Cuadro N° 3
Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud[28]

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5. Población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
4. Reducir la mortalidad infantil	5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños	13. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad

[27] Declaración del Milenio, Resolución A/RES/55/2* aprobada por la Asamblea General en el 55° período de sesiones Tema 60 *b*) del programa.

[28] Cfr. NACIONES UNIDAS, *Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, p. 145-146. Disponible en: www.web.undp.org/latinamerica/docs/regionalspanish.pdf *Consultada el 16 de diciembre de 2012*.

	menores de 5 años	infantil 15. Niños de 1 año vacunados contra el sarampión
5. Mejorar la salud materna	6. Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015	16. Tasa de mortalidad materna 17. Partos con asistencia de personal sanitario especializado
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	18. Hombres y mujeres de 15 a 49 años que viven con VIH/SIDA. 19. Tasa de uso de anticonceptivos 20. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años 21. Muertes asociadas al paludismo 22. Población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23. Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico	30. Acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbana y rural
8. Establecer una alianza mundial para el desarrollo	17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a bajo costo en los países en desarrollo	46. Población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables

Fuente y elaboración: CEPAL/OPS.

Esta consideración a la salud dentro de los ODM tiene sustento en que un buen estado de salud (entendido como el máximo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad) es un requisito necesario para el desarrollo humano con equidad, pues se reconoce que la identificación de las brechas sociales en materia de salud y las medidas para superarlas deben ser consideradas para romper el círculo vicioso de la pobreza y alcanzar, precisamente, el desarrollo humano.[29]

En atención a estos ODM en materia de salud, se sugiere que el Estado realice esfuerzos comunes para alcanzar un progreso en su cumplimiento, los cuales además guardan relación directa con la ampliación de la protección social en salud o la cobertura universal en salud. En ese sentido, el Estado debe alcanzar el desarrollo también a través de las siguientes acciones.[30]

a) Avanzar en materia de protección social en salud, sin la cual no es posible extender la cobertura de las intervenciones más críticas.

b) Apurar el paso hacia una sensible reducción de las inequidades en salud.

c) Fortalecimiento sostenido de la infraestructura en salud pública.

d) Aumentar los niveles de gasto público corriente y de inversión del sector y mejorar sustancialmente la calidad de la asignación de recursos sectoriales.

e) Reorientar los servicios de atención de la salud sobre la base de una nueva estrategia de atención primaria, que promueva la participación activa de los usuarios.

f) Avanzar de forma urgente en la formulación y puesta en práctica de políticas y medidas intersectoriales que tengan verdadera incidencia sobre los determinantes políticos, económicos y socioculturales de las metas de salud.

---

[29] Cfr. NACIONES UNIDAS, *Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, p. 145-146. Disponible en: www.web.undp.org/latinamerica/docs/regionalspanish.pdf *Consultada el 16 de diciembre de 2012.*

[30] Ibidem.

2.2. El Acuerdo Nacional (AN)

Como resultado del diálogo entre los representantes de las fuerzas políticas presentes en el Congreso de la República, de la sociedad civil y del Gobierno, se firmó el Acuerdo Nacional que pretende servir de base para la transición y consolidación de la democracia en el país, la afirmación de nuestra identidad nacional y el diseño de una visión compartida a futuro a través de la formulación de políticas de Estado.[31]

Dentro de las políticas contempladas en este acuerdo se encuentra la denominada «Equidad y Justicia Social», que contiene una serie de objetivos vinculados a la salud: la reducción de la pobreza, la promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, *el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social*, la promoción de la seguridad alimentaria y nutrición, entre otros.

Existen estrategias claras en el Acuerdo Nacional para lograr la Equidad y Justicia Social vinculadas a la salud. Así, se puede identificar las siguientes:

a) Promover el acceso universal a la seguridad social y fortalecer un fondo de salud para la población que no es asistida por tal sistema.

b) Ampliar y descentralizar los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país; potenciar la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas, así como las mentales.

c) Desarrollar una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención.

d) Incrementar progresivamente el presupuesto del sector salud.

---

[31] El ACUERDO NACIONAL fue suscrito el día 22 de julio del 2002 por los partidos políticos: Acción Popular, Frente Independiente Moralizador, Partido Aprista Peruano, Perú Posible, Somos Perú, Unidad Nacional y Unión por el Perú, además de las organizaciones de la Sociedad Civil: Sociedad Nacional de Industrias, Concilio Nacional Evangélico del Perú, Confederación General de Trabajadores del Perú, Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas, Conferencia Episcopal Peruana, Coordinadora Nacional de Frentes Regionales y la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza.

e) Fortalecer las redes sociales en salud, favoreciendo la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud.

2.3. El Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud (APPS)

Como resultado de un espacio de diálogo entre las agrupaciones políticas para mejorar la capacidad de análisis entre ellos, el 2006 se suscribió el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud 2006-2011.[32] Este acuerdo fue seguido de otros acuerdos específicos relacionados con la función rectora en materia de salud, el financiamiento del aseguramiento en salud, la descentralización de la salud en Lima Metropolitana y las enfermedades no transmisibles.

Este espacio de diálogo tenía como finalidad que los acuerdos sostenidos entre los participantes se traduzcan en políticas sanitarias a aplicarse en los períodos de gobierno, avanzando sobre lo ya construido por el país. Entre los compromisos asumidos se identifican medidas para universalizar de forma progresiva *la seguridad social en salud*, incrementar el financiamiento de salud (con el ideal de acercarnos al promedio latinoamericano de participación en el porcentaje del PBI), afianzar el proceso de descentralización, promover la participación ciudadana informada, velar por la disponibilidad y acceso a los medicamentos y, finalmente mejorar la salud infantil y materna y fortalecer la lucha frente a las enfermedades como el VIH/Sida, la malaria, la TB y otras.

---

[32] El Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud fue suscrito en la ciudad de Lima, el 20 de diciembre del 2005 por las siguientes agrupaciones políticas: Acción Popular, Alianza para el Progreso, Avanza País, Coordinadora Nacional de Independientes, Frente Amplio de Izquierda, Fuerza Democrática, Movimiento Humanista Peruano, Partido Aprista Peruano, Partido Justicia Nacional, Partido Popular Cristiano, Partido por la Democracia Social, Partido Regional Auto Gobierno Ayllu, Partido Socialista, Perú Posible, Somos Perú y Solidaridad Nacional. A pesar de que el plazo para los acuerdos asumidos por los partidos políticos se habría vencido en 2011, hemos considerado relevante referirnos a este pues, además de partir de un consenso, identifica los principales retos en materia de salud.

2.4. Plan Nacional Concertado de Salud (Pncs)

Como ente rector del sector salud y luego de un proceso participativo, el Minsa elaboró el Plan Nacional Concertado de Salud (Pncs),[33] que, además de presentar un diagnóstico de los principales problemas sanitarios, del sistema de salud y de los determinantes sociales en el país, define los lineamientos de la política de salud para el periodo 2007-2020.

Así, este documento es un instrumento de gestión e implementación de las principales intervenciones que permitirán mejorar la salud, especialmente de la población menos favorecida, pues establece los siguientes lineamientos de política de salud:

a) Aseguramiento universal.

b) Mejoramiento progresivo del acceso a servicios de calidad.

c) Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.

d) Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.

e) Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

f) Descentralización de la función salud al nivel del gobierno regional y local.

g) Desarrollo de los recursos humanos.

h) Medicamentos de calidad para todos y todas.

i) Financiamiento en función de resultados.

j) Participación ciudadana en salud.

k) Mejora de los otros determinantes de la salud.

2.5. Iniciativa para la reforma del sector salud (RS)

Finalmente, debemos referirnos de forma breve a la reciente iniciativa del Poder Ejecutivo para contar con medidas y acciones necesarias que permiten llevar adelante la reforma del sector salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud para asegurar el

---

[33] MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007.

acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de atenciones de salud.

Mediante esta iniciativa, se encomendó al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer estas medidas y acciones encontrándose a la fecha dentro del plazo previsto de 180 días establecido en la R. S. N° 001-2013-SA, mediante la cual se encarga al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.[34]

Para tal efecto, se ha considerado como principio orientador la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, a través de las siguientes medidas: a) lograr el aseguramiento universal al 2016 en un 100%, b) mejorar y ampliar la capacidad de servicio de los establecimientos de salud para brindar una atención con calidad, en base a un primer nivel de atención fortalecido y con un nivel de resolución adecuado a las necesidades de la población, c) reducir el gasto de bolsillo de los ciudadanos y garantizar un acceso de medicamentos de calidad y, finalmente, d) contar con acciones que permitan el fortalecimiento del Minsa como ente rector del Sistema de Salud.[35]

En atención a estos diversos documentos que contienen la voluntad y los propósitos del Estado en materia de salud, es posible identificar aspectos comunes que guardan una relación bastante clara para garantizar los derechos a la seguridad social y a la salud de las personas a través de la política del aseguramiento universal.

De esta forma, es posible resumir las estrategias y los lineamientos en el siguiente cuadro, en el que se puede observar que el concepto de cobertura universal en salud o el de aseguramiento universal en salud, permite englobarlas, sea que procedan de los ODM, de los lineamientos del Acuerdo Nacional, del Sector Salud o del Plan Nacional Concertado de Salud. Asimismo, es innegable que dentro de las estrategias y los lineamientos también es posible

---

[34] Resolución Suprema N° 001-2013-SA publicada en *El Peruano* el 9 de enero de 2013.

[35] CONSEJO NACIONAL DE SALUD. Ayuda Memoria de la Resolución Suprema N° 001-2013-SA, Encargan al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud». Disponible en http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/Sesiones/127/Ayuda_Memoria_DS001-2013.pdf Consultada el 2 de marzo de 2013.

identificar a una población prioritaria para el Estado, la población en mayor estado de vulnerabilidad, es decir, los grupos excluidos, caracterizados por ser pobres y extremadamente pobres, además de la especial atención que también demanda la niñez y la salud materna.

Cuadro N° 4
Estrategias y lineamientos comunes vinculados al AUS

Aspectos comunes	Estrategias ODM	Lineamientos AN	Lineamientos PNCS	Lineamientos Sector
Cobertura universal	Avanzar en la protección social en salud (reducción de las inequidades)	Promover el acceso universal a la seguridad social (ampliar y descentralizar los servicios de salud)	Aseguramiento universal en salud	Extensión y universalización del asegura-miento en salud
Financiamiento	Aumentar el gasto público y de inversión del sector	Incrementar presupuesto del sector salud	Financiamiento en función de resultados	Financiamient o interno y externo orien-tado a los sectores
Rectoría			Desarrollo de la rectoría del sistema de salud	Fortalecimient o de su rol de conducción sectorial
Fortalecimiento de recursos	Fortalecimiento de la infraes-tructura en salud pública	Desarrollar una política de los recursos humanos para asegurar la calidad y calidez de la atención	Desarrollo de los recursos humanos	Desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad
			Medicamentos de calidad para todos y todas	Suministro y uso racional de medicamentos.
Atención integral			Atención integral de salud a la mujer y el niño	Nuevo modelo de atención integral de salud
Participación y vigilancia ciudadana		Fortalecer las redes sociales, favoreciendo la participación ciudadana	Participación ciudadana en salud	Democratizaci ón de la salud
Prevención y promoción		Potenciar la promoción de la salud, la prevención y	Vigilancia, prevención, y control de enfermedades	Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

		control de enfermedades	transmisibles y no transmisibles	(Mejora de los otros determi-nantes de la salud)

Elaboración: Defensoría del Pueblo, a partir de las estrategias de salud en el marco de los ODM y de los lineamientos en el marco del Acuerdo Nacional, Plan Nacional Concertado de Salud y del Sector Salud.

CAPÍTULO III
LA POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD: LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

3.1. La cobertura universal en salud

A pesar de los esfuerzos realizados desde el Estado, se debe admitir que actualmente existen sectores de nuestra población que no acceden a determinados servicios básicos. Hay una disparidad entre los distintos grupos sociales que obliga a las personas en peores condiciones socioeconómicas a enfrentar mayores problemas para acceder a los servicios esenciales.

Esta situación genera una incertidumbre en las poblaciones vulnerables, entre otras cuestiones, respecto de la atención de su salud y su financiamiento.[36] Cabe recordar que las consecuencias de la enfermedad no son iguales en todas las personas, lamentablemente, cuanto más baja es la situación socioeconómica, más difícil es afrontar una enfermedad.[37]

Frente a ello, el Estado debe desarrollar políticas que, bajo el concepto de protección social, pretenden acercar el desarrollo a los sectores menos favorecidos, mediante la ampliación de las oportunidades y de las capacidades de las personas. Este concepto de protección social comprende la garantía de acceso universal y asequibilidad a servicios esenciales en los ámbitos de la salud.[38]

La protección social aplicada al ámbito de la salud ha sido definida por la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) como la garantía para que las personas puedan satisfacer sus

---

[36] COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *La protección social de cara al futuro*: *acceso, financiamiento y solidaridad*. Trigésimo primer periodo de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo del 2006, p.13. Disponible en <http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/24079/P24079.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl> Consultada el 20 de enero de 2013.

[37] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión de los Determinantes Sociales*. Resumen analítico. Buenos Aireas: La Stampa, 2009, p 1. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/ Consultada el 20 de enero de 2013.

[38] GRUPO CONSULTIVO PRESIDIDO POR MICHELLE BACHELET. *Piso de protección social para una globalización equitativa e inclusiva*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2011, p. xxv.

necesidades de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios sanitarios, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Precisa, además, que aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía, constituyen los excluidos en salud.[39]

En esa lógica se enmarca también el concepto de «cobertura universal en salud» desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la cual la define como «la garantía de *que todas las personas* tengan acceso a los servicios de salud que necesiten (de prevención, promoción, tratamiento o rehabilitación) sin enfrentarse a la ruina económica porque deban pagar por ellos»[40] (énfasis nuestro).

Ambos conceptos, protección social en salud y cobertura universal en salud, buscan propiciar la equidad en salud, comprendida como un valor basado en el principio de la justicia distributiva y de acuerdo con los principios de derechos humanos, valor que ayuda a superar las desigualdades en salud que han colocado a los grupos que ya se encontraban en desventaja social, en situación de mayor desventaja con respecto a su salud.[41]

---

[39] ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS, sobre la extensión de la protección social en salud*. OPS: Washington, D.C. 2006, p. V.

[40] Este concepto ha sido ampliamente desarrollado en la Reunión Ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal, los días 18 y 19 de febrero de 2013, en la Sede de la OMS, Ginebra Suiza, concluyendo con el «Documento de antecedentes para la cobertura sanitaria universal: conceptos, enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas». De modo similar, se puede entender la cobertura universal cuando «todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y que todo el mundo está capacitado para hacerlo». En ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión de los Determinantes Sociales*. Resumen analítico. Buenos Aireas: La Stampa, 2009, p 9. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/ thecommission/finalreport/es/ Consulta: 20 de enero de 2013.

[41] CHAN, Margaret. *Discurso inaugural de la Conferencia Ministerial Internacional sobre Financiación de los Sistemas de Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2010*, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Berlín, Alemania 22 de noviembre de 2010. Disponible en http://www.who.int/dg/speeches/2010/Keynote_health_financing_20101122/es/index.html Consulta el 12 de diciembre de 2012.

En el entendido que la equidad en salud está inspirada en los principios de derechos humanos, se suele exigir que las políticas que se implementen en el marco de la ampliación de la protección social en salud o de la cobertura universal en salud, se desarrollen conforme al marco normativo de estos derechos, pues el acceso equitativo a los servicios de salud no puede ser entendido como un logro de los gobiernos o una conquista social, sino como un derecho exigible e imperativo de la ciudadanía.[42]

Es por ello que esta condición de derecho exigible de acceso a los servicios de salud, en especial, para aquellas personas que se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad, requieren cumplir tres condiciones, de manera que la ausencia de una o más determina alguna forma de exclusión en salud, porque genera algún tipo de inequidad:[43]

a) Garantizar el acceso a los servicios eliminando las barreras económicas, sociales, geográficas, o relacionadas con la clase social, género y etnia.

b) Garantizar la solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera de los hogares.

c) Asegurar la atención con dignidad y el respeto por la diversidad, calidad y calidez.[44]

Para tal efecto, se fomenta que todo Estado busque desarrollar sistemas de financiación sanitaria equitativa capaces de alcanzar la cobertura universal en salud, velen por la distribución equitativa de la infraestructura sanitaria y de los recursos humanos, introduzca la transición hacia la cobertura sanitaria para todas las personas y mejore la calidad de la prestación.[45]

---

[42] COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *La protección social de cara al futuro*: *acceso, financiamiento y solidaridad,* 31° periodo de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo del 2006, p. 14 Disponible en: http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/24079/P24079.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl Consultada el 20 de enero de 2013.

[43] HERNÁNDEZ, Amparo y otros. *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: Investigación y políticas*. Bogotá, s.p.d.i., 2011. Disponible en http://web.idrc.ca/openebooks/509-0/ Consultada el 13 de noviembre de 2012.

[44] Ibidem.

[45] De esta manera la OMS instó a los Estados miembros a: 1) que velen porque los sistemas de financiación de la salud prevean un método de pago anticipado de las

De lo dicho hasta ahora se puede colegir que toda política pública que busque la extensión de la protección social en salud o la cobertura universal en salud debe realizarse conforme al marco normativo de los derechos humanos en su diseño y aplicación, garantizar el acceso a los servicios de salud, sin ningún tipo de discriminación o barrera, garantizar su financiamiento sostenible y asegurar la atención de calidad y respetuosa de la dignidad de la persona.

En este contexto se debe desarrollar la política de aseguramiento universal en salud (en proceso de implementación), que se propone garantizar, de forma progresiva, un conjunto de prestaciones de calidad a toda persona. No cabe duda de que esta política se proyecta como una de las más importante reformas del sector salud de los últimos años. Empero, es necesario reconocer que también existen muchos retos por superar para cumplir sus metas y lograr sus propósitos.

---

contribuciones para la atención de salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud, 2) que velen por una distribución adecuada y equitativa de una infraestructura sanitaria de buena calidad y de los recursos humanos para la salud a fin de que los asegurados reciban servicios de salud equitativos y de buena calidad acordes con el paquete de prestaciones; 3) a que velen por que los fondos externos destinados a actividades o programas de salud concretos sean gestionados y organizados de tal manera que contribuyan a la creación de mecanismos duraderos para financiar el sistema de salud en su conjunto, 4) que introduzcan en sus planes la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y la salud para todos, 5) que reconozcan que al gestionar la transición a la cobertura universal será preciso formular las distintas opciones teniendo en cuenta la situación macroeconómica, sociocultural y política de cada país, 6) que, cuando convenga y bajo la firme rectoría global del gobierno, aprovechen las oportunidades existentes de colaboración entre proveedores públicos y privados y organismos de financiación de la salud y, finalmente, 7) que intercambien experiencias sobre diferentes métodos de financiación de la salud, comprendida la elaboración de planes de seguro social de enfermedad y planes privados, públicos y mixtos, con especial referencia a los mecanismos institucionales establecidos para cumplir las principales funciones de un sistema de financiación de la salud. En: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Resolución WHA58.33 Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad*. Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/.../WHA58_33-sp.pdf *Consultada el 12 de diciembre de 2012*

3.2. La política del aseguramiento universal en salud

La política del aseguramiento universal en salud, de acuerdo al marco legal previsto en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud,[46] busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a *la seguridad social en salud* y normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

Dicho en otras palabras: esta política busca ampliar, de manera progresiva, el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a servicios de salud de calidad y protección financiera frente a eventos de enfermedad, principalmente en los segmentos pobres. Asimismo, busca expandir los beneficios en salud de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico y con un enfoque integral de la atención, además de establecer garantías explícitas de la oportunidad (tiempos de espera) y de la calidad de la prestación de los servicios de salud mediante estándares auditables.[47]

En el siguiente cuadro se observan los principios que orientan el aseguramiento universal en salud y que se encuentran contenidos en la Ley Marco de AUS.

---

[46] CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, publicada en *El Peruano* el 9 de abril de 2009.

[47] ARCE, Melitón. *Implementación del aseguramiento universal en salud*. En: Revista Peruana de Medicina, Experimental Salud Pública, 2009, 26 (2).

Cuadro N° 1
Principios de AUS

- **Universalidad:** Todas las personas residentes en el territorio nacional tienen acceso a él.
- **Solidaridad:** El costo de la atención de quienes lo necesiten es compensado con el aporte de la contribución de los demás y del Estado.
- **Unidad:** Articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones.
- **Integralidad:** Garantizar el otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.
- **Equidad:** El sistema de salud proveerá servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos.
- **Irreversibilidad:** Los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento universal en salud y durante el mismo no deberán sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.
- **Participativo:** Garantizar el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal en salud.

3.3. Diseño del aseguramiento universal en salud

A partir de lo señalado en la Ley Marco de AUS y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA,[48] el aseguramiento universal en salud en nuestro país cuenta con el siguiente diseño normativo:

3.3.1. Las entidades de la política del AUS y sus funciones diferenciadas

El diseño del AUS se realiza a través de la separación de tres funciones en el sistema sanitario: la financiadora, la prestadora y la supervisora.

[48] Publicado en *El Peruano* el 3 de abril de 2010. A esta norma hacen referencia los artículos que citamos en las notas siguientes.

Para tal efecto, la Ley marco de AUS y su reglamento definen a las siguientes instituciones con estas correspondientes funciones:

- Las *Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (Iafas)* que son las encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. Estas entidades son las responsables de brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados, captar y administrar los aportes, promover la afiliación de la población no asegurada, aceptar a toda persona que solicite afiliación a todos los planes y condiciones ofrecidas y que cumpla con los requisitos de ley y demás normas pertinentes, definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derechohabientes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) con las cuales haya establecido convenios o contratos, establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente oportuna y de calidad, entre otros.[49]

  Además, deben asumir responsabilidad solidaria con las Ipress frente a las personas usuarias por los planes de salud que ofertan y debe contar con mecanismos que preserven los derechos de sus asegurados, relacionados al idioma y a la información necesaria que requieran.[50] Como ejemplo de las Iafas se puede mencionar a EsSalud y al SIS.

- Las *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress),* que son los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y, en ese sentido, los responsables de brindar los servicios de salud que correspondan a su nivel resolutivo, cumplir con estándares de calidad y oportunidad, y ser responsables frente a los usuarios por las prestaciones que brindan.[51]

  De igual forma, las Ipress se encuentra obligadas a contar con mecanismos que preserven los derechos de los asegurados como el acceso expedido a los servicios asistenciales, el trato respetuoso y digno por parte de todo el personal, la

[49] Artículo 11°.

[50] Ibidem.

[51] Artículo 24°.

confidencialidad de la información, la seguridad y la identidad, así como el grado de preparación de las personas que prestan el servicio, la información del diagnóstico, tratamiento y alternativas de curación; la comunicación con sus familiares y el consentimiento informado.[52]

- La *Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa),* que tiene por finalidad resguardar y garantizar el derecho al acceso pleno y progresivo de toda persona al aseguramiento universal en salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y de participación. La Sunasa, asimismo, ejerce competencias para registrar, autorizar, supervisar y regular a las Iafas, así como supervisar a las Ipress en el ámbito de su competencia y de todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado. Es responsable de supervisar la calidad y oportunidad de la prestación de servicios de salud y garantizar el derecho a la salud del asegurado en el marco del AUS.[53]

  Cabe resaltar, entre las funciones generales de la Sunasa, aquellas que le permiten supervisar el cumplimiento de los objetivos y normativa relacionada al AUS en resguardo de los derechos de los asegurados, con la atribución de ingresar, previa coordinación, a las entidades supervisadas y solicitar la presencia del personal directivo o del representante para el ejercicio de sus funciones, así como aquellas que le otorgan la facultad de imponer sanciones dentro de su ámbito de competencia por el incumplimiento de las obligaciones previstas en el marco legal y contractual que sea aplicable.[54]

3.3.2. Los planes de beneficio contemplados en el diseño normativo del AUS

En la idea que esta política busca garantizar el acceso a los servicios de salud de toda persona, el marco normativo también ha previsto los planes de beneficios diferenciados a los que pueden acceder las

[52] Artículo 29°.

[53] Artículo 32°.

[54] Ibidem.

personas de acuerdo al régimen al cual pertenezcan. El diseño del marco normativo del AUS prevé tres planes de aseguramiento que son listas de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones de salud financiadas por las Iafas. Los planes contemplados son los siguientes:

- El *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Peas)* que consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables que como *mínimo* son financiadas a todos los asegurados por las Iafas y contiene garantías de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. El *Peas* debe ser aprobado por un decreto supremo y debe ser evaluado cada dos años, pudiendo ser reformulado para incluir más condiciones de salud, según la disponibilidad financiera y oferta de servicios.[55]

  Las prestaciones incluidas en el Peas no consideran periodos de carencia en el régimen subsidiado (desarrollado más adelante), no obstante, sí se permite su aplicación para los regímenes contributivo y semicontributivo. En estos regímenes también prevé que para la atención del embarazo, es necesario que la asegurada se encuentre afiliada al momento de la concepción.[56]

  Cabe agregar que la pertenencia a cualquiera de los regímenes activa la obligación de la cobertura del Peas y se extiende a los derechohabientes, al cónyuge o concubino previsto en el artículo 326° del Código Civil, así como a los hijos e hijas menores de edad o mayores con discapacidad total y permanente.

  El Peas vigente fue aprobado por el Decreto Supremo N° 016-2009-SA[57] y reemplazó a la Capa Simple y al Plan Mínimo de Atención definidos en los literales f y h del artículo 2° del Decreto Supremo N° 009-97-SA,[58] que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790.[59]

---

[55] Artículo 86°.

[56] Artículo 90°.

[57] Publicado en *El Peruano* el 29 de Noviembre del 2009.

[58] Artículo 90° del Reglamento de la Lmaus.

[59] Publicado en *El Peruano* el 17 de mayo de 1997.

- Los *Planes Complementarios (PC)* son aquellos que las Iafas pueden ofrecer de manera complementaria al Peas, y son definidos como aquellos que comprenden prestaciones no previstas en este.[60] Estos planes son estructurados por las Iafas respetando las condiciones del Peas y pueden incorporar el criterio de enfermedad o dolencia preexistente para los afiliados, sujetándose para ello a la legislación vigente.
- Los *Planes de Aseguramiento en Salud Específicos (PE)* son aquellos brindados por el Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y en tanto que poseen mejores condiciones que el Peas, se mantienen vigentes bajo dichos planes, debiendo incorporar las garantías explícitas previstas en la ley.

3.3.3. La protección frente a las enfermedades de alto costo

De forma adicional a la cobertura de los planes expuestos, la Ley marco de AUS contempla una protección financiera de las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el Peas[61] y deben ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal).[62]

El listado de enfermedades de alto costo aprobado por el Minsa en la actualidad contempla los diagnósticos de cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de cuello uterino, leucemias, linfoma, e insuficiencia renal.[63] Esta es la cobertura regular a través del Fissal. Aquellos diagnósticos que no

---

[60] Artículo 99° del Reglamento de la Lmaus.

[61] El Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención fue aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA del 24 de abril de 2012**.**

[62] Cabe precisar en este punto que la Sentencia del Tribunal Constitucional en la Demanda de Inconstitucionalidad interpuesta contra la LMAUS, Ley No. 29344, contenida en el EXP. N. º 0033-2010-PI/TC, estableció un criterio interpretativo bajo el cual el artículo 21° referido al acceso al financiamiento de las enfermedades de alto costo de atención debe ser establecido tanto para las personas pertenecientes al régimen subsidiado como para el régimen semicontributivo.

[63] Listado de enfermedades de alto costo aprobado por la Resolución Ministerial N° 312-2012/MINSA del 24 de abril de 2012.

se encuentren comprendidos pueden ser brindados de acuerdo a la evaluación individual de cada caso, según los lineamientos emitidos por el sector.[64]

3.3.4. Los regímenes de financiamiento del AUS

El acceso a los planes de beneficios se realiza de acuerdo a la pertenencia a uno de los regímenes del AUS. La regulación legal establece los requisitos mediante los cuales las personas pueden pertenecer a cada uno de ellos y, consecuentemente, a sus beneficios. De esta forma se cuenta con:

- ***El régimen contributivo****,* que comprende a las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento universal en salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o por su empleador.

  Dentro de este régimen, se identifica a los *afiliados dependientes*, es decir, a los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores; los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación de incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuera el régimen legal al cual se encuentran sujetos; los trabajadores bajo modalidad contractual de la Administración Pública, privativa del Estado, que vincula a una entidad pública con una persona natural que presta servicios de manera no autónoma mediante contratos administrativos de servicios con el Estado, según el Decreto Legislativo N° 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios (CAS).

  Además, en este régimen se encuentran los *afiliados independientes*; es decir, aquellos trabajadores y profesionales, independientes y demás personas que no reúnan los requisitos de una afiliación contributiva dependiente, que pueden optar por cualquiera de las Iafas que ofrezcan este régimen.

  En ambos casos, contributivo regular o contributivo independiente, están referidos a EsSalud.

---

[64] Lineamientos de cobertura del Fissal aprobados por la Resolución Jefatural N° 143-2012/SIS, del 17 de septiembre de 2012.

- ***El régimen subsidiado***, que comprende a las personas afiliadas a las instituciones administradoras del fondo de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

  Se encuentran afiliados a este régimen, toda la población residente en el país en condición de pobreza y pobreza extrema que no cuente con un seguro de salud contributivo o semicontributivo con beneficio en todas las prestaciones incluidas en el Peas con un subsidio del cien por ciento.

- ***El régimen semicontributivo***, que comprende a las personas que están afiliadas a las IAFAS, por medio del financiamiento público parcial y aportes de asegurados y empleadores, según corresponda.

  Se encuentran afiliados a este régimen los trabajadores y los conductores de la microempresa y sus derechohabientes de acuerdo a lo dispuesto con el Decreto Legislativo N° 1086, la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del acceso al Empleo Decente y su reglamento, además de las personas beneficiarias o afiliadas individualmente al SIS dentro del componente denominado semi-subsidiado, previo pago de una aportación, según estructura y disposiciones operativas que determine este seguro; y otros beneficiarios cuya cobertura sea cofinanciada por recursos de un gobierno regional u otro tipo.

  Dentro de este régimen se identifica al SIS Independiente y SIS Microempresas.

3.3.5. Las fuentes del financiamiento del AUS

La Ley marco de AUS estableció las fuentes de financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo, estableciendo que son los recursos asignados por el Estado al SIS, los aportes de sus afiliados de acuerdo al régimen de financiamiento, los fondos que los gobiernos regionales y locales asignen y otros que la ley determine.

Esta disposición debe ser complementada por la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y

semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud,[65] mediante la cual se establece los principios y el financiamiento para la atención de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y semicontributivo, garantizando la sostenibilidad del sistema.

Además, mediante esta ley que regula los recursos para el financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo, se determina la creación de la Comisión Multisectorial de Aseguramiento Universal en Salud y se prevé la regulación de una prima que deberá servir de referencia para que el Estado destine por cada asegurado al SIS subsidiado[66] y que debe ser precisado por el reglamento de esta norma.

Recientemente, a través de Resolución Ministerial N° 194-2013/MINSA del 11 de abril de 2013, el Minsa realizó la prepublicación del Proyecto de Reglamento de la Ley N° 29761, Ley de financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud en procura de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, y de la ciudadanía en general, durante el plazo de treinta días.

3.3.6. La articulación de las instituciones prestadoras de salud

La política del aseguramiento universal pretende, además, lograr la articulación de las instituciones prestadoras de salud, bajo los criterios de estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores, la aplicación de guías de práctica clínica estandarizadas del Peas, el sistema de identificación sobre la base del DNI, criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de complementariedad y subsidiariedad y mecanismos de pago e intercambio de servicios.

Para tal efecto, se aprobó el Decreto Supremo N° 005-2012, «Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) en el marco de la

---

[65] Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, publicada en *El Peruano* el 22 de julio de 2011.

[66] Cabe anotar en este aspecto que el Seguro Integral de Salud aprobó la Guía Técnica N° 002-2012-SIS/GNF, «Guía técnica para el cálculo del cápita» mediante la Resolución Jefatural N° 014-2011/SIS, del 31 de enero de 2011.

Ley N° 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud», mediante el cual se provee de un marco normativo para el intercambio de prestaciones de salud entre los EE.SS. financiados por el SIS y EsSalud.

Según la información disponible, son doce los convenios de intercambio de prestaciones que se han suscrito entre EsSalud y el Seguro Integral de Salud (SIS) y con igual número de gobiernos regionales: Apurímac, Ayacucho, Callao, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, San Martín, Tumbes y Ucayali.[67] Es necesario destacar la importancia de este mecanismo que permite garantizar una atención oportuna a la población ubicada especialmente al interior del país.

3.4. Avances y agenda pendiente en el contexto del AUS

3.4.1. La población asegurada

Según las proyecciones de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), la población afiliada a un tipo de seguro de salud para el segundo trimestre de 2012 era de 59.7%. El SIS es la entidad que tiene mayor número de asegurados con el 31.5%, seguido de EsSalud con el 22.9% y de otros grupos con uno o más seguros, con el 5.3%. Según esta información, una importante brecha de personas en el país (40.3%) aún no cuentan con un seguro de salud,[68] lo que puede deberse a una falta de una cultura previsional.[69]

Estas cifras demuestran que existe un avance respecto del número de personas que cuentan con un seguro de salud con relación a periodos anteriores. Los más importantes avances se han

---

[67] Información difundida por el Seguro Social de Salud. Disponible en **<**http://www.essalud.gob.pe/2013/04/19/seguro-social-de-salud-organiza-taller-de-intercambio-prestacional/**>** Consulta: 24 de abril de 2013.

[68] SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD, *Boletín Estadístico al Segundo Trimestre 2012.* Año 13, N° 2, abril-junio 2012, p. 57.

[69] Informe de Gestión del Comité Técnico Implementador del Aseguramiento Universal en Salud, dispuesto por el Decreto Supremo N° 11-2009-SA, publicado en *El Peruano* el 13 de junio de 2009. *Avances del Proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (2009-2011)*, p. 20

conseguido en la zona rural, donde el 70.1% de la población tiene la condición de asegurada, principalmente al SIS (63.7%).[70]

No obstante lo señalado, también es cierto que los mejores avances se han presentado en el periodo anterior a la implementación del AUS. En efecto, desde el 2007 al 2009 las personas con un seguro de salud se incrementaron en 18 puntos porcentuales, mientras que desde el 2009 (año de aprobación de la Lmaus) al 2011 apenas se incrementó en solo cuatro puntos. Esto se puede explicar por el incremento significativo de la población asegurada al SIS a partir de 2007, año en el cual se reordenaron los planes de aseguramiento y, en la práctica, se incrementaron las prestaciones de salud para sus asegurados y disminuyeron las exclusiones, sobre todo para el componente subsidiado.[71]

Cuadro N° 2

Evolución de las personas con seguro de salud

Tendencias del aseguramiento en salud, 2006-2011 (porcentajes de población)						
Condición de aseguramiento	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Con seguro	38.2	42.1	53.7	60.5	63.5	64.5
EsSalud	18.5	19.6	20.1	21.2	21.6	22.7
EsSalud y seguro privado	0.6	0.9	0.9	1.0	0.8	1.0
Seguro privado	1.5	1.5	1.6	1.5	1.4	1.4
Fuerzas armadas y policiales	1.6	1.9	1.8	1.8	1.7	1.9
SIS	15.2	17	28.1	33.8	36.3	36.1
Otros	0.8	1.1	1.2	1.2	1.7	1.5
Sin seguro	61.8	57.9	46.3	39.5	36.5	35.5
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Enaho 2004-2011

Elaboración: Observatorio de la Salud-CIES

[70] SUPERINTENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD, *Boletín Estadístico al Segundo Trimestre 2012.* Año 13 – N° 2/ abril – junio 2012, p. 57.

[71] Cabe anotar que en el 2007 mediante el D.S. N° 004-2007-SA publicado el 17 de marzo de 2007 se reordenaron los planes del SIS y se creó la figura de la Protección de Enfermedades de Alto Costo, para cuyo efecto se destinaba hasta el 5% de su presupuesto institucional del SIS.

3.4.2. El gasto de bolsillo

De acuerdo a la OMS, los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Usualmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital.[72] Los resultados de las Cuentas Nacionales de Salud correspondiente el periodo 1995-2005 mostraban que los hogares a través del gasto de bolsillo continuaban siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud, con las consecuencias de inequidad e ineficacia que ello conllevaba.

Por su parte, el informe de gestión de la Secretaría Técnica de la Implementación del AUS (2009-2011) evidencia el incremento del gasto público en salud, pues entre 2007 y 2011 este se elevó en un 39% superando para este último periodo la suma de seis mil quinientos millones de nuevos soles.[73] Cabe anotar que según esta información, los montos para salud destinado por los gobiernos regionales también se han incrementado, llegando a alcanzar 48% del total del gasto público.[74]

Pese a ello, los últimos estudios realizados muestran que se mantiene la tendencia por la cual el gasto de bolsillo de los hogares sigue siendo la principal fuente de financiamiento de la salud en el país. De acuerdo a las proyecciones que se puede hacer a partir de Enaho, SIS, EsSalud, SBS y Seps (ahora Sunasa), este alcanzó en el 2009 el 38%, seguido del 30% correspondiente al Tesoro Público, y del 29% correspondiente a los empleadores.[75]

---

[72] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos,* 2005, p. 3. Disponible en http://www.who.int/health_financing/documents/dp_es_05_2distribucion_del_gastro.pdf Consultada el 13 de abril de 2013.

[73] Informe de Gestión del Comité Técnico Implementador del Aseguramiento Universal en Salud, dispuesto por el Decreto Supremo N° 11-2009-SA, publicado en *El Peruano* el 13 de junio de 2009. *Avances del Proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (2009-2011)*, p. 20

[74] CONSORCIO ECONÓMICO SOCIAL (CIES). *Observatorio de la Salud*. Disponible en: http://observatorio.cies.org.pe/web-promoviendo/ Consultada el 15 de diciembre de 2012.

[75] Informe de Gestión del Comité Técnico Implementador del Aseguramiento Universal en Salud, dispuesto por el Decreto Supremo N° 11-2009-SA, publicado en *El Peruano* el 13 de junio de 2009. *Avances del Proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (2009-2011)*, p. 20. Véase también: USAID–PERÚ,

Esto puede ser vinculado con los pagos que realizan los afiliados al SIS a pesar de su condición. Según la información que publica el Observatorio de la Salud del CIES sobre la base de la Enaho2011, se advierte que el 37% de los asegurados al régimen subsidiado pagó por los servicios de medicinas en los hospitales y un 9.7% pagó una parte por dichos servicios en los establecimientos de salud de primer nivel, tal como se puede observar a continuación en el cuadro N° 6.

Cuadro N° 3
Gasto de medicamentos de afiliados al SIS según nivel de atención

¿Cómo pago los servicios de medicinas?	Lugar de atención			
	Primer nivel de atención MINSA		Hospitales MINSA	
	2010	2011	2010	2011
El SIS pagó todo	79%	82.3%	55.5%	47.5%
El SIS pagó una parte	10.3%	8.0%	10.7%	9.7%
Ud. pagó todo	**9.7%**	**9.1%**	**22.4%**	**37%**
Donación MINSA	0.4%	0.2%	1.7%	1.7%
Otro	0.5%	0.4%	9.7%	4.2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Enaho (2010-2011)
Elaboración: Observatorio de la Salud del CIES

El gasto de bolsillo como principal fuente de financiamiento probablemente también tenga vinculación con los pagos que realizan los asegurados a EsSalud que no pueden acceder por la demora en la prestación del servicio. A pesar de que no existe una data exacta, se tiene conocimiento de que una parte de la población que se atiende en los Hospitales de la Solidaridad (Sistema de la Solidaridad—Sisol) tienen la condición de asegurada a EsSalud. Igual situación se ha advertido en los resultados de las entrevistas a usuarios y usuarias de los Hospitales Minsa y Diresas, en el presente informe, quienes deben realizar el pago de los medicamentos.

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD. *La convergencia hacia la cobertura universal: Cambios en el desempeño del sistema de financiamiento de la salud en el Perú*: 2000-2009, p 8.

A lo señalado hasta ahora, se debe agregar que la farmacia o botica se mantiene de manera permanente, como el principal lugar donde la población acude para atenderse por un problema de salud,[76] y cuyos costos son asumidos de forma directa por la población. Según la información recabada, el porcentaje de la población que presentó un problema de salud y buscó alguna atención acude principalmente a la farmacia o botica (17.6%), seguido de aquel que acude a los establecimientos del Minsa (16.3%), a establecimientos particulares (8.3%) y a establecimientos de EsSalud (7.5%).[77]

3.4.3 La oferta de los servicios de salud

En concordancia con lo señalado más adelante referido a los principales problemas del sistema de salud, se reconoce que la mayor dificultad que enfrenta el AUS es el déficit de oferta de las redes de servicios de salud en muchas partes del país, debido a que muchas de ellas no cuentan con la capacidad resolutiva necesaria, manifestada por la falta de infraestructura, equipos o recursos humanos.[78]

En consonancia con ello, los resultados de las supervisiones realizadas por la Sunasa a los establecimientos de salud (Ipress) de Lima y Callao y provincias en el marco del AUS, se observan debilidades que inciden en la calidad de los servicios de salud, pues, según la información proporcionada por esta entidad, existen porcentajes de incumplimiento en la evaluación de adherencia al uso de las guías de práctica clínica, los reportes de hallazgos de auditoría médica para evaluar la calidad de la atención a través de la historia clínica, la codificación del CIE 10 por el médico tratante en la historia clínica, la evidencia de realización de auditorías de caso, en los reportes de hallazgos de auditoría médica de la calidad del registro, el reporte y el monitoreo de indicadores y estándares de

---

[76] SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. *Boletín Estadístico al Segundo Trimestre 2012.* Año 13 – N° 2/ abril – junio 2012, p. 58.

[77] Ibidem.

[78] Informe de Gestión del Comité Técnico Implementador del Aseguramiento Universal en Salud, dispuesto por el Decreto Supremo N° 11-2009-SA, publicado en *El Peruano* el 13 de junio de 2009. *Avances del Proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (2009-2011)*, p. 20

gestión de la calidad de servicios de salud, o el número actual de médicos/odontólogos de staff, entre otros.[79]

3.4.4. Categorización y acreditación de los establecimientos de salud

El artículo 8° de la Lmaus establece que las instituciones prestadoras de salud son los establecimientos de salud categorizados y acreditados por la autoridad competente. Para tal efecto, el Minsa cuenta con la Norma Técnica de Categorías de los Establecimientos de Salud[80] y la Norma Técnica para la Acreditación de los establecimientos de salud.[81]

Sobre el particular, tal como indican estas normas, la *categorización* es un proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud en base a niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud. Por su parte, la *acreditación* es un proceso de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud para lograr que los usuarios y usuarias reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos.

No obstante, los procesos llevados a cabo en el sector, existe un porcentaje importante de establecimientos de salud que no cuentan con la categoría correspondiente y con la acreditación necesaria. De acuerdo a la información disponible del Ministerio de Salud, existen 218 establecimientos de salud sin categoría; de ellos, la mayoría dependen de EsSalud (154), seguidos de los gobiernos regionales (60) y en un número menor, los dependientes del Minsa (4).[82] Esta fue una dificultad al momento de realizar la supervisión a los hospitales, pues varios de ellos aparecen con la categoría cero (sin categoría).

---

[79] Reunión de personal de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud y personal de la Defensoría del Pueblo el 26 de noviembre de 2012.

[80] Aprobada por la Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA del 17 de noviembre de 2010.

[81] Aprobada por la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA del 4 de junio de 2007.

[82] Información recabada del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (Renaes). Disponible en http://intranet5.minsa.gob.pe/renaes/views/ReportePrestadorxCategoria.aspx Consulta el 25 de abril de 2013.

A esta situación se debe agregar el proceso de acreditación que se encuentra en curso. A la fecha, en forma acumulada existen 2,136 establecimientos de salud que han realizado autoevaluación, que es la primera fase del proceso de acreditación y de estos, solo 93 establecimientos ya han aprobado. Estos serían asistidos técnicamente para que puedan solicitar evaluación externa (segunda fase del proceso) y si aprueban, recién llegarían a acreditarse.[83]

3.4.5. La regulación específica para la implementación del AUS

El diseño normativo del AUS ha previsto el cumplimiento de ciertas normas necesarias para garantizar su adecuada implementación. A ello se debe sumar aquellas previstas para garantizar el derecho a la salud en sus distintas manifestaciones cuando una persona acude a los establecimientos de salud. La aprobación de estas disposiciones está sujeta a plazos establecidos, pese a lo cual algunas de ellas no han aprobado hasta el cierre del presente informe. Así, tenemos:

- *La evaluación y actualización del Peas*, pues el actual se encuentra vigente desde noviembre de 2009,[84] a pesar de que existe una disposición de la Lmaus para que sea evaluado cada dos años y pueda reformularse, progresivamente, para incluir más condiciones de salud, tal como lo señala La Ley Marco de AUS.[85]
- La aprobación *de la prima por cada persona usuaria SIS* subsidiado dispuesta en la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud,[86] pues precisa que es necesario contar con una prima por

[83] Reunión de Trabajo del personal de la Defensoría del Pueblo y la Lic. Rosario Zavaleta de la Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud el 9 de noviembre de 2012 e información complementada mediante comunicación electrónica del 15 de mayo de 2013.

[84] Aprobado por el Decreto Supremo N° 016-2009-SA, publicado en *El Peruano* el 29 de noviembre del 2009.

[85] Artículo N° 13 de la Ley Marco de AUS: «La composición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud se evalúa cada dos años, pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios».

[86] Publicada en *El Peruano* el 22 de julio de 2011.

asegurado y asegurada, la cual debe ser propuesta por el SIS y debe estar calculada sobre la base de un estudio actuarial del costo del Peas.

La prima que se apruebe y que deba ser actualizada por un periodo que determine el reglamento de la Ley deberá ser el aporte del Estado por cada persona asegurada a través del régimen subsidiado. Pese a ello y del tiempo transcurrido, no se ha aprobado pues la reglamentación de la referida ley se encuentra pendiente, aunque debe reconocerse que al cierre del presente informe ha sido prepublicada.

- La aprobación del Reglamento de la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414.[87] Esta ley establece una serie de disposiciones que reconocen, entre otros derechos, el de libre acceso a prestaciones de salud, a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de seguridad, oportunidad y calidad, el derecho a la información en salud, al consentimiento informado, a la atención médica de emergencia en cualquier establecimiento de salud, a ser escuchada y a recibir respuesta en caso de disconformidad con la atención recibida, etc.

  Además, este marco legal prevé la implementación de instancias de carácter independiente autónomo y confidencial (a nivel de los establecimientos de salud y en las instancias de gobierno nacional, regional y local) que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios y las usuarias de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

  No puede dejar de reconocerse que recientemente se ha retomado la reglamentación de esta Ley y se han realizado esfuerzos para culminar la propuesta que ya fue prepublicada. Sin embargo, es necesario anotar el cumplimiento del plazo legal previsto de este instrumento, que pretende garantizar los derechos de las personas en los establecimientos de salud y contar con instancias para cumplir dicha función.

[87] Publicada en *El Peruano* el 2 de octubre de 2009.

Además de los avances y la agenda pendiente expuestos, en la presente investigación también se ha podido advertir otra serie de problemas en el contexto de la implementación del AUS que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud (acceso y la oportunidad). Dada su relevancia, pasamos a exponerlos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL AUS

El compromiso con la cobertura universal o el aseguramiento universal en salud significa, en la práctica, que todos los habitantes han de gozar de algún grado de protección respecto de los costos de la enfermedad. Por esta razón, la política del AUS representa un avance pues amplía la garantía del derecho a la seguridad social en salud, facilitando —a través de un proceso progresivo— el acceso universal a los servicios de salud.

No obstante, la implementación del AUS ha evidenciado problemas que dificultan de una u otra manera el acceso a los servicios de salud para toda la población. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo puede dar cuenta de las siguientes dificultades:

1) La restricción en la atención por la exigencia del DNI y la clasificación socioeconómica para acceder a los servicios de salud financiados por el SIS.
2) La falta de una delimitación clara de la población objetivo entre las Iafas y de mecanismos para su incorporación.
3) La diferencia de coberturas entre los distintos regímenes que conduce a las personas en el momento de presentar una enfermedad a solicitar su acceso a planes de mayor cobertura.

4.1. La demora en la atención para las personas indocumentadas y aquellas que no se encuentran incorporados en el Padrón General de Hogares—Sisfoh.

En el 2010 se inició la intervención de la Defensoría del Pueblo por la aplicación de la disposición mediante la cual se exige a toda persona estar documentada con el DNI y registrada como elegible en el Padrón General de Hogares (PGH del Sisfoh) para poder afiliarse a los regímenes del SIS, en particular para el régimen subsidiado. Primero se aplicó a las zonas piloto por el marco normativo del AUS

y luego a nivel nacional por la Ley de Presupuesto de 2011, Ley N° 29626,[88] y la Ley de Presupuesto de 2013.[89]

La restricción a los servicios de salud para las personas indocumentadas

Un examen superficial que acepta la regla por la cual se exige el DNI para afiliarse al SIS refleja un desconocimiento de los problemas de indocumentación en el país. Esta regla impide que las personas pobres indocumentadas puedan afiliarse y atenderse mientras esperan su documentación, la cual puede dilatarse en el tiempo cuando no se cuenta con partida de nacimiento o ésta presenta problemas registrales.

La institución se ha pronunciado en más de una oportunidad y ha recomendado al Minsa que evalúe el marco normativo referido a esta regla y que establezca estrategias para, que en coordinación con el Reniec, se busque identificar a las personas indocumentadas que acuden a los establecimientos de salud, sin que la falta del DNI implique una restricción en su atención.[90]

---

[88] Se publicó en *El Peruano* el 9de diciembre de 2011. En el artículo 12°, que se ocupa de las medidas en la focalización en programas sociales, se establece (art. 12.1): «A partir del año 2011, para la incorporación de nuevos beneficiarios en todos los programas sociales o de subsidios del Estado que se vengan ejecutando en el marco de las disposiciones legales vigentes, es necesario que se identifiquen con el *Documento Nacional de Identidad (DNI)* y se seleccionen tomando en cuenta la *evaluación de elegibilidad realizada por el Sistema de Focalización de Hogares* (Sisfoh)» (énfasis nuestro).

[89] Se publicó en *El Peruano* el 4 de diciembre de 2012. En el artículo 26°, que trata del Sistema de Focalización de Hogares, se lee: «Asimismo, precisase que para la incorporación de nuevos usuarios a los programas sociales o de subsidios del Estado que se ejecuten bajo criterios de focalización individual, en el marco de las disposiciones legales vigentes, es necesario que tales nuevos usuarios se identifiquen con el Documento Nacional de Identidad (DNI) y sean seleccionados tomando en cuenta la clasificación socioeconómica realizada por la Unidad Central de Focalización (UCF) del Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh), y contenida en el Padrón General de Hogares (PGH). Conforme a ello, ninguna persona u hogar cuya clasificación socioeconómica no sea concordante con los criterios de elegibilidad establecidos por el respectivo programa social o de subsidios podrá ser incorporado en sus registros de afiliados».

[90] Para mayores alcances se puede revisar los informes: Informe de Adjuntía N° 015-2011-DP/AAE, «Problemas advertidos con la Implementación del Aseguramiento Universal en Salud», y el Informe de Adjuntía N° 033-2010-DP/AAE, «Problemas

Para ilustrar este problema hemos elaborado el anexo N° 2, que contiene la lista de las 79 personas que han solicitado nuestra intervención ante Reniec para acelerar la obtención del DNI y ser atendidos a través del SIS. Allí, se puede observar casos de menores de edad embarazadas, recién nacidos con delicado estado de salud, adultos mayores y personas de comunidades nativas: la gran mayoría con características de pobreza.

Esta situación volverá a corroborarse en el capítulo referido a las entrevistas a los usuarios y las usuarias de los hospitales del Minsa y de los gobiernos regionales donde se pone en evidencia que la falta del DNI aparece como una de las causas por las cuales las personas no se encuentran afiliadas al SIS.

Este problema también fue identificado por otras instituciones. Así, en atención a ello el SIS elaboró un proyecto de ley,[91] que proponía el acceso temporal a la cobertura del SIS por el plazo de un año para las personas indocumentadas. Esta iniciativa fue presentada al Minsa en enero de 2012 y aunque fue respaldada por la Sunasa, todavía no ha sido concretada.

En esa misma línea, la Ley de Presupuesto de 2013[92] ha previsto el uso de los recursos del Estado para que a través de Reniec se

---

Identificados en el Acceso al Régimen Subsidiado del SIS en el marco del AUS». En los cuales se ha recomendado al Ministerio de Salud que evalúe el diseño establecido en el marco regulatorio del AUS que llevan a considerar al DNI como el único documento oficial para acceder a la cobertura de atención en salud, de forma tal que su aplicación no se convierta en obstáculo para el acceso a los servicios de salud de las personas indocumentadas, tomando en consideración el principio de universalidad contemplado en el artículo 4.1 de la Ley N° 29444, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

[91] Ley que modifica el numeral 12.1 del artículo 12° de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011 y el numeral 3 del artículo 22 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

[92] Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2013, Ley N° 29951, publicada en El Peruano el 04 de abril de 2012. En el artículo 24° se lee: «Autorízase para realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional a favor del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (Reniec), hasta por el monto de S/. 28'000,000.00 (veintiocho millones y 00/100 nuevos soles) con cargo a los recursos a los que hace referencia el artículo 44° de la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto. Para tal fin, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social debe remitir un informe al Ministerio de Economía y Finanzas en el que se validen las acciones realizadas por el Reniec para el cierre de las brechas de identificación, el número de

identifique a 220 mil personas pertenecientes tanto a un conjunto de 261 distritos en condición de pobreza priorizados en diversas regiones del país, como al Registro de Indocumentados del Midis. Esta disposición está comenzando a implementarse a partir de la promulgación del Decreto Supremo 009-2013-MIDIS, publicado el primero de junio del presente año.

Pese a estas iniciativas, consideramos que la restricción en la afiliación y la atención de las personas indocumentadas y pobres sigue siendo un problema actual. Esta situación, en nuestra opinión, motiva a que a través del Congreso de la República se evalúen las disposiciones contenidas en la Ley Marco de AUS y de la Ley de Presupuesto, a efectos de superar la referida restricción.

Restricción en la atención por los problemas en la clasificación socioeconómica del Sisfoh

Con la implementación progresiva del AUS se incorporó un nuevo actor al proceso de afiliación a los regímenes a cargo del SIS, el Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh) como responsable de la elegibilidad para los programas sociales del Estado. Éste tenía como finalidad administrar una base de datos socioeconómica única (Padrón General de Hogares—PGH) que permita priorizar la atención de los hogares y personas en situación de pobreza y pobreza extrema, y se encontraba a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Posteriormente, la Ley de Presupuesto del Sector público para el año 2013, Ley N° 29951,[93] dispuso que el Ministerio de Desarrollo e

---

DNI emitidos y el monto que, por la realización de las mencionadas acciones, correspondería ser transferido. Los recursos de la transferencia a la que se hace referencia en el párrafo precedente se destinan a financiar las acciones necesarias para cerrar las brechas de identificación y mantenimiento de la vigencia de la identificación en zonas de extrema pobreza a través del trámite gratuito de los DNI emitidos por primera vez, así como la asistencia registral a favor de las poblaciones que determine el Midis, de acuerdo a la información contenida en su Registro de Indocumentados. La presente transferencia se otorga en el marco del Programa Presupuestal "Acceso de la Población a la Identidad". Mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro de Desarrollo e Inclusión Social, a propuesta de este último, se aprueban, de ser necesarias, las disposiciones complementarias para la mejor aplicación de la presente disposición».

[93] Publicada en *El Peruano* el 4 de diciembre de 2012.

Inclusión Social (Midis), a través de su Dirección General de Gestión de Usuarios, se encargara de *certificar la clasificación socioeconómica* de los potenciales usuarios, la misma que es indispensable para incorporar a los ciudadanos y ciudadanas al SIS, en particular para el régimen gratuito administrado por este seguro, el cual como se verá más adelante tiene un amplio plan de beneficios.

La aplicación de esta regla suponía: 1) que todas las personas potencialmente beneficiarias deban estar incorporadas en el PGH con la clasificación socioeconómica correspondiente o se cuente con mecanismos para su incorporación o modificación oportuna, de ser el caso, y 2) que los instrumentos del Sisfoh permitan la evaluación de determinados grupos vulnerables como son las personas que residen en centros de atención residencial, albergues, las personas privadas de libertad a cargo del Inpe, y las personas que se encuentran en centros juveniles a cargo del Poder Judicial.

En esa línea, se emitió la Resolución Ministerial N° 018-2013-MIDIS,[94] con el objeto de adecuarse a lo señalado en la Ley de Presupuesto y contar con los documentos de gestión y el marco regulatorio necesario para administrar el PGH que contempla la clasificación socioeconómica de las personas.

No obstante, las solicitudes de intervención y las consultas recibidas por la Defensoría del Pueblo han evidenciado que no todos los potenciales beneficiarios y beneficiarias se encuentran incorporados en el PGH, situación que ha perjudicado seriamente los procesos de afiliación y, por ende, de atención. Ello debido a que las solicitudes para ser incorporados o ser reevaluados en el PGH se han dilatado por plazos excesivos, generándose demanda de atención de los propios establecimientos de salud por la demora que perjudica las atenciones de salud.[95] Esto es particularmente preocupante pues lo que se viene vulnerando es, precisamente, la oportunidad de la atención médica.

---

[94] Publicada en *El Peruano* el 31 de enero de 2013.

[95] De manera ilustrativa se puede mencionar la comunicación del Puesto de Salud de Nueva Arica de la Dirección Regional de Salud de Lambayeque, Oficio N° 074-2013-GERESA/REDCH/P.S.NA de fecha 14 de marzo de 2013 que da cuenta de los casos que tiene a cargo con este problema, de los cuales dos de ellos esperaban una respuesta del SISFOH desde el año 2012. Asimismo, se puede mencionar a la demora en atender la solicitud del 27 de marzo para la evaluación del albergue SOS de Chosica, el cual no era atendido hasta el 29 de mayo.

Además, nos podemos referir a las dificultades que están presentando algunas Unidades Locales de Focalización (ULF) de algunos municipios, pues no contarían con la capacidad ni los recursos para aplicar oportunamente las Fichas de Evaluación Socioeconómica y brindar la información requerida a la Unidad Central de Focalización.[96]

De otro lado, también podemos mencionar a la demora en la evaluación socioeconómica de las personas que se encuentran en centros de atención residencial, albergues, centros penitenciarios y centros juveniles. En estos establecimientos se ha podido advertir, además, que existen personas con la condición de no focalizados a pesar de su particular situación.

Si bien no es propósito de este informe realizar una evaluación rigurosa sobre el funcionamiento del Sisfoh, es necesario dar cuenta de los problemas advertidos que, en última instancia, perjudican la situación de los ciudadanos y ciudadanas, en particular de las personas que son potenciales beneficiarios del SIS subsidiado, que se encuentran caracterizadas por ser pobres y pobres extremos.

4.2. La falta de delimitación clara de la población objetivo de las IAFAS y de mecanismos para su incorporación.

El Reglamento de la Lmaus dispone la afiliación obligatoria y exclusiva a un solo régimen, y es, por lo tanto, excluyente de los demás.[97] De esta manera, se pretende establecer una delimitación clara de la población que deba estar afiliada en uno de los tres regímenes que corresponda a una de las Iafas (EsSalud, SIS u otra entidad).

Es cierto que con el tiempo se ha avanzado en delimitar con mayor claridad la población que debe ser afiliada a determinado régimen.[98]

---

[96] De forma particular, nos podemos referir a la situación de la Municipalidad Provincial de Tacna, que no contaría con personal capacitado ni con los recursos suficientes, lo que, en algunos casos, le impediría remitir la información de forma oportuna o, en el mejor de los casos, con un periodicidad semestral. Cfr. Oficio N° 309-2013-SGDSPV.GDES.GM/MPT de fecha 10 de junio de 2013.

[97] Reglamento de la Ley Marco de AUS, Artículo 78°: «La afiliación individual es exclusiva a un régimen de financiamiento determinado, y por tanto excluyente de los otros dos».

[98] A este respecto conviene recordar la implementación de las recomendaciones emitidas por la Defensoría del Pueblo en el Informe «Consulta formulada debido a la restricción de las prestaciones de maternidad para las derechohabientes menores de

Sin embargo, existen grupos de personas que aún presentan serios inconvenientes para ser incorporadas a alguna Iafa y contar con un seguro de salud. Entre estos grupos se pueden destacar los siguientes:

a) El hijo o la hija (menor o mayor de edad con incapacidad) reconocidos legalmente por su padre que tiene un seguro de salud pero es renuente a afiliarlos. Esta situación impide que el menor o la menor pueda afiliarse al SIS al contar con el potencial seguro del padre. En atención a ello, existe una iniciativa legislativa que prevé *su incorporación directa,*[99] pero se encuentra pendiente de aprobación en el Congreso de la República.
b) La menor de edad, en la mayoría de casos embarazada, que pretende ser inscrita por su pareja asegurado en EsSalud bajo la modalidad de *concubina o conviviente*. En este caso, EsSalud no permite su incorporación bajo dicha figura arguyendo que esta no se aplica cuando la pareja es menor de edad.
c) El hijo o la hija menor de edad de una *familia constituida*, en la cual su padre o madre cuenta con un seguro de EsSalud en condición de derechohabiente (cónyuge o concubina) de un titular y que, por lo tanto, no le alcanza su cobertura. Además, puede presentar restricciones en su afiliación al SIS al tener un padre o una madre asegurada.
d) Las personas que cuentan con un seguro en EsSalud bajo la figura de *periodo de latencia* o cobertura de desempleo y tienen derecho a atenciones de la capa compleja, pero no las correspondientes al Peas, que son más ordinarias y recurrentes.

---

edad en el Seguro Social de Salud—EsSalud» de 2010 a fin de garantizar la atención materna de este grupo de menores de edad.

99 La Congresista de la República Natalie Condori Jahuira presentó el Proyecto de Ley N° 749/2011-CR mediante el cual se pretende regular la incorporación directa de los hijos e hijas de los trabajadores dependientes a EsSalud, a la sanidad de las FF.AA., policiales y a las entidades prestadoras de salud (EPS). La referida iniciativa legislativa responde a una problemática recurrente de los hijos e hijas menores de edad que no reciben atención médica por la renuencia de sus padres en declararlos. Sobre este aspecto la Defensoría del Pueblo emitió una opinión favorable en el Informe de Adjuntía N° 03-2012-DP/AAE del 14 de mayo de 2012 «Opinión sobre el proyecto de ley que regula la incorporación directa de los hijos e hijas de los trabajadores dependientes a EsSalud, a la sanidad de las FF.AA., policiales y a las entidades prestadoras de salud».

En este caso, se restringe la atención en el SIS al contar con un seguro de salud que no le cubre las atenciones que requiere.

e) Finalmente, se encuentran las personas que han perdido la condición de aseguradas en EsSalud, sin embargo, debido a la falta de la actualización de información, no han sido dados de baja y mantienen una "aparente" cobertura que les impide o demora su afiliación al SIS.

Estas situaciones evidencian en cierto modo una "zona gris" donde no existe claridad en los establecimientos de salud respecto de qué Iafa debe financiar y asumir las prestaciones de salud que corresponden a estos grupos; y la falta de una coordinación interinstitucional entre el SIS y EsSalud para compartir información a nivel operativo que permita identificar la condición de sus asegurados o sus afiliados.

Debido a esto, consideramos que es necesario establecer criterios razonables que permitan incorporar a estos grupos poblacionales a los regímenes que les corresponda, pero sobre todo, debe haber una coordinación cercana entre las Iafas bajo la supervisión de la Sunasa,[100] a efectos de conseguir, en la práctica, que todos y todas en el país gocen de algún grado de protección financiera respecto de los costos de la enfermedad.

4.3. Los problemas identificados por la diferencia de coberturas

Sobre la base de lo desarrollado líneas arriba sobre el diseño normativo del AUS, las Iafas han establecido de forma específica sus planes de cobertura del siguiente modo:

- El SIS ha implementado su Plan de Beneficios para el *régimen subsidiado* que comprende a) el Peas y b) el Plan Complementario al Peas, éste último abarca además prestaciones de atención directa y la cobertura extraordinaria

[100] Conviene tener presente los artículos 32° y 33° del Reglamento de la Lmaus que establecen las competencias generales y específicas de la Sunasa, dentro de las cuales se puede destacar: el resguardar y garantizar el derecho al acceso pleno y progresivo de toda persona al AUS supervisar el cumplimiento de sus objetivos; y regular los mecanismos de articulación entre las Iafas.

(sujeta a autorización previa),[101] y sus planes no están sujetos a periodos de carencia[102] o de espera[103] y con la cobertura de las enfermedades de alto costo a cargo del Fissal.

- De igual manera, el SIS ha establecido la cobertura para el *régimen semicontributivo* (*SIS independiente*), que consiste en la atención del Peas y a determinadas enfermedades de alto costo a cargo de Fissal, y está sujeto a periodos de carencia de tres meses para mayores de doce años y de un mes para los menores de dicha edad, respectivamente, así como periodos de espera de la atención materna (diez meses).[104]
- EsSalud, por su parte, mantiene su cobertura ordinaria para el *régimen contributivo dependiente* para sus asegurados regulares y derechohabientes en atención a lo dispuesto en el artículo 18° de la Ley Marco de AUS, y sujeta solo a periodo de carencia (tres meses de aportes)[105] y de espera para la maternidad (diez meses).
- De forma semejante, EsSalud ha implementado una cobertura para el régimen *contributivo independiente* que consiste en el Peas y coberturas adicionales, sujeto a un periodo de carencia (tres meses), periodos de espera para maternidad y para tratamiento quirúrgico electivo (diez

---

[101] Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GRPE, Directiva que regula la Cobertura Prestacional de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud, aprobada por la Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS del día 06 de diciembre de 2012.

[102] Periodo durante el cual la persona afiliada o asegura como sus dependientes no gozan de las prestaciones de salud contempladas en sus planes de beneficios.

[103] Periodo durante el cual el asegurado y sus dependientes no podrán acceder a algunas de las prestaciones de salud contempladas en sus planes de beneficios.

[104] Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GRPE, Directiva que regula la Cobertura Prestacional de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud.

[105] Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, publicada en el *El Peruano* el 17 de mayo de 1997, Artículo 10°, Derecho de Cobertura: «Los afiliados regulares y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la contingencia […]».

meses) y otros periodo de espera para tratamientos médicos (veinticuatro meses).[106]

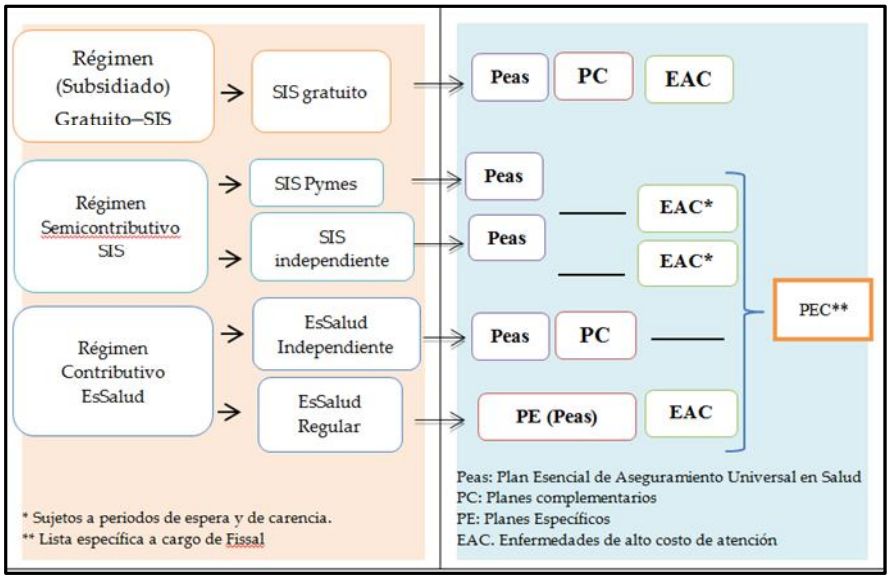
Así, pues, es posible advertir que existen regímenes que presentan notables ventajas respecto de otros. Así, por ejemplo, dentro del grupo de los afiliados al SIS, aquellos que tienen la condición de pobre o pobre extremo (régimen subsidiado) tienen una mejor cobertura y sin periodos de espera ni de carencia respecto a las personas que tiene la condición de no pobre (régimen semicontributivo).

De forma semejante, los asegurados regulares en EsSalud (régimen contributivo dependiente) presenta una mejor y amplia cobertura respecto de los asegurados independientes (EsSalud Independiente), pues pueden acceder a todo tipo de atenciones, incluso por enfermedades de alto costo luego de un periodo de carencia de tres meses, y solo tiene la restricción del periodo de espera para las prestaciones de maternidad.

En el siguiente gráfico se muestran los regímenes desarrollados en el marco del AUS con las correspondientes coberturas y las diferencias entre ellas.

[106] Disposiciones contractuales y Lista de condiciones asegurables que cobertura el Seguro de Salud para Trabajadores Independientes. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/essalud-independiente/ Consultada el 26 de abril de 2013.

Gráfico N° 1
Regímenes de financiamiento y planes de beneficios en el marco del AUS



Fuente: Defensoría del Pueblo a partir de la Lmaus.
Elaboración: Defensoría del Pueblo, a partir de lo dispuesto por la Ley Marco de AUS, el Reglamento de la Lmaus y disposiciones específicas del SIS y de EsSalud.

Esta diferencia de planes de beneficios entre los regímenes ha ocasionado que frente a una enfermedad no cubierta o la aplicación de periodos de espera o carencia, se busque la inclusión a otros regímenes que presentan planes de beneficios más amplios y sin estas limitaciones. En efecto, desde la implementación del AUS se han presentado casos de personas que buscan ser consideradas al SIS (régimen subsidiado) y ser beneficiarios de una mayor cobertura, en particular para acceder al tratamiento de enfermedades que demandan un mayor costo de atención.[107]

A modo de ejemplo, nos podemos referir al Plan Esperanza, el cual está previsto solo para las personas afiliadas al SIS del régimen

[107] Esta práctica ha sido muy recurrente a nivel y se ha puesto en evidencia a través de las comunicaciones electrónicas que remiten los EE.SS. al Sisfoh solicitando su reclasificación socioeconómica.

subsidiado[108] y no alcanza a las personas afiliadas al régimen semi contributivo. Esto se explica, además, porque si bien una persona puede ser considerada como no pobre, es evidente que asumir el costo de determinadas enfermedades, puede conducirla a ese estado o afectar gravemente su economía familiar.

Esta situación no es ajena al Seguro Social de Salud–EsSalud, pues también enfrenta casos de personas que se "filtran" como aseguradas regulares para recibir atenciones complejas y de alto costo de atención, como es, por ejemplo, el tratamiento de hemodiálisis.[109]

Respecto a la situación descrita, es necesario recordar que esta diferencia de coberturas entre los regímenes del AUS fue sometida a un proceso de inconstitucionalidad. En este, el Tribunal Constitucional concluyó que no podía hacerse una comparación de planes entre los regímenes, pues tenían origen y fuente de financiamiento diferentes. Además, debido a que la Lmaus pretende brindar un acceso a las personas que no cuentan con los recursos económicos (régimen subsidiado y semi-subsidiado) se buscaba lograr una igualdad sustancial en el acceso a los servicios de salud, que era compatible con la Constitución.[110]

Sin embargo, al notar las limitaciones de cobertura, el Tribunal Constitucional exhortó al Minsa para que, en coordinación con EsSalud, diseñe un plan de contingencia progresivo que permita cubrir las enfermedades de alto costo de los afiliados a EsSalud Independiente y otro plan que permita cubrir las atenciones necesarias para preservar las capacidades esenciales de la buena salud o los riesgos contra la vida, cuando dichas atenciones superen el límite de prestaciones establecidas en el Peas.[111]

---

108 El Plan Esperanza es una iniciativa del Estado para mejorar la atención integral del cáncer y el acceso a los servicios oncológicos en el Perú en forma progresiva de acuerdo al desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos, y financia los siguientes cánceres a través del Fissal: cuello uterino, mama, colon, estómago, próstata, leucemias y linfoma.

109 Presentación de la Dra. Virginia Baffigo Torré de Pinillos ante la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso de la República en noviembre de 2012. Disponible en http://www.essalud.gob.pe/downloads/expos_comision_trabajo_congresoNOV2012.pdf Consultada el 18 de diciembre de 2012, p. 12.

[110] TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Expediente N° 33-2010/PI-TC, Sentencia sobre la Constitucionalidad de la Ley Marco del AUS, emitida el 10 de abril de 2012.

[111] Idem.

En opinión de la Defensoría del Pueblo existen tres aspectos que no fueron advertidos y abordados por el TC en su pronunciamiento. En primer lugar, no se advirtió con claridad que existen diferencias dentro de los regímenes que tienen un mismo origen normativo y una fuente similar de financiamiento (entre el régimen subsidiado y semicontributivo en el SIS, y entre el regular dependiente y el regular independiente en EsSalud). Además, al ser el AUS un proceso progresivo, la diferencia de coberturas o planes de beneficios es de carácter temporal desde su origen ya que no puede ser indeterminada o estar sujeta a la discrecionalidad de un gobierno.

En segundo lugar, tampoco se advirtió que existe una serie de enfermedades o diagnósticos que pueden poner en grave riesgo los derechos a la vida y a la integridad de las personas[112] y que demanda altos costos de atención. En estos casos, no es posible imponer de forma incondicional la regulación que limita la cobertura de atención, pues ello generaría un conflicto entre esta regulación y los derechos, el cual, en virtud de la supremacía constitucional, debe resolverse a favor de los últimos, inaplicando —bajo determinados criterios— las normas administrativas de inferior jerarquía.[113]

Y, en tercer lugar, se debe agregar la omisión de considerar a los sujetos de especial protección que se ha desarrollado en la jurisprudencia constitucional. Tal como lo señaló el mismo TC, el artículo 4º de nuestra Suprema Norma establece que la comunidad y

---

[112] Cabe precisar que el TC peruano ha señalado que, no obstante el carácter progresivo del derecho a la protección de la salud, debido a la estrecha relación entre la vida y la salud, las carencias económicas no pueden ser un obstáculo ni un argumento válido para negarle a una persona las prestaciones de salud, de tal manera que se ponga en riesgo su derecho a la vida. Fundamento N° 23 de la Sentencia recaída en el Expediente N° 3081-2007-PA/TC, caso de R.J.S.A. Vda. de R. contra EsSalud.

[113] Ello encuentra sustento en lo establecido en la Constitución en el artículo 51° que señala «La Constitución prevalece sobre toda norma legal; la ley, sobre las normas de inferior jerarquía, y así sucesivamente». Además en lo que concierne a salud, el criterio descrito ha venido siendo señalando constantemente como referencia por la Corte Constitucional de Colombia por ejemplo en la Sentencia T-143/05 donde se ha inaplicado la reglamentación que excluye el tratamiento o medicamento requerido, para ordenar que sea suministrado, y evitar, de ese modo, «que una reglamentación legal o administrativa impida el goce efectivo de garantías constitucionales y de los derechos fundamentales a la vida y a la integridad de las personas».

el Estado deben proteger especialmente a ciertos grupos. Bajo este concepto, se busca dotar de tutela especial y reforzada a quienes, por su particular condición, demandan de un tratamiento singular[114] y, por ende, una obligación mayor. Tal situación ha sido reconocida con relación a los niños y las niñas[115] y respecto de la decisión de toda mujer de traer al mundo una nueva vida humana.[116]

Esto último guarda relación con el marco normativo de los derechos a la seguridad social y a la salud, desarrollados en el presente informe, donde las políticas de salud asumidas por el Estado y los instrumentos internacionales de DD.HH., priorizan la especial atención que demandan, además de las poblaciones vulnerables, la niñez y la salud materna.

En atención a ello, es necesario que el Estado adopte medidas más específicas para superar los límites de coberturas y afrontar la situación de las enfermedades que, sin estar dentro de los planes de beneficios, y siendo de alto costo, pueden poner en riesgo la vida y la integridad de las personas, pues corresponde al Estado adoptar medidas constantes y eficaces para lograr la plena protección de los derechos, dentro de las cuales también se encuentran las presupuestarias.[117]

Entre esas acciones no se puede soslayar la obligación reforzada que existe respecto de la salud materna e infantil, considerando, además, que no existe justificación jurídica para que valide una diferencia entre los niños, niñas y adolescentes, así como las mujeres que se encuentran en estado de gestación, respecto de planes de beneficios, sea cual fuere el régimen del AUS al cual pertenezcan.

En tal sentido, un quehacer de las entidades del Estado de forma inmediata es evaluar la equiparación, hasta donde sea posible los planes de beneficios para los niños y niñas, y superar las diferencias de atención entre las mujeres gestantes de cualquier régimen, por

---

[114] TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Expediente N° 04749-2009-PA/TC, Sentencia, Fundamento N° 22.

[115] Ibidem. Fundamentos N° 23 y 25.

[116] Idem. Expediente N° 05527-2008-PHC/TC, Sentencia, Fundamento N° 21.

[117] Idem. Expediente N° 2945-2003-AA/TC LIMA, Sentencia, Fundamento N° 12.

ejemplo, aquellas basadas en el número de aportaciones a través de los periodos de carencia o de espera.[118]

4.4. La oportunidad de servicio de salud: la dilación en el otorgamiento de citas y la lista de espera de cirugías en EsSalud

En los últimos años se ha observado el incremento en la dilación para el otorgamiento de citas y la programación de cirugías en los establecimientos de EsSalud. Según la información que publicó esta entidad en octubre de 2012, las colas para la obtención de citas eran en promedio de 60 a 65 personas por ventanilla, la lista de espera para consulta (diferimiento de citas), en promedio, era de 45 días de espera, mientras que la lista de espera para procedimientos diagnósticos era de 60 días cuando se trata de procedimientos regulares y hasta 180 días para procedimientos sofisticados. En la mencionada fecha se proyectaba la cifra de 9,071 cirugías embalsadas.[119]

Este problema responde a varias causas estructurales relacionadas al incremento de las personas aseguradas, el incremento de la demanda de atención, los recursos financieros de la institución y las brechas existentes. Pero también es cierto que se advirtió debilidades de gestión que dificultan afrontar este problema. Es así que durante el 2012 no se conocía la tasa de la lista de espera de cirugías; el embalse real de procedimientos, la oferta total de cupos para consulta externa; no existía un manual de procesos y procedimientos de la consulta externa; no se contaba con un jefe de consulta externa en los centros asistenciales, ni se conocía el embalse real de citas para consulta externa, entre otros.[120]

---

118 Para mayores alcances se puede revisar el Informe de Adjuntía N° 001-2012/AAE, «Restricción de las prestaciones de maternidad por la aplicación de periodos de espera en el seguro social de salud (EsSalud) y en el marco del Aseguramiento Universal en Salud».

119 Sesión de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso de la República, Presentación de la Presidenta Ejecutiva Dra. Virginia Baffigo Torré de Pinillos, Noviembre de 2012. Ello, además, explica que el mayor porcentaje de reclamos y solicitudes de mediación ante la Defensoría del Asegurado de EsSalud sea el problema con el otorgamiento de citas (31.7%) y con las referencias (10.5%). En SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD, *Boletín Estadístico al Segundo Trimestre 2012*. Año 13, N° 2/ abril-junio 2012, p. 57.

120 SEGURO SOCIAL DE SALUD—ESSALUD, *Análisis situacional de la oportunidad de citas para atención ambulatoria en EsSalud,* proporcionado al personal de la Defensoría del Pueblo

Aunque no es propósito de este informe analizar este grave problema, si resulta necesario y pertinente recordar que toda prestación de los servicios de salud se guía bajo el principio de oportunidad. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo comparte lo señalado por la jurisprudencia constitucional comparada:

> El aplazamiento injustificado de una solución [...] a un problema de salud, que supone la extensión de una afección o un malestar, vulnera el principio del respeto a la dignidad humana y el derecho fundamental a la vida, el cual no puede entenderse como una existencia sin dignidad. En esta medida, la demora injustificada en el diagnóstico y, por consiguiente, en la iniciación de un posible tratamiento que logre el restablecimiento de la salud perdida o su consecución, atenta contra los derechos a la salud en conexidad con la vida.[121]

Así, pues, se puede colegir que la dilación para la atención a través del otorgamiento de citas o para la programación de cirugías, además de obligar a los usuarios y usarias a acudir a otras entidades con el uso de sus propios recursos, constituye una grave vulneración de su derecho a la salud, no solo por la demora en la atención en sí misma, sino también por las consecuencias en la salud y la vida de las personas.

En el marco del aseguramiento universal de salud, donde los problemas de una entidad afectan a todo el sistema, y en el cual se busca garantizar prestaciones de salud bajo estándares de calidad y oportunidad, esta situación resulta inaceptable. Es por ello que EsSalud, además de las acciones que vienen desarrollando efectivamente, debe publicitar las metas y los plazos que se ha trazado en este tema, a efectos de que la población asegurada pueda medir los resultados y vigilar sus acciones.

---

en la reunión sostenida con personal de la Gerencia de Operaciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud-EsSalud, el día 27 de marzo de 2012.

121 CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Expediente N° T-1612494, Sentencia T-725/07 del 13 de septiembre de 2007.

CAPÍTULO V

LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SISTEMA SANITARIO

5.1. La situación sanitaria en el país

En la actualidad, el derecho a la salud presenta nuevos obstáculos que deben ser considerados para garantizar su plena realización. Los problemas de salud no son los mismos que en décadas pasadas, pues la situación de la salud no es estática, sino que forma parte de un proceso dinámico que se moviliza bajo el influjo de los determinantes sociales, los avances tecnológicos en la medicina, el nivel de vida de la población y la ampliación de su esperanza de vida, entre otras variables.

Nuestro país viene sufriendo fenómenos demográficos que generan modificaciones en la estructura poblacional y, a su vez, repercuten en la situación de la salud de las personas. Estos fenómenos se han caracterizado por una menor participación de la población infantil, un crecimiento de los grupos de edad media y un incremento acelerado de la población mayor a los sesenta años.[122,123]

Esta situación ha ido a la par con la reducción de las enfermedades de tipo transmisible, generalmente ocasionada por la mejora en las condiciones de vida de la población y las intervenciones que se han realizado desde el sector salud, así como con el incremento de las enfermedades no transmisibles (crónicas) y

---

[122] DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA (DGE), Ministerio de Salud. *Análisis de la Situación de la Salud en el Perú ASIS (2010),* p. 11. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/pub_asis.php Consultada el 14 de diciembre de 2012.

[123] Esta situación también es advertida por el Seguro Social de Salud - EsSalud en su Plan Estratégico Institucional 2012-2016 donde se precisa que la población asegurada tiene una estructura demográfica con una proporción creciente de adultos mayores. El crecimiento de este grupo poblacional probablemente pensionista, está siendo más rápido de lo esperado, lo cual se asocia a la demanda actual de los servicios. De ahí que los adultos mayores representan un porcentaje de 13.4 % del total de asegurados y demandan una proporción del 31.45% de las consultas externas. En SEGURO SOCIAL DE SALUD—ESSALUD, Plan Estratégico Institucional 2012-2016. Disponible en: www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf Consultada el 16 de abril de 2013.

de la causas externas de incapacidad o de muerte producidas por accidentes de tránsito.[124]

De acuerdo con esto, es posible afirmar, en líneas generales, que la situación sanitaria en el país se caracteriza por la coexistencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, en un contexto donde tradicionalmente se ha priorizado la atención de las enfermedades maternas e infantiles e infecciosas, pero que ha avanzado poco para vigilar, prevenir y enfrentar los casos de las enfermedades no transmisibles y reducir los accidentes de tránsito.[125]

En esa línea, el Plan Nacional Concertado de Salud ha identificado como los principales problemas sanitarios en el país a los siguientes: la mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica infantil, la deficiente salud mental en la población, la alta prevalencia de enfermedades transmisibles (VIH/TB), la alta prevalencia de enfermedades transmisibles regionales (dengue, chagas, etc.), la alta mortalidad de enfermedades crónico-degenerativas, (así como su incremento), la alta mortalidad por cáncer, la persistencia de enfermedades inmuno-prevenibles (Hepatitis B, fiebre amarilla, etc.), el incremento de las enfermedades por causas externas (accidentes de tránsito), el incremento de la discapacidad física o mental, y la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal.[126]

5.2. Las funciones y los objetivos del sistema sanitario.

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

---

[124] Esta problemática no es exclusiva de nuestro país, la OMS en las últimas estadísticas sanitarias publicadas el 2012, llama la atención sobre la creciente demanda de las enfermedades crónicas y el reto económico que implica para todo sistema de salud. En ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estadísticas sanitarias mundiales* 2012, p. 34.

[125] VELÁSQUEZ, Aníbal. «La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal». En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. [online]. Abril-junio 2009, vol. 26, N° 2, p. 16. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200015&lng=es&nrm=iso Consultada el 19 de enero de 2012.

[126] MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007, p. 13.

sistema.[127] 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 salud.[128]

En esa línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define un sistema sanitario[129] 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 poblaciones.[130] 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 calidad.[131]

De ahí que la OMS establezca que los objetivos del sistema sanitario son tres:

a) Mejorar la salud de la población a la que sirven.
b) Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.
c) Responder a las expectativas de las personas.

Para cumplir con estos objetivos, todo el sistema sanitario debe efectuar determinadas funciones que le son esenciales y que guardan una coherencia con sus objetivos:

---

[127] CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Expediente N° T-760 (2008), Sentencia. Fundamento N° 4.1.

[128] Estos principios como los derechos específicos en salud se encuentran desarrollado en la Ley General de Salud, Ley N° 26842, publicada en *El Peruano* el 20 de julio de 1997, y en la Ley de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414, publicada en *El Peruano* el 2 de octubre de 2009.

[129] 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.

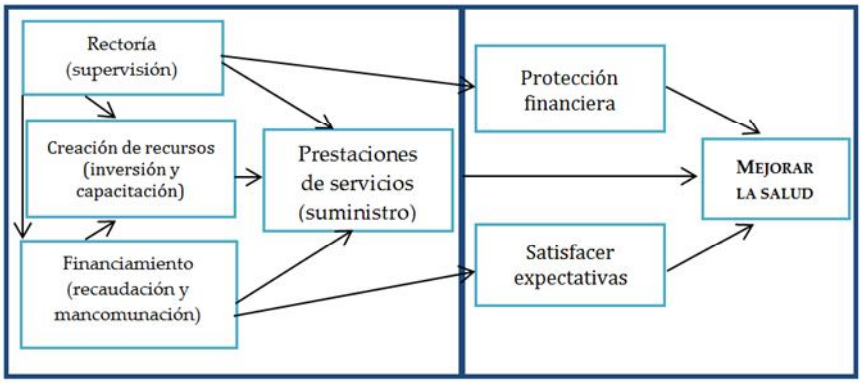
[130] Idem, p. 9.

[131] Ibidem.

a) Prestaciones de servicios (suministro).
b) Rectoría (supervisión).
c) Creación de recursos (inversión y capacitación).
d) Financiamiento (recaudación y mancomunación).

En el siguiente gráfico se puede observar la relación que existe entre los objetivos y las funciones de todo sistema sanitario, según lo ha desarrollado la OMS.

Grafico N° 1
Relaciones entre funciones y objetivos del sistema sanitario



Fuente y elaboración: OMS, *Informe de la salud en el mundo 2000*, p. 27

5.3. Los problemas del sistema sanitario

Se debe reconocer que existen problemas en las *funciones* del sistema de salud que pueden incidir en la eficacia de la prestación, así como impedir que el Estado garantice el acceso a los servicios de salud sin barreras económicas o geográficas, garantice la solidaridad en el financiamiento frente a la enfermedad, y asegure la atención de salud con dignidad.[132]

En ese sentido, resulta útil conocer los problemas relacionados a las funciones del sistema sanitario que de una u otra manera inciden en el ejercicio de los derechos a la seguridad social y a la salud en el

[132] HERNÁNDEZ, Amparo y otros. *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas*. Bogotá: s.p.d.i., 2011. Disponible en: http://web.idrc.ca/openebooks/509-0/ Consultada el 13 de noviembre de 2012.

país, pues la organización de los sistemas de salud no es neutral respecto de la exclusión en salud, sino que constituye un elemento determinante de ella.[133]

5.3.1. El financiamiento de la salud en el país[134]

El financiamiento es considerado como uno de los ejes que permite el cumplimiento de metas y funciones de todo sistema sanitario para el mejoramiento de la salud de las personas, protegerlas frente a las enfermedades y satisfacer sus expectativas mediante prestaciones de calidad. Es por esto que se reconoce la importancia del financiamiento para lograr o mantener el aseguramiento universal en salud o la cobertura universal.[135]

En este punto, es necesario precisar que la cobertura universal no es un concepto que significa, necesariamente, la cobertura de todo el mundo para todo. Avanzar hacia la cobertura universal significa, principalmente, encontrar la mejor manera de ampliar la cobertura de salud en tres dimensiones fundamentales: quiénes reciben cobertura con los fondos recaudados por el Estado, qué servicios se cubren y qué parte del coste se cubre.[136]

Por ello, como lo establece la OMS, el nivel general de la financiación asignada a la salud establece los límites que determinan a qué servicios tendrá acceso la población. Si bien dichos porcentajes dependen en gran medida de la riqueza de un país, también dependen de las decisiones políticas que impulsen mayores recursos del ingreso nacional dedicado a la salud.[137]

---

[133] OMS, *Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional*, p. 7.

[134] Este problema también fue identificado Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007, donde se señala que existe un deficiente financiamiento en salud, bajo gasto en salud, distribución inequitativa del financiamiento y gasto ineficiente en salud, p. 14.

[135] OMS. *Informe sobre la salud en el mundo financiación para la cobertura universal*, p. 6. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf Consultada el 12 de diciembre de 2012.

[136] Idem.

[137] OMS, *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*, p. 38.

Según el análisis que se realizó en el Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud en el 2005, el Perú se caracterizaba por el escaso financiamiento que destinaba para la salud, pues el gasto en el país apenas alcanzaba el 4.7% del producto bruto interno (PBI), frente al promedio latinoamericano que era de 7.5%.[138] El análisis referido llevó a los partidos suscriptores de dicho acuerdo a proponer un incremento progresivo a los largo de los siguientes años para cumplir con los objetivos sanitarios nacionales y acercarnos al promedio latinoamericano.[139]

Si bien es cierto que nuestro país muestra un progreso respecto a periodos anteriores en el gasto de salud como porcentaje del PBI,[140] también es cierto que, según lo publicado por el Banco Mundial (BM),[141] no ha llegado a alcanzar el promedio latinoamericano, pues en el 2010 destinó el 5.1% de su PBI, encontrándose comparativamente por debajo de países como Paraguay o Colombia, y muy por debajo de países como Ecuador, Chile, Argentina o Brasil, tal como se observa en el siguiente gráfico.

---

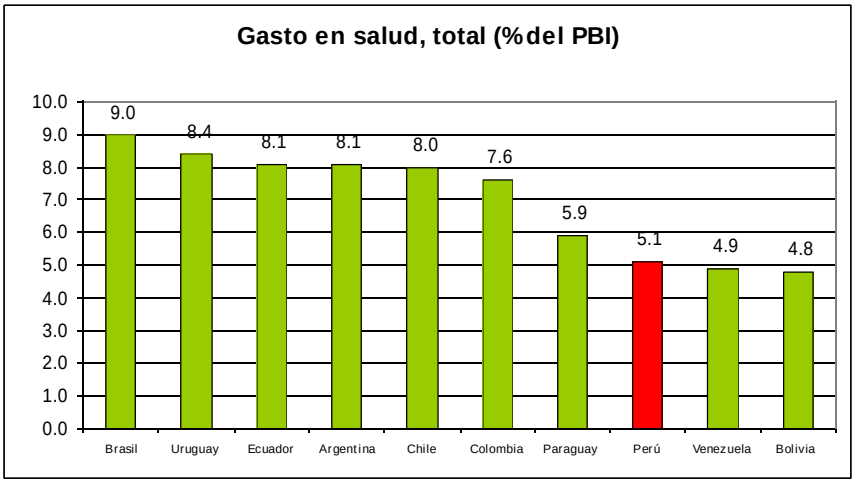
[138] Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud 2006-2011, p. 4. Disponible en: http://www.politicasensalud.org/site/05-eventos.php Consultada el 12 de diciembre de 2012.

[139] Con relación al financiamiento, los partidos se comprometieron a incrementar el financiamiento de salud a lo largo de los próximos cinco años para el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales, con el ideal de acercarnos al promedio latinoamericano de participación en el porcentaje del PBI

[140] Según el Banco Mundial el Gasto en salud, total (% del PIB) es la suma del gasto público y privado en salud, y abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

[141] Datos publicados por el Banco Mundial y la Cepal. Disponible en: http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP/countries. Véase también la Base de Datos y Publicaciones Estadísticas de la Cepal, disponible en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e Consultada el 12 de enero de 2013.

Gráfico N° 2



Elaboración: Defensoría del Pueblo, a partir de los datos publicados por el Banco Mundial (2010)

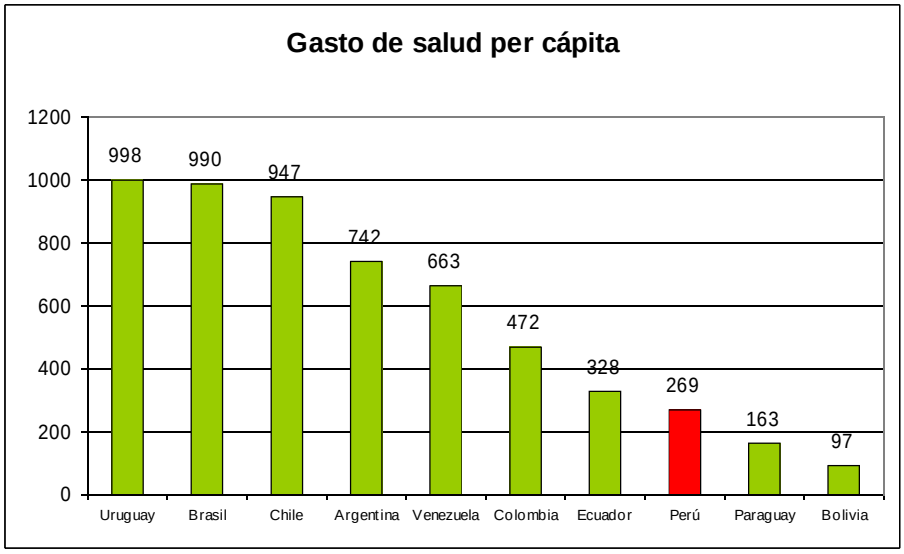
Otro de los indicadores que permite medir el financiamiento en los países es el gasto de salud per cápita, es decir: el gasto total en salud resultado de la suma de los gastos en salud público y privado como proporción de la población total. Este concepto comprende la prestación de servicios de salud, las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud.[142]

Según la información disponible del Banco Mundial para el año 2010, el Perú destinó como gasto per cápita para la salud, el promedio de 269 dólares. Esta cifra se encuentra solo por encima de países como Bolivia y Paraguay, pero debajo de Ecuador y muy por debajo de Colombia, Chile, Venezuela, Uruguay, Colombia y Argentina, tal como se observa en el siguiente gráfico N° 3.[143]

[142] Este es uno de los indicadores que publica el Banco Mundial, la OMS y Cepal.

[143] Los gráficos han sido elaborados a partir de la publicación de los datos destacados del Banco Mundial. Disponible en: http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP/countries Consultada el 12 de enero de 2013.

Gráfico N° 3

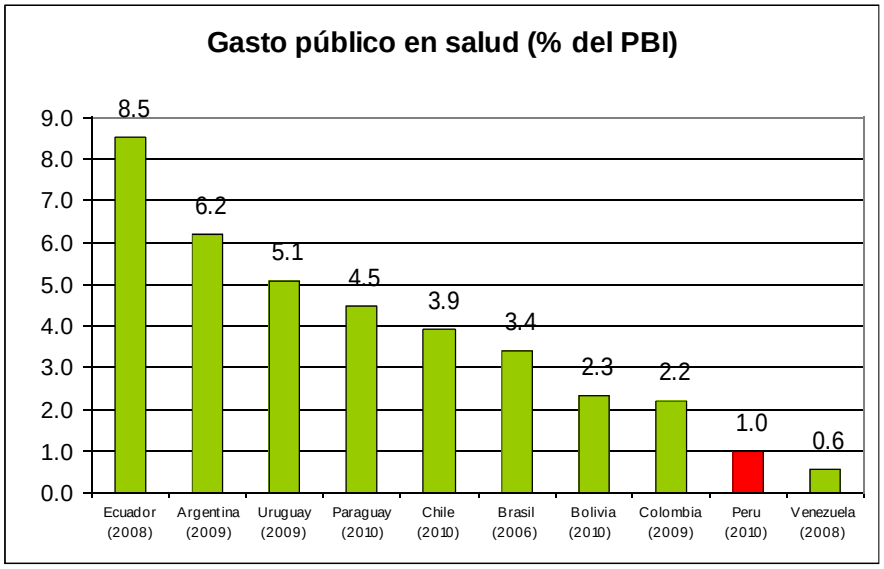


Elaboración: Defensoría del Pueblo a partir de los datos publicados por el Banco Mundial (2010)

Finalmente, también se debe considerar el gasto público en salud como porcentaje del PBI. Según la información disponible de la CEPAL para el año 2010, el Perú destinó apenas el 1.0%. Esta cifra se encuentra solo por encima de Venezuela, debajo de Bolivia, Brasil, Chile y Colombia y muy por debajo de Argentina, Ecuador, Paraguay y Uruguay, tal como se observa en el siguiente gráfico.[144]

[144] Los gráficos han sido elaborados a partir de la publicación de los datos publicados por Cepal. Anuario Estadístico para América Latina y El Caribe 2011. Disponible en: http://interwp.cepal.org/anuario_estadistico/anuario_2011/esp/content_es.asp Consultada el 12 de enero de 2013.

Gráfico N° 4



Elaboración: Defensoría del Pueblo, a partir de los datos publicados por Cepal. *Anuario Estadístico para América Latina y El Caribe* (2011).

La revisión y el análisis de estos datos llevan a la necesidad de implementar mecanismos que desde el propio Estado permitan medir sus avances en alcanzar el promedio latinoamericano de gasto en salud como porcentaje del PBI, incrementar el gasto público en salud y el gasto en salud per cápita, conforme al compromiso asumido en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, estableciendo plazos que puedan ser monitoreados.

En ese contexto, resulta conveniente recordar la recomendación realizada por la Defensoría del Pueblo al Congreso de la República a efectos de que a través de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad y de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la Republica, se efectúe el seguimiento del incremento progresivo anual del sector Salud,[145] a efectos de alcanzar el promedio

[145] Cfr. DEFENSORÍA DEL PUEBLO, Informe Defensorial N° 120, «Atención de Salud para los más pobres: el Seguro Integral de Salud». Lima, 2007, p. 288.

latinoamericano y en acuerdo con las políticas de la universalización del acceso a servicios de salud que se pretende implementar.

5.3.2. Los recursos en el sistema sanitario

En cuanto a la oferta del servicio de salud del sistema sanitario, esta comprende a los recursos humanos, la infraestructura, el equipamiento y los insumos, entre otros, que, organizados adecuadamente, afrontan los requerimientos y las necesidades de la población mediante la prestación de los servicios de salud.[146]

5.3.2.1. Los recursos humanos en salud: actores claves en el sistema de salud[147]

Los recursos humanos en salud son considerados actores clave para el cumplimiento de las metas y finalidades de todo sistema sanitario, pues son los componentes esenciales que contribuyen a garantizar el derecho a la salud de la población. Es posible afirmar esto porque la atención sanitaria es un servicio donde los proveedores de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden, alivian el dolor, previenen enfermedades y son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria.[148]

A pesar de ello, en el curso de los últimos años se ha observado una crisis mundial en torno a la situación de los recursos humanos para la salud que también ha alcanzado a nuestro país.[149]

---

[146] MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica Categorías de los Establecimientos de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA del 17 de noviembre de 2010, p. 8-9.

[147] Este problema también es identificado Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007, donde se señala que existe un inadecuado desarrollo de los recursos humanos, por la localización inequitativa de recursos humanos calificados en salud, falta de regulación de la formación profesional y falta de conciliación entre necesidades y demandas, p. 14.

[148] OMS. *El Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud,* p. XV. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/es/index.html Consultada el 12 de diciembre de 2012.

[149] Nuestra realidad no ha sido ajena a los problemas por la falta de recursos humanos. En el Informe de la Salud de la OMS (2006) el Perú presentada un déficit de recursos humanos (número de médicos, enfermeras y obstetras por 10 mil hab.) similar a la de países en desarrollo ubicados en el continente africano. No es casual por ello, que esta

Además, el Perú se ha caracterizado por una localización inequitativa de recursos humanos calificados, una falta de regulación de la formación profesional y una falta de conciliación entre necesidades y demandas,[150] a lo que cabe sumar la percepción de que muchos trabajadores deben enfrentar entornos de trabajo desalentadores y tener una percepción de que no reciben una remuneración acorde a sus necesidades.

Un estándar de referencia que sirve para medir el número de profesionales de la salud que se requiere mínimo en un país, es el ideal de veinticinco (diez médicos, diez enfermeras y cinco obstetrices) por cada diez mil habitantes. Aplicado este criterio por el Minsa al sector público, se advierte que nuestro país se encuentra por debajo de ese mínimo, pues presenta una densidad de 22.6 por cada diez mil habitantes (9.1 médicos, 10.1 enfermeras, y 3.4 obstetrices),[151] es decir: somos un país de baja disponibilidad de recursos humanos en salud.[152]

Esta información debe ser precisada en dos aspectos. En primer lugar, el uso del criterio puede permitir pasar por alto que el número total de profesionales de la salud en el país no se encuentra disponible para todos los sectores de la población, sino para aquellos adscritos a la entidad para la cual se encuentren laborando (generalmente Minsa/Diresas o EsSalud), a pesar de encontrarse en el mismo ámbito territorial.

En segundo lugar, la revisión de la densidad de profesionales de la salud en el país permite identificar significativas diferencias entre el promedio nacional y el de las regiones, pues al verificar la información referida a estas se advierte que catorce de ellas no llegan a superar el nivel de densidad de veinte por cada diez mil habitantes, y cuatro de ellas no alcanzan la densidad de quince por

---

preocupación se vea reflejada en las *Prioridades de Investigación en el Perú*. Para mayor información, véase: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, *Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010 - 2014: La experiencia de un proceso participativo y descentralizado Sistematización del proceso*. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/2/673/prioridades-nacionales-de-investigacion-en-salud-2010-2014 Consultada el 16 de diciembre de 2012.

[150] MINSA, *Plan Nacional Concertado de Salud,* p 72.

[151] MINSA, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, Información de Recursos Humanos en el Sector Público de Salud 2010. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html Consulta el 25 de marzo de 2013, p. 12

[152] MINSA, Ob. cit., p. 72.

cada diez mil habitantes. Solo Lima, Arequipa y Moquegua llegan a superar el mínimo recomendado.[153]

Tomando en consideración este criterio y contrastándolo con los recursos con que cuenta, el Ministerio de Salud señala que existe una brecha aproximada[154] de recursos humanos en sus establecimientos y los de las regiones que alcanzaría la cifra de 22,465 profesionales de la salud (9,040 médicos, 8,672 enfermeras y 4,753 obstetras).[155] Por su parte, según su diagnóstico institucional, EsSalud presentaría una brecha del personal médico de 4,276 profesionales.[156]

La descripción de este panorama nos lleva a corroborar el diagnóstico realizado en el *Informe Técnico Final de la Comisión Multisectorial*[157] *encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un sistema nacional de salud*, que señalaba que el sistema de atención sanitaria no cuenta con los recursos humanos suficientes para afrontar con efectividad, calidad y equidad los principales desafíos de salud del país.[158]

De otro lado, para referirnos a la brecha de médicos especialistas podemos recurrir al estudio auspiciado por la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del Minsa, a través del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, bajo el título *Recopilación,*

---

[153] Las regiones de Loreto, Cajamarca, Piura, San Martín, Ucayali, Ancash, Junín, Puno, La Libertad, Tumbes, Cusco, Huánuco, Lambayeque y Amazonas se encuentran en esta situación. De ellas, las cuatro primeras no alcanzan la densidad de profesionales de la salud de 15 por 10 mil habitantes.

[154] A pesar de revisar las estadísticas que publica el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud del Minsa, se observa que la información data del 2009. Debido a ello, solo es posible hablar de aproximados.

[155] MINSA, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Ob. cit., p. 12

[156] ESSALUD, Plan Estratégico Institucional 2012-2016, p 52.

[157] Mediante Resolución Suprema N° 002-2008-SA, publicada en *El Peruano* el 14 de febrero de 2008, se constituyó la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos necesarios que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud, la misma que tenía como función evaluar los siguientes diez ejes temáticos: a) Aseguramiento Universal; b) Adquisición de Medicamentos; c) Atención de Emergencias; d) Donaciones y Trasplantes; e) Unidad de Banco de Sangre; f) Optimización de la infraestructura de todos los sectores involucrados; g) Recursos humanos; h) Red de información; i) Calidad del servicio a los pacientes; y, j) Comunicación Social.

[158] *Informe Técnico Final de la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un sistema nacional de salud*, dispuesta por la Resolución Suprema N° 002-2008-SA, publicada en *El Peruano* el 14 de febrero de 2008.

procesamiento y análisis de información sobre la necesidad de médicos especialistas para los establecimientos de salud del Minsa y Regiones (2011), donde se proyecta que la brecha que existe entre la oferta y la demanda de médicos especialistas a nivel nacional y regional representaba aproximadamente el 45% del total necesario para cubrir toda la carencia actual.[159]

De acuerdo a este estudio, las especialidades tradicionalmente consideradas como básicas (medicina interna/familiar, pediatría, cirugía general y gineco-obstetricia) son las que exhiben mayor brecha de especialistas. Asimismo, se subraya que las regiones de los quintiles 1 y 2 son quienes presentan mayores carencias, es decir, los más pobres tienen menor acceso a servicios especializados. En cifras, este estudio revela que la brecha de médicos especialistas puede llegar a 5,664 profesionales.[160]

En ese sentido, se debe resaltar el espacio de discusión de la Comisión Intergubernamental de Salud, en el cual asumió los compromisos entre el Gobierno Nacional y los gobiernos regionales a efectos de cerrar progresivamente la brecha de recursos humanos para la atención primaria[161] y buscar mecanismos para garantizar el acceso y la oferta de servicios especializados en las veinticinco regiones,[162] los cuales se encuentra en proceso de implementación.

No obstante ello, aunque a primera vista los datos y la iniciativa presentada pueden sugerir que los problemas de recursos humanos se pueden resolver al acortar las brechas existentes, es necesario precisar que a ello se debe sumar el fortalecimiento de otras estrategias, como la capacitación constante y la supervisión de la formación profesional. Como se verá en el capítulo siguiente, en la supervisión a los hospitales existe un porcentaje significativo de establecimientos que recibe a estudiantes para las prácticas clínicas a nivel nacional.

---

[159] ZEVALLOS, Leslie y otros. «Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del ministerio de salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad». En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2011, 28 (2): 177-85.

[160] Ibidem.

[161] COMISIÓN INTERGUBERNAMENTAL DE SALUD (CIGS). V Reunión Extraordinaria 11 y 12 de setiembre de 2012. Lima-Perú. Acuerdos ejecutivos de implementación de la Agenda de Prioridades de Política de Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales «Hacia el logro de la Cobertura Universal de Salud».

[162] Idem.

Asimismo, consideramos que es necesario implementar estrategias para medir el desempeño y la conducta de los recursos humanos. Como también se observará en el capítulo séptimo, correspondiente a las entrevistas a las personas usuarias, se puede identificar problemas vinculados a la falta de información y de trato inadecuado. Asimismo, es menester mejorar las condiciones laborales referidas a la infraestructura, equipamiento y suministro oportuno de insumos y medicamentos que garanticen la eficacia de la prestación de los profesionales.

5.3.2.2. La infraestructura y equipamiento de los establecimientos: condiciones básicas para la atención[163]

A efectos de contar con una evaluación de la infraestructura de los establecimientos de salud, el Minsa ha llevado a cabo algunas iniciativas que han permitido conocer el diagnóstico y las rutas a seguir para superar los problemas encontrados. No obstante, estas iniciativas presentan algunas debilidades, pues no comprenden a las demás instituciones del subsector público y en lo que concierne a hospitales, la última información data del 2006.

El último diagnóstico hospitalario con que cuenta el Minsa *Diagnóstico físico y funcional de la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales del Ministerio de Salud de 2006,*[164] fue realizado sobre la base de 139 hospitales y ocho institutos especializados. En el mismo se concluyó que era necesario asegurar el uso óptimo de la infraestructura hospitalaria, de los recursos humanos y financieros, ampliar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud, modernizar en forma integral los servicios de salud de los hospitales para elevar su eficiencia y calidad, y

[163] Este problema también ha sido identificado en el Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007, donde se señala que existe una inadecuada oferta de servicios, pues existe infraestructura y equipamiento insuficientes, servicios fragmentados, y deficiente organización en las redes, p. 13.

[164] El mismo fue elaborado por la Comisión de Proyectos Hospitalarios del Ministerio en atención a lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 608-2005/MINSA del 10 de agosto de 2005.

consolidar los procesos de información, evaluación y desarrollo tecnológico informático a nivel institucional y del sector.[165]

Estas conclusiones se realizaron al advertir, por ejemplo, que existían establecimientos que tenían la condición de "hospitales" a pesar de que no reunían la cartera de servicios para tener dicha categoría. Asimismo, se advirtió que el 23% de los hospitales contaban con una antigüedad de 51 a más de cien años, el 37% poseía una antigüedad no mayor a los veinticinco años y el mayor porcentaje (40%) de 26 a 50 años. En cuanto al grado de conservación del equipamiento hospitalario, se pudo advertir, que un 59% se encontraba operativo, el 39% se encontraba operativo, pero requería ser reemplazado, y el 8% debía ser reparado.[166]

Esta situación, según dicho diagnóstico, representaba una pérdida sistemática de la capacidad instalada y repercutía tanto en la cobertura como en la calidad de los servicios de salud. De otro lado, también se advirtieron debilidades en lo que concierne a la concentración de los servicios. Así, por ejemplo, se señalaba que el 42% de los servicios de centro quirúrgico se concentraba en la ciudad en Lima Metropolitana.[167]

Parte de estos aspectos también podrán ser advertidos en el presente documento, donde se muestran los resultados de la supervisión a los hospitales. En ese sentido, se han encontrado dificultades con relación a la categorización de los establecimientos visitados, pues existen hospitales que no cumplen con las condiciones para tener esa condición o no cuentan con el equipamiento suficiente para brindar una atención de acuerdo a su capacidad resolutiva.

De otro lado, en el diagnóstico contenido en el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021, el Ministerio de Salud, a partir de la elaboración de una línea de base de los Establecimientos de Salud I-4 (centros de salud con internamiento) que se encuentran bajo su competencia, señala que la organización de

---

[165] MINSA, *Diagnóstico físico y funcional de la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales del Ministerio de Salud 2006, p. 121.* Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica/publicaciones.htm# Consultada el 5 de enero de 2012.

[166] Idem.

[167] Idem.

los mismos responde limitadamente a las necesidades y demandas de la población, pues cuenta con una infraestructura sanitaria con poca capacidad resolutiva e inadecuados criterios de categorización.[168]

El referido diagnóstico evidencia también una serie de problemas relacionados a su infraestructura y equipamiento, pues a pesar de la categoría que les corresponde, solo el 32% de establecimientos de salud visitados disponían de la infraestructura, el 25% disponían de equipamiento, el 39% disponían de recursos humanos y el 32% disponía de los materiales e insumos para realizar la atención regular.

A ello se debe sumar la inadecuada organización de las redes de salud, por la excesiva concentración del recurso físico en zonas urbanas e insuficientes recursos físicos y baja productividad en zonas rurales, que además suelen estar acompañadas por la ausencia de instrumentos técnicos-legales que permitan una integración de los sectores involucrados, pues suele existir marco legal diferente entre las entidades y, por lo tanto, estándares técnicos diferenciados.[169]

Estos diagnósticos guardan consonancia con las estimaciones realizadas para cerrar la brecha existente de infraestructura y equipamiento en salud en el país que en el 2010 alcanzaban casi los tres mil millones de nuevos soles: 2.4 mil millones para la construcción de nuevos establecimientos y 593 millones en la rehabilitación de establecimientos existentes. A pesar de que Lima concentra la mayor proporción de población en todo el país, no concentraba la mayor necesidad de inversión. Las regiones que requerían inversión en nuevos establecimientos de salud eran Cajamarca, Junín, Piura, Puno y San Martín.[170]

---

[168] MINSA, *Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021*, aprobado por la Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA del 13 de abril de 2011, p. 28-31

[169] Este problema también es identificado en el Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007, donde se señala que existe una inadecuada oferta de servicios, pues existe infraestructura y equipamiento insuficientes, servicios fragmentados, y deficiente organización en las redes, p. 13.

[170] MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS y BANCO MUNDIAL. *Balance de la inversión pública: avances y desafíos para consolidar la competitividad y el bienestar de la población*. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/estudios_documentos/estudios/Estudio_Balance_de_la_Inversion_Publica.pdf Consultada el 12 de febrero de 2013.

En ese orden de ideas, se debe reconocer la iniciativa asumida en la V Sesión Extraordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud que acordó mejorar la atención primaria y mejorar el acceso a los servicios de salud a través del fortalecimiento del equipamiento de los establecimientos de salud de los 25 gobiernos regionales. Para tal efecto, se ha previsto en el 2013 la transferencia de recursos del Ministerio de Salud a los gobiernos regionales por más de S/. 150'093,378.00 para el financiamiento de Planes de Equipamiento de los programas presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-Sida, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis y Enfermedades No Transmisibles; y de un monto de S/. 21'811,897.00 para el programa presupuestal de Prevención y Control del Cáncer.[171]

No obstante, en opinión de la Defensoría del Pueblo, es necesario intensificar los esfuerzos realizados para fortalecer la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de todo el subsector público. Como se verá en los resultados de la supervisión realizada, existen debilidades que perjudican la atención de la población y, en particular, en el ejercicio de los derechos de las personas pertenecientes a las poblaciones pobres y extremadamente pobres.

[171] MINSA, Documento Técnico: Lineamientos para la Elaboración del Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud, 2012 p. 4.

Fotografía N° 1
Hospital Román Egoavil Pando, Villa Rica, Pasco.

Establecimieno declarado como inhabilitable por el Indeci
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Pasco

Fotografía N° 2
Hospital de Apoyo Felipe Guamán Poma de Ayala, Puquio, Ayacucho

Fachada principal del hospital
Fotografía tomada por el Módulo Defensorial de Puquio

5.3.3. La calidad en los servicios de salud: las expectativas de la población[172]

La calidad de los servicios de salud debe ser comprendida como un elemento del derecho a la salud mediante el cual se exige que los recursos, las prestaciones y los bienes se brinden bajo estándares de seguridad, oportunidad y respeto de los derechos de las personas.

En el ámbito de la salud pública, se reconoce a la calidad como una cualidad de la atención esencial para la consecución de los objetivos sanitarios nacionales, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible en el sistema de atención.[173] Por ello, se debe resaltar que la atención de calidad deficitaria impone una carga negativa muy significativa a la sociedad y a los sistemas sanitarios.[174]

El Minsa, en su condición de ente rector, señala que la calidad de los servicios de salud comprende cuando menos tres dimensiones: *la dimensión técnica*, referida a la prestación técnica y en acuerdo con la formación de los profesionales de la salud; *la dimensión del entorno,* referida a las condiciones en las cuales se brinda la atención de salud; y la *dimensión humana,* referida a la relación médico-paciente o de los profesionales de la salud con el usuario y la usuaria.[175]

Cuando se habla de una mala calidad de los servicios de salud, la expresión suele referirse a servicios inefectivos que no alcanzan el resultado esperado; servicios ineficientes, con costos superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado; mala calidad por la limitada accesibilidad, expresada en barreras de diversa índole, que incluyen largas listas de espera, horarios de atención incompatibles, falta de medicamentos y de oferta no adecuada; y la insatisfacción de

---

[172] Este problema también es identificado en el Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007, donde se señala que existe una débil garantía de la calidad y seguridad del paciente, falta de acreditación de servicios, falta de auditoría y falta de manejo estandarizado, p. 13.

[173] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Documento CE 140/18, Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional, párrafo 1.

[174] Ibidem.

[175] MINSA, *Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad*, aprobado por la Resolución N° 519-2006/MINSA del 30 de mayo de 2006.

los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios, que involucran a los tratos inadecuados, falta de comunicación e inadecuación de instalaciones de salud, la desmotivación y la sobrecarga en los trabajadores.[176]

Las evaluaciones que se han realizado sobre la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario en nuestro país arrojan resultados que no son los más alentadores. El diagnóstico a partir del cual se elaboró las alternativas para llevar a cabo las propuestas para la reforma del sistema de salud,[177] indicó que existía un alto índice de la población peruana insatisfecha con la calidad brindada en los establecimientos de salud.

Entre las causas que explican este problema se advertía la fragmentación y desarticulación de los subsistemas de gestión de la calidad de las instituciones que desarrollan acciones de salud, un trato inadecuado en la atención de los usuarios, falta de oportunidad en la prestación del servicio, problemas con la falta de medicamentos, un entorno inadecuado y escasos mecanismos de identificación y gestión de los reclamos sistematizados.[178]

Esta situación es nuevamente advertida en el Plan Nacional de la Calidad del Minsa, que señala que, no obstante los esfuerzos desplegados desde el sector salud y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad desde la perspectiva del usuario dista mucho de ser satisfactorio. Por tal razón, se afirma que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales.[179]

---

[176] OPS, Ob. cit., p. 2.

[177] Cfr. *Informe Técnico Final de la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un sistema nacional de salud*, conformada por la Resolución Suprema N° 002-2008-SA publicada en *El Peruano* el 14 de febrero de 2008.

[178] Idem.

[179] MINSA, Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Aprobado por la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA del 29 de octubre de 2007. Cabe agregar que la calidad desde la perspectiva del usuario fue objeto de estudio en la «III Encuesta Anual sobre situación de la Salud en el Perú, Provincia de Lima y Región Callao de Lima de 2009» de la Universidad de Lima, en la cual se aprecia que la mayoría de los encuestados califica la situación de los servicios de salud en general como regular y casi la tercera parte como mala; asimismo la calidad de la

Por su parte, EsSalud reconoce que, en términos generales, uno de cada dos asegurados se encuentra insatisfecho con la atención recibida y advierte, además, que existe una tendencia creciente del reporte de quejas por parte de las personas usuarias acerca de los servicios que brinda este seguro.[180]

Lo descrito derivó en iniciativas que generaron compromisos relacionados a la calidad en salud. De ellos destaca, la *Declaración por la Calidad en Salud*, en la que participaron diversas entidades como el Ministerio de Salud, EsSalud, el Colegio Médico, Foro Salud, etc. En esta declaración se asumió el compromiso para garantizar un trato digno; y para que se reduzcan los riesgos de las atenciones, se respeten los derechos y las responsabilidades en salud, se revalore los recursos humanos en salud generando capacidades y condiciones de un trabajo digno, se creen las condiciones necesarias para una provisión permanente y sostenible de recursos en salud, y se realice un transparente seguimiento a los compromisos asumidos.[181]

La situación descrita induce a afirmar que la mejora de la calidad de los servicios de salud, sin lugar a dudas, forma parte de la agenda pendiente del sector salud. Si bien se debe reconocer las iniciativas, es posible afirmar que no existe un estudio integral de evaluación de la calidad de la atención de los establecimientos de salud que involucre a todas las entidades del sector público, así como indicadores de calidad que permitan medir los avances, identificar los problemas y fiscalizar el cumplimiento de metas.

En opinión de nuestra institución, estos instrumentos ayudarían en gran medida a contar con información que permita evaluar el desempeño y la fiscalización de la calidad del sistema de atención sanitaria en el país y de todas las instituciones que lo conforman.

---

atención en los hospitales de EsSalud y del Minsa son consideradas en su mayoría como regular y un porcentaje como mala (21 y 14% respectivamente).

[180] ESSALUD, Plan Estratégico Institucional 2012-2016, p. 54.

[181] CONSEJO NACIONAL DE SALUD, «Declaración por la Calidad en Salud», suscrita el 16 de abril de 2009 por el Minsa, el Viceministerio de Saneamiento, el Colegio Médico del Perú, la Asociación de Municipalidades del Perú, las Sanidades de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, la Asociación de Clínicas Privadas, EsSalud, la Asamblea Nacional de Rectores y la organización Foro Salud.

Fotografía N° 3
Hospital Regional de Tacna

Usuarias y usuarios en espera de atención ambulatoria
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tacna

Fotografía N° 4
Hospital de EsSalud en Tacna

Usuarias y usuarios en espera de atención ambulatoria
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tacna

5.3.4. La rectoría en el sector salud: el rol del Minsa[182]

La rectoría puede ser comprendida como 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. No se debe olvidar que es al Estado a quien se le delega la administración de los fondos recaudados de los impuestos. Esta administración se extiende al manejo responsable de los establecimientos de salud o de su supervisión y al manejo de información para la toma de decisiones. Además, la rectoría involucra la competencia para la emisión de normas del Sector,[183] pero también la posibilidad de hacerlas cumplir.

Es posible señalar que la rectoría tiene, cuando menos, tres dimensiones básicas: capacidad estratégica (visión y dirección para formular políticas de salud) capacidad para influir (regulación y otros medios) y capacidad para generar y utilizar conocimiento (inteligencia).[184] De ahí que se afirme que las tareas de la rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria comprenden: la conducción, la regulación, la ejecución de las funciones esenciales de salud pública, la modulación de la financiación de la atención en salud, la vigilancia del aseguramiento y la armonización de la provisión de los servicios de salud.[185]

---

[182] Este problema también es identificado en el Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2007, donde se señala que existe una deficiente rectoría pues falta desarrollar el rol rector (planificación, articulación, supervisión, regulación y financiamiento) del MINSA en el contexto de la descentralización y modernización del Estado, p. 14.

[183] OMS, *Informe de la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*, p. 50.

[184] Idem.

[185] OPS, La iniciativa «La salud pública en las Américas y la necesidad de fortalecer el ejercicio de la salud pública en la Región», p. 9.

La rectoría del Minsa y los cobros por carnets o tarjetas de atención

Al hablar del rol rector que le corresponde al Minsa y de su capacidad para influir en los demás operadores del sistema, podemos referirnos al cobro de los carnets o tarjetas de atención en los establecimientos de salud a nivel nacional.

A este respecto, la Defensoría-a través del Informe N°005-2010-DP/AAE-recomendó al Minsa que supervise que los hospitales no exijan el pago de tarifas por conceptos de tarjetas o carnets de atención, pues no tenían sustento normativo. En atención a ello, el Minsa a través de su Secretaría General, remitió el Oficio Circular N° 008-2010-SG/MINSA a todos los establecimientos a nivel nacional a efectos de que adopten medidas para que cese la exigencia de dichos cobros.

No obstante la comunicación referida, en la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo se advirtió que en el Hospital de Apoyo de Villa Rica del Gobierno Regional de Pasco no ha seguido las indicaciones del Minsa y efectúa este ilegal cobro. En este hospital se cobra por las tarjetas de atención, por apertura de la historia clínica y por búsqueda si se cuenta con una historia registrada en el establecimiento.

Según la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657,[186] este es el «ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana [...] y el desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural».

Entre las competencias sectoriales que dicha ley encomienda al Minsa se encuentran: el análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes; el análisis, formulación y evaluación de las políticas públicas de salud; la articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales; la evaluación de mecanismos nacionales de monitoreo y evaluación de procesos, productos e impacto de las intervenciones sectoriales; el análisis y la regulación técnica de la prestaciones de servicios de salud, la acreditación de establecimientos, la certificación y la recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud; la armonización de

[186] Ley del Minsa, Ley N° 27657, publicada en *El Peruano* el 29 de enero de 2002.

planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados, entre otros.[187]

A pesar de que no es posible contar con un análisis reciente sobre la evaluación de la función rectora del Minsa, los diversos documentos que contienen acuerdos,[188] lineamientos[189] e iniciativas[190] para fortalecerla reconocen, implícita o expresamente, la debilidad o poco desarrollo de dicha función. Así ponen en evidencia la necesidad de priorizar su fortalecimiento, dotándola de capacidades para regular, monitorizar y supervisar el comportamiento del sistema sanitario y de las intervenciones en salud.

Lamentablemente, la débil rectoría en nuestro país suele estar vinculada a la segmentación (coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestaciones) y la fragmentación (existencia de muchas entidades no integradas dentro de un mismo subsistema) que influyen en la baja capacidad de respuesta del sistema sanitario e impiden el establecimiento de reglas de juego justas en la relación entre el usuario y el proveedor de servicios,[191] que precisamente espera superar la política del aseguramiento universal en salud.

Por ello, la fragmentación y la segmentación de nuestro sistema actúan en detrimento de la autoridad del Minsa, llevando al ente, en ocasiones, a compartir funciones con los otros operadores (EsSalud). Además, esta situación dificulta la armonización de las prioridades

---

[187] Cfr. Artículo 3°, sobre las competencias de rectoría sectorial del Ministerio en la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657.

[188] Serie: Acuerdo de partidos políticos sobre la función rectora en salud (2008-2009). Documento N° 2.

[189] Lineamientos de gestión propuestos en su gestión por el Ministro de Salud, Óscar Ugarte Ubilluz. Disponible en http://www.minsa.gob.pe/portada/archivos/gestion/LineamientosGestionUgarte.pdf Consultada el 15 de marzo de 2013.

[190] Contenida en la Resolución Suprema N° 001-2013-SA mediante la cual encargan al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud publicada en *El Peruano* el 9 de enero de 2013.

[191] OPS, *Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional, setiembre de 202, p. 7.

nacionales con las regionales, incluyendo a todos los prestadores, en un contexto caracterizado, además, por la escasez de información.[192]

Nuestra institución opina que esta situación se manifiesta en un subsistema público, que usualmente presenta carencias y es frecuentado (aunque no exclusivamente) por las personas pobres, y un sector privado concentrado en los segmentos más ricos: entre ambos se sitúa el sistema de seguridad social. Este tipo de organización genera las desigualdades en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud[193] y dificulta el cumplimiento de los objetivos del sistema sanitario.

En este contexto, corresponde además subrayar el nuevo rol que debería asumir el Gobierno Nacional en el marco de la descentralización en salud, pues el principal desafío que enfrenta es asegurar que las políticas y los objetivos nacionales, sobres los cuales tiene competencia exclusiva, sean ejecutados y cumplidos por instancias descentralizadas, autónomas política y administrativamente, a las que no se vincula jerárquicamente y respecto de las cuales no puede ejercer poder directo.[194]

Esto va de la mano, asimismo, con la función de salud que deben asumir las instancias regionales como autoridades sanitarias para atender las necesidades de salud de su población. Se debe recordar que la descentralización tiene como objetivo lograr un Estado más próximo a la población, sobre todo de aquellas en situación de mayor pobreza y exclusión social,[195] cuyas demandas de salud pueden y, sobre todo, deben ser atendidas de mejor manera y en forma responsable por los gobiernos regionales.

---

[192] CHON, Enrique y otros, *La salud que los peruanos queremos, Agenda 2011*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, p. 4-5.

[193] OPS, *Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud* Ob. cit, p. 7

[194] MINSA, Formulación y actualización de la hoja de ruta para la descentralización de la función salud y propuesta de agenda para el fortalecimiento del proceso de descentralización, consultoría fue solicitada por la Oficina de Descentralización–Minsa, setiembre de 2011, p. 70. Disponible en: http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/Productos/Modernizacion/3%20PRODUCTO%20FINAL%20HOJA%20DE%20RUTA%20DE%20LA%20DESCENTRALIZACI%C3%93N%20EN%20SALUD.pdf
Consultada el 28 de abril de 2013.

[195] Cfr. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Informe de Adjuntía N° 017-2011-DP/AAE, «Estado actual del proceso de transferencia de competencias a los gobiernos regionales: tareas pendientes». Lima, 2011, p. 9.

Fotografía N° 5
Hospital de Apoyo de Villa Rica
Cobros por carnets de atención, por historia clínica
y por búsqueda si se cuenta con historia en el EE.SS.
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Pasco

CAPÍTULO VI

RESULTADOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN A LOS HOSPITALES DEL MINSA, GOBIERNOS REGIONALES Y ESSALUD

En este capítulo se da cuenta de los resultados de la supervisión nacional. La misma que se basó en un estudio exploratorio entre mayo y junio de 2012 de los hospitales públicos mediante la aplicación de fichas de supervisión elaboradas por la Defensoría del Pueblo. Para tal efecto, se eligieron a 173 hospitales del segundo y tercer nivel de atención (II-1, II-2, III-1 y III-E) a nivel nacional correspondientes al Minsa (9), a los Gobiernos Regionales (102) y a EsSalud (62).

Se decidió supervisar este nivel de establecimientos de salud pues consideramos que nos permite conocer el funcionamiento del sistema sanitario, y a la vez, proyectarnos sobre las condiciones de atención del primer nivel de atención. Asimismo, se eligieron determinados servicios y áreas específicas, pues son aquellas sobre las cuales se recibe un mayor número de solicitudes de intervención ante la Adjuntía para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo.

En la siguiente tabla se observan las fichas y el número de establecimientos donde fueron aplicadas.

Tabla N° 7

Fichas aplicadas por la Defensoría del Pueblo	N° de hospitales
Ficha N° 1 Datos generales del hospital y condiciones básicas	173
Ficha N° 2 Aplicada a consulta externa de medicina general	168
Ficha N° 3 Aplicada a hospitalización de cirugía	166
Ficha N° 4 Aplicada a centro obstétrico	166
Ficha N° 5 Aplicada a los servicios de emergencia	149
Ficha N° 6A Aplicada a personas usuarias de Minsa y Diresas	426
Ficha N° 6B Aplicada a personas usuarias de EsSalud	248

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Antes de dar a conocer los resultados de la supervisión es necesario hacer tres precisiones. En primer lugar, la supervisión contiene datos cualitativos recabados a partir de las observaciones y comentarios del personal entrevistado que por su relevancia fueron analizados y se dan a conocer. Esta información será expuesta de forma previa y está referida básicamente a las preocupaciones particulares por las condiciones de atención, por la falta de

infraestructura adecuada y suficiente, la falta del personal de salud, de equipos e insumos.

En segundo lugar, estos resultados se presentan sobre el total y de manera diferenciada por entidad, pues nos da a conocer cómo se encuentra el sistema sanitario en el país y, a la vez, nos permiten identificar a la institución responsable a quien formular las recomendaciones defensoriales. No obstante ello, estos resultados no pueden ser comparables cuantitativamente, pues existe diferencia entre el número de hospitales de EsSalud, Gobiernos Regionales y Minsa.

Y en tercer lugar, debido a que no fue posible aplicar todas las fichas de supervisión en el universo de los hospitales debido a diversas razones de acceso, se presentan los resultados en porcentajes así como en números absolutos para la ayuda en su lectura e identificación de los problemas advertidos, los cuales en la mayoría de casos irán acompañados de referencias a los anexos donde se podrán identificar a los hospitales que presentan falencias.[196]

6.1. Observaciones generales

6.1.1. La infraestructura general de los hospitales

Con relación a la infraestructura general la información recabada de los representantes de los hospitales supervisados muestra una serie de problemas. Así en los hospitales Regional del GR de Moquegua, Referencial de Ferreñafe del GR de Lambayeque, la Merced del GR de Junín, Daniel Alcides Carrión en Huanta del GR de Ayacucho o el San José del GR del Callao se nos manifestó la necesidad de ampliar o mejorar la infraestructura por su insuficiencia, deterioro o antigüedad.

Similares condiciones se advirtieron en los hospitales de EsSalud, Agustín Arbulú Neyra y I Naylamp en Lambayeque, y II de Cajamarca. Una situación particular fue la del Hospital II Manuel Torres Muñoz de EsSalud en Mollendo donde el mayor problema es la infraestructura que cuenta con más de 50 años de antigüedad pero

[196] El listado de hospitales visitados aparece en el anexo N° 1 donde además se detalla las fichas que fueron aplicadas en cada establecimiento.

cuya propiedad pertenece al Gobierno Regional lo cual impide realizar la inversión necesaria. Además, se advirtió que el Hospital de Nivel II de EsSalud en Huaraz cuenta con ambientes insuficientes e inadecuados porque fue construido previamente como oficinas post sismo de 1970 y no como hospital propiamente.

Otra situación que llamó la atención fue que existen hospitales que no cuentan con local propio y por ello se encuentran en ambientes inadecuados para su funcionamiento. Así, se puede mencionar nuevamente al Hospital Agustín Arbulú Neyra de EsSalud en Lambayeque que no cuenta con local propio sino alquilado o al Hospital de EsSalud I en Tingo María cuyo local además de ser alquilado fue diseñado para galerías comerciales y por lo tanto no cuenta con rampas ni ascensor para las personas.

Además, se tomó conocimiento de que el Hospital Román Egoavil Pando del GR de Pasco se encontraba declarado como inhabitable por el Instituto Nacional de Defensa Civil (Indeci) y que el Hospital Goyeneche del GR de Arequipa cuenta con una infraestructura de más de 100 años de antigüedad.

A lo señalado cabe agregar que la supervisión realizada pudo evidenciar además que existen hospitales que no obstante su categoría tienen una infraestructura propia de un centro de salud. Por ejemplo, el Hospital de Apoyo Cangallo fue construido con un expediente técnico para un centro de salud y ahora que tiene la condición de hospital enfrenta problemas de infraestructura.

En otros casos, las condiciones de atención no eran las óptimas pues la construcción del establecimiento había obligado su traslado a otros ambientes. Por ejemplo, el Hospital de Carhuaz Nuestra Señora de las Mercedes ocupaba un puesto de salud en Colopampa desde diciembre de 2011 o también el Hospital José Agurto Tello de Chosica, cuya administración estaba a tres cuadras del establecimiento, pues, aparentemente, la construcción ha demorado varios años.

Finalmente, también llamó nuestro atención que en el Hospital San José del GR del Callao se requiriera el funcionamiento permanente del ascensor y que en el Hospital I Albrecht de EsSalud en La libertad el ascensor para camillas esté inoperativo desde hace tres años.

Fotografía N° 6
Hospital Regional de Tacna

Establecimieno declarado como inhabilitable por el Indeci
Foto tomada por la Oficina Defensorial de Pasco

Fotografía N° 7
Hospital de Apoyo Felipe Guamán Poma de Ayala, Puquio, Ayacucho

Mantemiento en plena atención de personas internadas
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Pasco

6.1.2 La infraestructura específica de las áreas supervisadas:

Áreas de hospitalización de cirugía

Con relación a la infraestructura específica se evidenció nuevamente la falta de condiciones para brindar una atención de calidad, según las entrevistas realizadas al personal médico responsable, las áreas de hospitalización de cirugía de los hospitales de San Martín de Pangoa del GR de Junín, Daniel Alcides Carrión-Huanta del GR de Ayacucho, no se cuenta con infraestructura suficiente o adecuada en las áreas de hospitalización de cirugía.

En algunos casos, como en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki en Satipo del GR de Junín la falta de ambientes ocasionaba que los servicios de medicina y cirugía se encuentran compartidos y en el Hospital de Apoyo Ilave del GR de Puno no se cuenta con ambientes para el personal médico.

La situación no fue diferente en las áreas de hospitalización de cirugía de los hospitales de EsSalud. Así por ejemplo, se puede mencionar al Hospital Base II EsSalud en Moquegua donde los ambientes visitados son reducidos y solo se cuenta con una sala de recuperación; al Hospital II Manuel Torres Muñoz-Mollendo de EsSalud donde la antigüedad de la infraestructura sigue siendo un serio problema; y al Hospital Agustín Arbulu Neyra de EsSalud en Lambayeque donde es consideró necesario implementar mejoras en la infraestructura.

Centros obstétricos

Con relación a la infraestructura en algunos centros obstétricos se pudo conocer que es inadecuada o insuficiente. Estas situaciones fueron advertidas en el Hospital Agustín Arbulú Neyra de EsSalud en Lambayeque; en el Hospital Cayetano Heredia del Minsa donde se requiere ampliar los ambientes; en el Hospital Regional del GR de Moquegua donde se observó infraestructura inadecuadas; en el Hospital III de EsSalud en Iquitos; en el Hospital César Garavar García del GR de Loreto; en el Hospital III Yanahuara de EsSalud en Arequipa; y en el Hospital Referencial de Ferreñafe del GR de Lambayeque cuya infraestructura es muy antigua. Esta falencias

obligaban en algunos hospitales que los ambientes sean compartidos, así en el Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta de EsSalud en Madre de Dios, la sala de dilatación era compartida con la sala de cirugía.

De manera más específica también podemos referirnos al Hospital Regional Honorio Delgado del GR de Arequipa donde un problema es la falta de ambientes para la emergencia del servicio de ginecología que atiende a las usuarias que llegan de todo el sur del país y al Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta del GR de Ayacucho que no cuentan con área de puerperio inmediato post parto, el cual es reemplazo con una camilla en el pasadizo.

6.1.3. Los recursos humanos en los hospitales

En lo que concierne a los recursos humanos la supervisión defensorial advirtió un problema general en los establecimientos visitados. En varios de ellos existía una gran preocupación por la falta de profesionales médicos, en particular de especialistas.

En los establecimientos donde se identificó esta situación podemos mencionar al Hospital María Auxiliadora del GR de Amazonas; al Hospital Regional Honorio Delgado del GR de Arequipa; al Hospital San José del GR del Callao; al Hospital Aplao del GR de Arequipa; al Hospital II de EsSalud en Talara; al Hospital II de EsSalud en Huamanga; y al Hospital Nacional Sergio Bernales del Minsa.

Una particular preocupación fue la situación del Hospital Base Carlos Alberto Seguín Escobedo de EsSalud en Arequipa, pues la demanda y la falta de profesionales generaba problemas entre las personas usuarias y los trabajadores (médicos, enfermeras y técnicos).

En otros establecimientos, se advirtió que a pesar de existir plazas los profesionales no postulaban por la baja remuneración. Esta información fue recabada en el Hospital Regional "Felipe Arriola Iglesias" del GR de Loreto, en el Hospital de Ventanilla del GR del Callao y en el Hospital II de EsSalud en Ilo; y en otros casos, no existían suficientes reemplazos cuando los médicos especialistas se encontraban de descanso, como fue advertido en el Hospital del Regional del GR de Pucallpa.

Asimismo, en el Hospital Base II en Moquegua, en el Hospital III de Yanahuara de EsSalud y en el Hospital de Yungay del GR de

Ancash, la falta de profesionales ha incrementado las referencias (traslado de personas), ha impedido brindar determinados servicios como la ecografía, por la falta del profesional especialista, o ha afectado la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento.

Además, la supervisión permitió conocer que los profesionales médicos usualmente deben asumir labores administrativas que suelen dificultar la atención. Esta situación fue advertida, por ejemplo, en el Hospital Regional del GR de Cusco; y en algunos establecimientos esta carencia de profesionales no solo estaba referida a los especialistas sino también el personal de enfermería, técnico o incluso al personal de vigilancia, como ocurría en el Hospital Santa Isabel del GR de La Libertad.

La situación descrita ha motivado que algunos establecimientos establezcan ciertas estrategias para contar con los profesionales médicos de forma permanente. Así, el Hospital de Ilo del GR de Moquegua ha contratado una empresa privada que lo provee de especialistas cuando los contratados por el establecimiento se encuentran en su periodo de descanso y el Hospital III Yanahuara en Arequipa ha implementado la atención a través de horas extras.

6.1.4. Los recursos humanos en áreas específicas

En centros quirúrgicos

Con relación al personal en las áreas de cirugías visitadas se advirtió la carencia de personal médico en el Hospital Regional del GR de Moquegua, en los hospitales de Apoyo de Cangallo y Daniel Alcides Carrión-Huanta del GR de Ayacucho, en los hospitales de Chancay y Servicios Básicos de Salud y Barranca Cajatambo del GR Lima provincias, en el Hospital San Martín de Pangoa del GR de Junín, en el Hospital de Ventanilla del GR del Callao, y en el Hospital Santa María de Nieva del GR de Amazonas, éste con la particularidad de no contar con médico cirujano de forma permanente sino cada quince días.

Adicionalmente, se pudo saber que los problemas que generan la falta de personal médico son diversos. En el Hospital Regional Honorio Delgado del GR de Arequipa, se viene incrementado el tiempo de espera de las intervenciones por aproximadamente veinte días.

En otros establecimientos se ve afectada la capacidad resolutiva del establecimiento, así por ejemplo, debido a la falta de anestesiólogos en el Hospital de Apoyo Ilave del GR de Puno solo realizan intervenciones ginecológicas desde hace dos años, en el Hospital de Cascas del GR de La Libertad no se realizan intervenciones quirúrgicas de complejidad al igual que en el Hospital San Ignacio de Casma pese a que este último cuenta con la infraestructura necesaria.

De modo similar, en el Hospital de Supe Laura E. Rodríguez Dulanto del GR de Lima provincias no se brinda el servicio de ecografía por la falta del profesional especialista.

En otros casos, la falta del personal perjudica seriamente la calidad de la atención. De manera ilustrativa se puede mencionar la situación del Hospital Daniel Alcides Carrión del GR de Junín donde una enfermera y una técnica son responsables de veintidós camas en hospitalización de cirugía o del Hospital de Aplao del GR de Arequipa donde un médico es responsable de emergencia y también de camas de hospitalización.

Las personas entrevistadas en EsSalud también manifestaron sus problemas relacionados a la falta de especialistas. En el Hospital II de EsSalud en Huamanga el número de profesionales era insuficiente en particular en las especialidades de traumatología, urología y otorrino; y en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de EsSalud en Cusco se carecía de personal entre técnicos y enfermeras para cubrir la demanda del servicio.

En centros obstétricos

La falta de recursos humanos particularmente de los especialistas también fue observada en los centros obstétricos visitados. Este problema se advirtió en el Hospital III de EsSalud en Iquitos; en el Hospital III de EsSalud en Yanahuara; en el Hospital Goyeneche del GR de Arequipa donde el personal que atiende en consulta de emergencia atiende piso de obstetricia y ginecología, sala de partos y sala de operaciones en la noche.

En similares términos se manifestaron el personal entrevistado en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" del GR de Loreto; en el Hospital Antonio Lorena del GR de Cusco; en el

Hospital de Iquitos Cesar Garayar García del GR de Loreto; el Hospital Regional Honorio Delgado del GR de Arequipa; el Hospital de Andahuaylas del GR de Apurímac; en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno del GR de Ayacucho que atiende a un número mayor de personas debido a su reciente categorización; en el Hospital de Aplao del GR de Arequipa; y en el Hospital II Luis Negreiros Vega de EsSalud en el Callao.

Así también podemos mencionar al Hospital III Manuel Torres Muñoz de EsSalud en Mollendo donde además de los especialistas en ginecología se requiere de obstetrices. Una particular situación advertida fue además que el personal de salud contratado bajo la modalidad del Presupuesto por Resultados – PPR para el Programa Estratégico Materno Perinatal en el Hospital de Iquitos Cesar Garayar García del GR de Loreto se encuentra trabajando en otras áreas por la falta de recursos.

6.1.5. El equipamiento y los insumos en las áreas supervisadas

En centros quirúrgicos

Los problemas relativos al equipamiento e insumos también fueron advertidos en nuestra supervisión. El personal de salud entrevistado de los centros quirúrgicos realizó observaciones por la insuficiencia, el mantenimiento o la carencia de equipamiento o insumos.

Una dificultad que se tuvo que enfrentar en la supervisión estuvo relacionada a la ubicación de los medicamentos, insumos y del equipo básico en las áreas visitada, pues no se encontraban en ellas o eran compartidos con otros servicios.

Así, por ejemplo, en los hospitales Hermilio Valdizán del GR de Huánuco, Román Egoavil Pando del GR de Pasco; Apoyo de Sandia del GR de Puno, y Antonio Lorena del GR de Cusco, el coche de paro cardio-respiratorio, los medicamentos o los insumos no se encontraban a exclusividad del servicio o se ubicaban en otras áreas, en especial en emergencia.

La situación fue similar en los establecimientos de EsSalud. En el Hospital Base II en Pasco y en el Hospital I en Oxapampa los medicamentos e insumos se encontraban en las áreas de trauma shock o en emergencia; en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati

Martins lo insumos y medicamentos se encontraban en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) y los equipos en los servicios especializados y de requerirlo realizan las coordinaciones para trasladar a la persona. En similares situación se identificó al Hospital Carlos Alcántara Butterfield de EsSalud en Lima.

Adicionalmente, se debe mencionar que se encontró un coche de paro cerrado con llave en el Hospital II-2 de Tarapoto del GR de San Martín el cual se encontraba de huelga los días de la supervisión.

Además de que algunos equipos e insumos se encontraban en otros servicios, se advirtió su falta en algunos centros quirúrgicos visitados. Así, al Hospital San Martín de Pangoa del GR de Junín, donde no se contaba con el coche de paro cardiorespiratorio y con oxígeno empotrado, en el Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta del GR de Ayacucho no se contaban con equipos e insumos suficientes, se encontraban en mal estado o deteriorados.

En el mismo sentido, en el Hospital de Ventanilla del GR del Callao, en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" del GR de Loreto, en el Hospital Andahuaylas del GR de Apurímac, el Hospital Regional Honorio Delgado del GR de Arequipa y en el Hospital II de EsSalud en Ilo se nos advirtió la necesidad de contar con más equipos propios o renovar los antiguos.

En este último hospital se nos señaló además que requería de manera particular con una máquina de anestesia pues la única con que contaban era insuficiente para las dos salas del establecimiento; y en el Hospital Daniel Alcides Carrión del GR de Pasco el pantoscopio, para el diagnóstico de la orofaringe se encontraba en reparación. Otra inquietud particular fue la situación del área de Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del Hospital Iquitos Cesar Garavar García del GR de Loreto, pues contaban con un solo monitor de cinco parámetros para dos camas y el coche de paro no estaba equipado completamente, además los equipos médicos eran insuficientes pues no contaban con pantoscopio, desfibrilador y electrocardiógrafo.

En algunos establecimientos, el personal de salud se refirió a la falta de camas hospitalarias o a la necesidad de su renovación por su estado de conservación. En el Hospital de Camaná del GR de Arequipa, por ejemplo, el número de camas (18) es considerado insuficiente pues es un establecimiento de referencia de las

provincias de Caraveli y Camaná, y en algunas oportunidades de Condesuyos y Castilla.

La falta de camas también es considerada como un problema en el Hospital Regional del GR de Ayacucho y en el Hospital San José Necesita del GR del Callao, y en el Hospital Antonio Lorena se encuentran en mal estado de conservación. En el Hospital de Apoyo de Junín del GR de Junín, se consideraba como una necesidad la implementación de camas traumatológicas por ser una zona de alta incidencia de accidentes de tránsito.

Asimismo, se nos manifestó la necesidad de contar con otros insumos como chatas y papagayos, renovar los colchones, contar con ropa de cama y de batas para las personas usuarias en el Hospital María Auxiliadora del GR de Amazonas, del uniforme del personal asistencial en el Hospital Regional del GR de Ayacucho, o incluso de sillas de ruedas, camillas, o de mandilones para la protección del personal en el Hospital Antonio Lorena del GR de Cusco y en el Hospital de Apoyo de Cangallo del GR de Ayacucho.

En ese mismo sentido, se manifestó el personal entrevistado en el Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias del GR de Loreto pues requerían el mantenimiento de puertas, chapas y baños, así como renovar las lámparas cialitica para las intervenciones quirúrgicas pues las actuales tenían treinta años de antigüedad.

También se pudo conocer que en el Hospital El Carmen del GR de Junín no cuenta con el número suficiente de manometros (para medir la presión del oxígeno) pues el servicio cuenta con dos pero uno se encuentra malogrado y con los que cuenta el hospital son rotados entre los diferentes servicios pues son insuficientes.

En el Hospital Higos Urco faltaban bombas de infusión y equipo de venoclisis especial, en el Hospital Base II Pasco no se contaba con monitores en hospitalización de cirugía, en el Hospital II Manuel Torres Muñoz-Mollendo de EsSalud en Arequipa solo contaba con el monitor en sala de operaciones, en ocasiones falta el papel para electrocardiógrafo y no cuentan con los insumos para las bombas de infusión.

Asimismo, en el Hospital Base III de EsSalud en Puno no se contaba con el coche de paro pese a que lo han solicitado hace años, en el Hospital III de EsSalud en Iquitos el servicio no estaba bien equipado, no tenía balanza, pulsómetro, tensiómetros, estetoscopios,

a pesar de los requerimientos. En ese mismo sentido, se manifestó el personal en el Hospital Jorge Voto Bernales de EsSalud donde no contaban con accesorios de los monitores para mejorar el servicio de Unidad de Vigilancia Intermedia (UVI).

Con relación a las camas en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren de EsSalud en el Callao se tomó conocimiento que su servicio de cirugía cuenta con 20 camas y las comparte con cirugía oftálmica y pediátrica, por lo que se requería de diez camas adicionales, y en el Hospital Cayetano Heredia del Minsa desde hace dos años la unidad de cuidados intensivos fue trasladada a los ambientes de cirugía por lo que existía un déficit de camas.

A ello, debemos sumar el problema de las condiciones o el número insuficiente de camas. En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de EsSalud en La Libertad hay insuficiencia de camas; en el Hospital Regional del GR de Moquegua se observó camillas de atención de partos en malas condiciones y en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno del GR de Ayacucho el servicio de hospitalización cuenta solamente con tres pese a su reciente categorización.

Fotografía N° 8
Hospital de Apoyo de Iquitos del GR de Loreto

Condiciones de la cama en hospitalización de cirugía
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Loreto

En centros obstétricos

Semejante situación se pudo conocer en los centros obstétricos visitados. De forma específica nos podemos referir al Hospital de Apoyo Felipe Guamán Poma de Ayala del GR de Ayacucho que no contaba con el equipo de bomba de infusión, ni con el coche de paro cardiorespiratorio equipado; en el Hospital San Martín de Pangoa del GR de Junín faltaba implementar el coche de paro cardiorespiratorio con medicamentos; en el Hospital Regional "Felipe Arriola Iglesias" del GR de Loreto el monitor fetal presentaba dificultades en el funcionamiento; contaban con un solo equipo de ecografía operativo y no contaban con bomba de infusión.

En el Hospital II de EsSalud en Huancavelica requerían equipos EKG, monitor fetal y doppler; en el Hospital II Ilo del GR de Moquegua los equipos se encuentran en funcionamiento pero superando el tiempo de operatividad; en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de EsSalud en Cusco no se contaba con el número adecuado de monitores fetales; en el Hospital Ramiro Priale Priale de EsSalud en Junín todo el servicio contaba con una sola bomba de infusión; y el Hospital de Ventanilla del GR del Callao requería de equipos e insumos en general.

El Hospital Regional Docente de Trujillo del GR de La Libertad no contaba con bomba de infusión pues se encontraba averiada y el Hospital I Cono Sur de EsSalud en Chimbote tampoco contaba con este insumo pues se encontraba en reparación. En el Hospital Jorge Voto Bernales de EsSalud en Lima se nos señaló que faltaban monitores fetales pues los tres cuyo funcionamiento era regular eran insuficientes para atender a la población asegurada de las zonas de Lima Este, Matucana y El Agustino.

En algunos casos se observó que existían los equipos pero no pertenecían al centro obstétrico sino que se encontraban para el uso de todos los servicios del hospital. Nos podemos referir al Hospital Román Egoavil Pando del GR de Pasco donde el acceso al servicio de ecografía se encontraba en el servicio de ayuda al diagnóstico y al Hospital II de EsSalud en Ilo que cuenta con un ecógrafo para todo el hospital. Debido a esta situación se generaba la necesidad pedir prestado los equipos a otros servicios, por lo que era necesario contar con ellos de forma exclusiva, esta situación fue advertida en el Hospital Barranca Cajatambo del GR de Lima provincias que

requería de un ecógrafo propio o portátil al igual que el Hospital Belén del GR de La Libertad.

Además se pudo saber que algunos hospitales han realizado requerimiento de varios equipos. El Hospital de Iquitos Cesar Garayar Garcia del GR de Loreto había realizado requerimientos de pulsometros y monitores, por lo que esperaba contar con ellos. De modo similar, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se nos informó que solicitaron en el nuevo proyecto de inversión en curso contar con desfibrilador, oximetros de pulso y bombas de infusión.

6.2. Condiciones en el acceso

La *accesibilidad* como elemento del derecho a la salud comprende el acceso físico de las personas a los establecimientos de salud. Es éste el primer paso para iniciar el proceso de atención y donde se pueden presentar varias dificultades que pueden empezar con la ausencia de flujogramas para la orientación de las personas o con la ausencia de rampas cuando se trata de personas con discapacidad.

En ese contexto, las acciones de quien gerencia los establecimientos deben estar orientadas a favorecer el acceso y uso de los servicios por parte de los usuarios y usuarias, de acuerdo a sus necesidades y sus expectativas. Por ello, resulta necesario que los flujogramas que estandarizan los procesos de atención sean visibles y comprensibles para todo público.

En esa línea y con el ánimo de facilitar el acceso a los servicios de salud de grupos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran las personas con discapacidad, el Reglamento de los Establecimientos de Salud[197] señala que la planta física debe contar con vías de acceso al establecimiento que faciliten el ingreso y desplazamiento de personas con limitaciones físicas y que requieran sillas de ruedas, camillas u otro tipo de ayudas, como las rampas.

En este sentido, las edificaciones, como los hospitales, deben contar con ambientes y rutas accesibles que permitan el desplazamiento sin obstáculos de la persona con discapacidad para acceder a la atención médica. En un mayor nivel de importancia, para este efecto, se

[197] Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, publicado en *El Peruano* el 25 de junio de 2006.

encuentra la zona de ingreso principal a los establecimientos donde deben observarse rampas adecuadamente construidas en base a parámetros técnicos.

Por estas razones, dos de los aspectos supervisados por la Defensoría del Pueblo estuvieron orientados a verificar si el hospital visitado tenía publicados los flujogramas para la atención general y si contaba con rampas de acceso para las personas con discapacidad en la puerta de ingreso.

Los resultados muestran que el 34.7% de establecimientos no contaban con los flujogramas para la atención general y el 17.9% no contaba con rampas de acceso en la puerta principal del hospital. Estas deficiencias se concentra en los hospitales de los Gobiernos Regionales con 40.2% y 23.5%, respectivamente. Por su parte, EsSalud también presenta omisiones aunque en un menor porcentaje, pues el 29.0% y el 9.7%, carece de flujogramas y rampas. En el caso del Minsa solo un hospital presentó estas carencias.[198]

Además, es necesario precisar con relación a los flujogramas de atención, que no obstante la respuesta afirmativa de los funcionarios entrevistados, se pudo verificar que en algunos casos estos contenían escasa e incompleta información para el público usuario, como podrá observarse en el registro fotográfico N°1. Asimismo, con relación a las rampas para las personas con discapacidad, algunas fueron ubicadas en los servicios de emergencia y no en las puertas principales de los establecimientos, como ocurrió en el Hospital General de Oxapampa del GR de Pasco.

Al respecto, consideramos que estas carencias evidencian una falta de gestión en los hospitales para favorecer el uso de los servicios, pues la ausencia de flujogramas impide la orientación básica de la población usuaria, y la falta de las rampas que perjudica el desplazamiento de las personas con discapacidad al momento de solicitar una atención médica. Debe llamarse la atención asimismo que estas carencias son mayores en los establecimientos de los gobiernos regionales caracterizados por atender a la población pobre y extremadamente pobre.

[198] El hospital identificado es el José Agurto Tello en Chosica.

Tabla N° 8
Condiciones en el acceso a los hospitales supervisados

Total / Dependencia	¿El hospital tiene flujogramas de atención general?				¿Se observa rampas de acceso para personas con discapacidad?		
	SI		NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**105**		**60**	**8**	**125**	**31**	**17**
%	**60.7%**		**34.7%**	**4.6%**	**72.3%**	**17.9%**	**9.8%**
ESSALUD	39		18	5	48	6	8
%	62.9%		29.0%	8.1%	77.4%	9.7%	12.9%
MINSA	8		1	0	8	1	0
%	88.9%		11.1%	0%	88.9%	11.1%	0.0%
DIRESA	58		41	3	69	24	9
%	56.9%	40.2%	2.9%	67.6%		23.5%	8.8%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

Fotografía N° 9
Hospital Regional Hermilio Valdizán en Huánuco

Flujograma de atención general
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Huánuco

6.3. Servicios básicos para la atención

De acuerdo a lo señalado por el Reglamento de los Establecimientos de Salud,[199] estos deben tener garantizados los servicios de agua potable y energía eléctrica de forma permanente. Todo establecimiento de salud por su propia naturaleza y a efectos de poder brindar una atención eficiente debe contar mínimamente con ambos servicios. A ellos se debe sumar el servicio de internet, el cual en los últimos tiempos se hace cada vez más indispensable en los EE.SS., pues permite realizar el proceso de inscripción/afiliación y de verificación de la acreditación de las personas aseguradas, la comunicación institucional, así como de interconexión del personal asistencial mediante el fortalecimiento de las redes de salud a través de la Telemedicina.

A pesar de lo señalado, los resultados de la supervisión realizada muestran con preocupación que del total de hospitales visitados el 6.4%, no contaban con agua potable permanente, de los cuales el mayor número corresponde a los gobiernos regionales y en un menor número a los establecimientos de EsSalud y del Minsa.[200] Por su parte, la falta del servicio permanente de energía eléctrica solo se advirtió en un hospital dependiente de los gobiernos regionales.[201] En lo que se refiere al servicio permanente de internet, se pudo constatar que el 5.2% de hospitales no cuenta con éste, que en su mayoría pertenecen a los gobiernos regionales.[202] A continuación se puede observar la

---

[199] Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, publicado el 25 de junio de 2006 en *El Peruano*.

[200] Los hospitales que presentan dificultades para el suministro permanente de agua potable: Hospital General de Oxapampa y el Hospital Daniel Alcides Carrión (DIRESA Pasco), Hospital Santa María de Nieva y Hospital Santiago Apóstol (Diresa Amazonas), Hospital Iquitos César Garayar García (Diresa Loreto), Hospital General I José H. Soto Cadenillas Chota (Diresa Cajamarca), Hospital de Tocache (Diresa Huánuco), Hospital San Martín de Porres-Iberia (Diresa Madre de Dios), Hospital de Apoyo Sullana (Diresa Piura), Hospital Sullana EsSalud (Piura) y Hospital José Agurto Tello-Chosica (Minsa).

[201] El hospital que presenta dificultades para el suministro permanente de energía eléctrica es el Hospital San Martín de Pangoa (Diresa Junín).

[202] Los hospitales que presentan dificultades para el acceso permanente al servicio de internet son: Hospital Manuel Núñez Butrón (Diresa Puno), Hospital Santa María de Nieva (Diresa Amazonas), Hospital Santiago Apóstol (Diresa Amazonas), Hospital María Auxiliadora (Diresa Amazonas), Hospital Quillabamba (Diresa Cusco), Hospital Leoncio Prado (Diresa La Libertad), Hospital Supe Laura E. Rodríguez Dulanto (Diresa Región Lima), Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca (Diresa Cajamarca) y Hospital Agustín Arbulú Neyra (EsSalud Lambayeque).

siguiente tabla con los porcentajes totales según la variable del servicio y los resultados por cada entidad.

Tabla N° 9
Servicios básicos para la atención

Total/ Dependencia	¿Cuenta con el servicio de internet permanente?		¿Cuenta con el servicio de agua potable permanente?			¿Cuenta con el servicio de energía eléctrica permanente?		
	SI	NO	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**164**	**9**	**161**	**11**	**1**	**171**	**1**	**1**
%	**94.8%**	**5.2%**	**93.1%**	**6.4%**	**0.6%**	**98.8%**	**0.6%**	**0.6%**
EsSalud	61	1	61	1	0	62	0	0
%	98.4%	1.6%	98.4%	1.6%	0%	100%	0%	0%
Minsa	9	0	8	1	0	9	0	0
%	100%	0%	88.9%	11.1%	0%	100%	0%	0%
Diresa	94	8	92	9	1	100	1	1
%	92.2%	7.8%	90.2%	8.8%	1.0%	98.0%	1.0%	1.0%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

Fotografía N° 10
Hospital de Apoyo de Iquitos

Almacenamiento de agua para el personal de salud
Foto tomada por la Oficina Defensorial de Loreto

Fotografía N° 11
Hospital de Apoyo de Iquitos

Almacenamiento de agua en baldes para las personas usuarias
Foto tomada por la Oficina Defensorial de Loreto

6.4. Medidas de prevención general

Según la información contenida en la normatividad técnica del Minsa, las infecciones intrahospitalarias constituyen la causa principal de morbilidad y mortalidad evitable en los hospitales. Éstas se pueden producir por varias razones, tales como las prácticas de higiene inadecuadas, las deficiencias en las técnicas y/o procedimientos de desinfección, entre otros.[203]

La transmisión por la cual un agente potencialmente infeccioso es diseminado a otro huésped puede ser directa o indirecta. Es directa cuando involucra el contacto persona a persona, por ejemplo por la expulsión de gotas durante la tos o estornudo de un agente a otro; es indirecta cuando se da a través de un vehículo, siendo las manos del personal de salud el transporte más frecuente.[204]

Por otra parte, la información elaborada por el Minsa también prevé las condiciones a las cuales están expuestos los trabajadores

[203] Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, aprobado por la Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA del 8 de marzo de 2005, p. 5.

[204] Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, aprobado por la Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA del 8 de marzo de 2005, p. 8-9.

sanitarios. Dentro de estos riesgos se puede identificar a las punciones accidentales que son los accidentes que ocurren con instrumental punzo cortante durante cualquier procedimiento médico quirúrgico[205,206] y el riesgo de contagio de la tuberculosis (TB).

Frente a estas situaciones (las infecciones intrahospitalarias y la exposición a riesgo del personal de salud), la Ley General de Salud, Ley N° 26842,[207] además de otras disposiciones específicas, establece la obligación de adoptar medidas para garantizar la seguridad de los usuarios, usuarias y el personal que labora en los establecimientos. En esa línea, recomiendan la constitución de comités de infecciones intrahospitalarias mediante resolución directoral,[208] además de establecer medidas frente a los accidentes punzo cortantes y el contagio de la tuberculosis (TB).[209]

En este contexto, en la supervisión defensorial realizada se consideró menester verificar, a través de la entrevista con el personal directivo de los hospitales o responsables de los hospitales, si se conformaron los comités de infecciones intrahospitalarias mediante resolución directoral; si se implementaron medidas frente a los accidentes punzocortantes y frente al contagio de la TB.

El resultado de los datos recabados muestra que del total, el 16.2% de hospitales visitados no cumplía con conformar su comité de infecciones intrahospitalarias mediante resolución directoral.[210]

---

[205] MINSA. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL, Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015.

[206] Manual de Implementación, Programa de Prevención de Accidentes con Materiales Punzocortantes en Servicios de Salud, Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud, aprobado con R. M. N° 768- 2010/MINSA, p. 9-10.

[207] En efecto, el artículo 102° de la Ley General de Salud establece que «[l]as condiciones higiénicas y sanitarias de todo centro de trabajo deben ser uniformes y acordes con la naturaleza de la actividad que se realiza *sin distinción de rango o categoría, edad o sexo*» (énfasis nuestro).

[208] Guía Técnica para la Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA del 20 de junio de 2007.

[209] Así el Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015, establece como Objetivos específico establecer las actividades de vigilancia sanitaria, prevención y control de las Enfermedades Ocupacionales por VHB, VIH y la TB en los trabajadores de salud.

[210] Al aplicar las fichas de supervisión en este aspecto, varias personas entrevistadas manifestaron que el hospital había conformado su Comité de IIH, pero no mediante

En su mayoría, los establecimientos que incumplen con esta disposición son aquellos pertenecientes a los gobiernos regionales (22.5%), aunque el 8.1% los hospitales de EsSalud también presentan esta deficiencia. En todos los hospitales del Minsa visitados se cumple con esta disposición.

Tabla N° 10

Total/ Dependencia	¿El EE.SS. ha conformado su comité de infecciones intrahospitalarias mediante resolución directoral?		
	SI	NO	S/I*
Total	**141**	**28**	**4**
%	**81.5%**	**16.2%**	**2.3%**
EsSalud	54	5	3
%	87.1%	8.1%	4.8%
Minsa	9	0	0
%	100%	0%	0%
Diresa	78	23	1
%	76.5%	22.5%	1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

De modo similar se constató que del total de instituciones visitadas el 28.3% no había implementado medidas frente a los accidentes punzocortantes, constituyéndose estas omisiones un grave riesgo para la seguridad y salud de los propios trabajadores. Este nivel de incumplimiento se concentra en establecimientos que pertenecen a los gobiernos regionales (40.2%) seguidos de los pertenecientes a EsSalud (12.9%).En los hospitales visitados del Minsa todos cumplen con estas disposiciones.

Así también, se advirtió que el 23.7% de hospitales visitados no había implementado medidas de prevención frente a la TB. De este total, la mayoría pertenece nuevamente a los Gobiernos Regionales (36.3%) seguida en un menor porcentaje por aquellos que dependen

una resolución directoral; debido a ello, en la sistematización se optó por considerar que habían cumplido con esta disposición.

de EsSalud (6.5%). Nuevamente, se pudo verificar que en los hospitales visitados del Minsa se cumple con esta disposición, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla N° 11

Medidas de prevención para el personal de salud

Total/ Dependencia	¿El EE.SS. implementa medidas en el caso de accidentes punzo cortantes entre los trabajadores?			¿El EE.SS. implementa medidas preventivas de contagio de TB al personal?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**119**	**49**	**5**	**126**	**41**	**6**
%	**68.8%**	**28.3%**	**2.9%**	**72.8%**	**23.7%**	**3.5%**
EsSalud	51	8	3	55	4	3
%	82.3%	12.9%	4.8%	88.7%	6.5%	4.8%
Minsa	9	0	0	9	0	0
%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Diresa	59	41	2	62	37	3
%	57.8%	40.2%	2.0%	60.8%	36.3%	2.9%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

6.5. Identificación del personal de salud

La ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414,[211] contiene una serie de disposiciones específicas durante la atención en los establecimientos de salud. Uno de los aspectos abordados por esta norma es el derecho de toda persona a conocer el nombre del médico como de los demás profesionales que participan en su atención.[212]

En esa línea, el personal que labora en los establecimientos de salud tiene la obligación de portar de manera visible una credencial o

[211] Publicada en *El Peruano* el 2 de octubre de 2009.

[212] Artículo 15° de la Ley de los derechos de las personas usuarios en los servicios de salud, Ley N° 29414, «Toda persona tiene derecho a b) conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos».

identificación con fotografía, que exhiba con caracteres legibles, para el interlocutor: el nombre del establecimiento, del titular, su profesión u ocupación, área de trabajo y periodo de vigencia del contrato.[213]

Por este motivo, comisionados y comisionadas de la Defensoría del Pueblo se entrevistaron con los responsables de la jefatura o representantes de los servicios de medicina general, de hospitalización de cirugía y del centro obstétrico a fin de indagar si el personal de dichos servicio se encontraba debidamente identificado.

Los resultados muestran que en promedio más de la mitad de los hospitales visitados no cuenta con el personal debidamente identificado en los servicios supervisados. La situación advertida es común entre los establecimientos del Minsa, de los gobiernos regionales y de EsSalud aunque con ciertas variables.

Como se podrá observar en la siguiente tabla existe un promedio mayor de incumplimiento de los hospitales de los gobiernos regionales en contar con personal identificado (64.8%) seguido de los que pertenecen a EsSalud (38.0%). Por su parte la omisión de esta disposición en los establecimientos del Minsa se concentra en las áreas de consulta externa y en los centros obstétricos.

Somos de la opinión que la situación descrita además de incumplir con las normas arriba referidas, niega la posibilidad de las personas usuarias de los servicios de salud de ejercer su derecho a conocer el nombre del médico como de los demás profesionales que participan en su atención, así como de saber a quién acudir en caso de requerir información, complementar la existente o iniciar un reclamo por la atención recibida.

[213] Artículo 38° del Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA: «El personal del establecimiento, independientemente de la modalidad del vínculo laboral que lo relacione con éste, debe de portar de manera visible, mientras éste se encuentre en el establecimiento, una credencial con fotografía, que exhiba con caracteres legibles, para el interlocutor: el nombre del establecimiento, del titular, su profesión u ocupación, área de trabajo y periodo de vigencia».

Tabla N° 12
La identificación del personal de salud

Total/ Dependencia	¿El personal está identificado? (consulta externa)			¿El personal está identificado? (hospitalización de cirugía)		¿El personal está identificado? (centro obstétrico)		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	SI	NO	S/I*
Total	**82**	**81**	**5**	**75**	**86**	**72**	**93**	**1**
%	**48.8%**	**48.2%**	**3%**	**46.6%**	**53.4%**	**43.4%**	**56%**	**0.6%**
EsSalud	40	19	2	38	21	31	28	0
%	65.6%	31.1%	3.3%	64.4%	35.6%	52.5%	47.5%	0%
Minsa	7	2	0	9	0	6	3	0
%	77.8%	22.2%	0%	100%	0%	66.7%	33.3%	0%
Diresa	35	60	3	28	65	35	62	1
%	35.7%	61.2%	3.1%	30.1%	69.9%	35.7%	63.3%	1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

6.6. Mecanismo de reclamo: implementación del libro de reclamaciones

A partir de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 042-2011-PCM[214] se dispuso la obligación de las entidades del sector público de contar con un Libro de Reclamaciones. A través de éste los usuarios y las usuarias de los establecimientos pueden formular sus reclamos, generándose la obligación de la entidad de dar respuesta a la persona usuaria en un plazo máximo de treinta días hábiles, e informando, de ser el caso, acerca de las medidas adoptadas para evitar el acontecimiento de hechos similares en el futuro.

La Contraloría General de la República a través del Órgano de Control Institucional de cada entidad, es la instancia competente para conocer y sancionar, de corresponder, conforme a las normas vigentes, ya sea actuando de oficio o por denuncia de parte el incumplimiento de lo dispuesto por el referido decreto supremo.

De otro lado, a partir de la tramitación de los casos que llegan a la Defensoría del Pueblo es posible afirmar que no existe una articulación entre las entidades responsables de tramitar los reclamos contra los establecimientos de salud. Además, sus

[214] Publicado en *El Peruano* el 8 de mayo de 2011.

procedimientos son heterogéneos y la eficacia de su intervención aún no ha sido evaluada en su integridad.

Por esta razón, la implementación del libro de reclamaciones permite conocer los reclamos más usuales contra los establecimientos de salud y verificar la obligación de responder y/o atender dichos reclamos en el tiempo establecido por el Decreto Supremo N° 042-2011-PCM. Este mecanismo fue asumido por las entidades del sector salud, habiéndose designando oficinas responsables de su implementación.[215]

No obstante lo señalado, al momento de verificar la implementación del libro de reclamaciones en los hospitales supervisados, los resultados muestran que el 22.5% de ellos no lo ha implementado. Los establecimientos visitados con esta omisión son principalmente los pertenecientes a los gobiernos regionales (33.3%) y en menor medida los de EsSalud (6.5%). Es de resaltar que en solo un hospital de los visitados del Minsa no había implementado este mecanismo de reclamo, al momento de la supervisión.[216]

Tabla N° 13

Total/ Dependencia	¿Ha implementado el uso del libro de reclamaciones?		
	SI	NO	S/I*
Total	**133**	**39**	**1**
%	**76.9%**	**22.5%**	**0.6%**
EsSalud	58	4	0
%	93.5%	6.5%	0%
Minsa	8	1	0
%	88.9%	11.1%	0%
Diresa	67	34	1
%	65.7%	33.3%	1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

[215] Mediante Resolución Ministerial N° 462-2011-MINSA, del 14 de junio de 2011, el Minsa designó al Director (a) General de la Defensoría de la Salud y Transparencia como responsable del Libro de Reclamaciones del Ministerio de Salud. Por su parte, EsSalud mediante Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 426 -PE-ESSALUD-2011 autorizó a la Defensoría del Asegurado la implementación del Libro de Reclamaciones en esta entidad.

[216] El hospital que no había implementado el Libro de Reclamaciones al momento de la visita es el Hospital Nacional Dos de Mayo del Minsa.

6.7. Servicios higiénicos generales: limpieza y ambientes diferenciados

Un aspecto que todo establecimiento de salud tiene el deber de vigilar son las buenas condiciones de conservación, la limpieza y el funcionamiento de los servicios higiénicos,[217] sobre todo, cuando los hospitales se caracterizan por recibir a personas de todas las edades, de diferentes condiciones de salud (sanos y enfermos) y en donde el mal estado de los servicios higiénicos o su falta de limpieza, puede representar un foco de transmisión de enfermedades.

Además de las condiciones de mantenimiento y limpieza de los servicios higiénicos, la *Norma Técnica Categorías de los Establecimientos de Salud,*[218] señala que deben existir servicios diferenciados por sexo en determinadas áreas de los hospitales, una de las cuales es el área de consultorios externos de medicina general, donde quizás se concentra la mayor demanda de usuarios y usuarias. De este modo, se pretende garantizar la necesaria privacidad e intimidad tanto de mujeres como de hombres.

En atención a ello, en la supervisión defensorial los comisionados y comisionadas procedieron a verificar si los ambientes de los servicios higiénicos destinados para el público general se encontraban limpios; además, en coordinación con la persona entrevistada en el área de servicio de consulta externa de medicina general, se constató si los servicios higiénicos de esta área se encontraban diferenciados por sexo.

El resultado evidenció que en casi la quinta parte de los hospitales visitados, es decir, en el 17.9%, los servicios higiénicos para el público general no se encontraban limpios. Esta situación además de perjudicar seriamente la calidad del servicio, podría servir como fuente de transmisión de enfermedades. Esta deficiencia no sólo fue advertida en los establecimientos que pertenecen a los Gobiernos Regionales (24.5%) sino también alcanzaba, aunque en menor medida, a los hospitales del Minsa y EsSalud.[219]

---

[217] Artículo 46° del Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo: «Todo establecimiento de atención ambulatoria, debe contar como *mínimo* con servicios higiénicos» (énfasis nuestro).

[218] Norma Técnica Categorías de los Establecimientos de Salud aprobada por la Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA del 17 de noviembre de 2010.

[219] Los hospitales supervisados con estas deficiencias fueron: el Hospital de Apoyo Felipe Guamán Poma de Ayala; el Hospital II-1 Moyobamba; el Hospital II-1 Rioja; el Hospital San Martín de Porres-Macusani; el Hospital Manuel Núñez Butrón; el

Tabla N° 14

Total/ Dependencia	¿Se observa limpieza en los servicios higiénicos generales?		
	SI	NO	S/I*
Total	**114**	**31**	**28**
%	**65.9%**	**17.9%**	**16.2%**
EsSalud	48	3	11
%	77.4%	4.8%	17.7%
Minsa	6	3	0
%	66.7%	33.3%	0%
Diresa	60	25	17
%	58.8%	24.5%	16.7%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

Hospital Santa María de Nieva; el Hospital Gustavo Lanatta Luján; el Hospital Regional Hipólito Unanue - Tacna; el Hospital Regional Honorio Delgado; el Hospital III Goyeneche; el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias; el Hospital La Caleta; el Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca; el Hospital de Especialidades Básicas La Noria; el Hospital El Esfuerzo; el Hospital Santa Isabel; el Hospital César A. Vallejo Mendoza; el Hospital Regional Docente de Trujillo; el Hospital San Juan Bautista Huaral; el Hospital General I José H. Soto Cadenillas Chota; el Hospital de la Merced; el Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma; el Hospital de Apoyo Las Mercedes; Hospital Amazónico; y el Hospital de Apoyo de Recuay de los Gobiernos Regionales; el Hospital II Tarapoto-EsSalud; el Hospital Base II Pasco–EsSalud; y el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en EsSalud; y el Hospital Nacional Hipólito Unanue; Hospital Sergio Bernales; y el Hospital Nacional Docente Madre-Niño del Minsa.

Fotografía N° 12
Servicios higiénicos en el Hospital de EsSalud de Pasco

Condiciones de los servicios higiénicos
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Pasco

Fotografía N° 14
Servicios higiénicos en el Hospital de Apoyo de Iquitos

Condiciones de los servicios higiénicos
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Loreto

En relación con la diferenciación de los servicios higiénicos según sexo en los ambientes de consulta externa de medicina general, los resultados de la supervisión evidencian que en el 20.2% de los hospitales visitados no se cumple con esta característica. Consideramos, que esta situación además de representar una insuficiente infraestructura para el nivel de estos establecimientos, no permite guardar la privacidad necesaria de las personas tanto de hombres como de mujeres.

Esta deficiencia se observa en todas las entidades supervisadas, en los gobiernos regionales con el 28.6%, en EsSalud con el 8.2% y en menor medida con un establecimiento en el Minsa.[220]

Tabla N° 15

Total/ Dependencia	¿Las instalaciones sanitarias están diferenciadas por sexo? (Consulta externa de medicina general)		
	SI	NO	S/I*
Total	**126**	**34**	**8**
%	**75.0%**	**20.2%**	**4.8%**
EsSalud	53	5	3
%	86.9%	8.2%	4.9%
Minsa	8	1	0
%	88.9%	11.1%	0%
Diresa	65	28	5
%	66.3%	28.6%	5.1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

6.8. Equipamiento, insumos y medicamentos en las áreas supervisadas

Como se ha señalado en la primera parte de este informe, los establecimientos de salud se encuentran obligados a garantizar la disponibilidad de bienes, personal, medicamentos, insumos y equipamiento básicos en un número suficiente. Esta disponibilidad permite garantizar la oportunidad de la atención que se ofrece a las

[220] Hospital Nacional Arzobispo Loayza

personas usuarias 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,[221] la supervisión defensorial verificó la disponibilidad de equipamiento, insumos y medicamentos básicos en las áreas de hospitalización de cirugía y centro obstétrico.

6.8.1. Equipamiento, insumos y medicamentos en hospitalización de cirugía

Equipamiento básico en hospitalización de cirugía

En lo que concierne al equipamiento básico de los servicios de cirugía se verificó la disponibilidad de dieciséis equipos en el área de hospitalización de cirugía de los hospitales visitados. Los resultados son variables aunque existen elementos comunes en relación con la ausencia de algunos insumos.

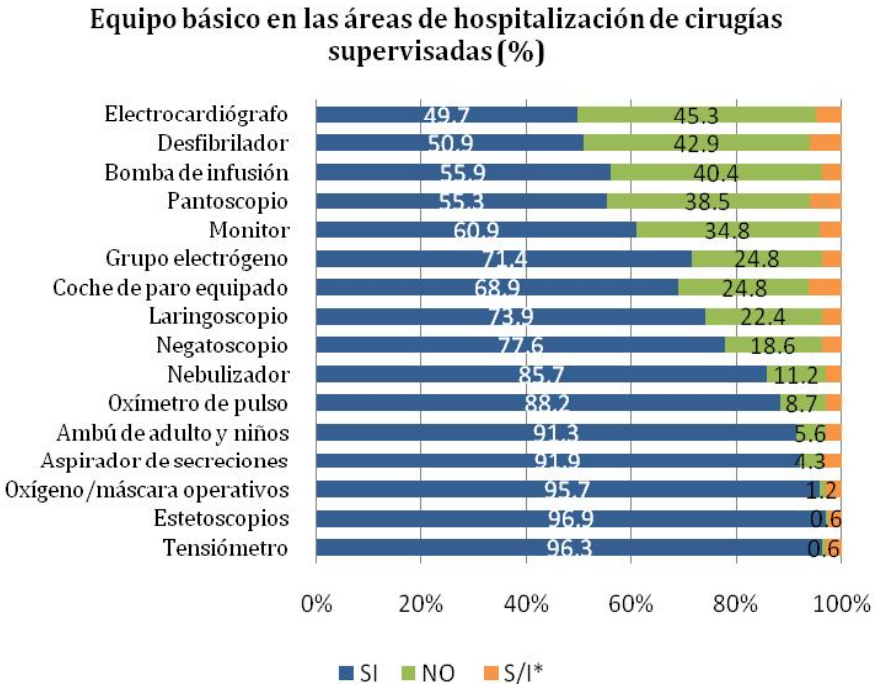
Los resultados de la supervisión evidencian que el 45.3% de las áreas supervisadas no cuenta con electrocardiograma (monitoriza la actividad eléctrica del corazón); el 42.9% con el desfibrilador (útil para tratar el paro cardiorrespiratorio); el 40.4% con la bomba de infusión (usada para suministro controlado de sustancias por vía intravenosa); el 38.5% con el pantoscopio (usado para el diagnóstico de la orofaringe); el 34.8% con monitor; y el 24.8% con grupo electrógeno para garantizar la continuidad de la atención ante la falta del fluido eléctrico.

De igual modo, el 24.8% de las áreas visitadas no cuenta con el coche de paro-cardiorespiratorio equipado; el 22.4% con laringoscopio (usado para examinar la glotis y las cuerdas vocales); el 18.6% con el negatoscopio (permite la lectura de radiografías); el 11.2% con el nebulizador; el 8.7% con el Oxímetro de pulso; el 5.6% con el Ambú de adultos y niños; el 4.3% con el aspirador de

[221] Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP-V.01 *"Directiva Administrativa del Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de Atención"* aprobada por R. M. N° 572-2011/MINSA del día 23 de julio de 2011.

secreciones; el 1.2% con oxígeno y máscara operativos; y el 0.6% con estetoscopios y tensiómetros.

Gráfico N° 6



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

De forma general, es posible afirmar que la condición de los hospitales de las regiones en determinados equipos es más preocupante, pues en cuatro de ellos (pantoscopio, electrocardiógrafo, desfibrilador y bomba de infusión) su falta alcanza el 50%.

Los datos por porcentajes de acuerdo a cada dependencia pueden ser observados en el siguiente cuadro.

Tabla N° 16
Disponibilidad de equipamiento en las áreas de hospitalización de cirugía
Según entidad supervisada (%)

Equipamiento/ Dependencia	ESSALUD			MINSA			DIRESA		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Desfibrilador	66.1	28.8	5.1	33.3	55.6	11.1	43	50.5	6.5
Monitor	64.4	30.5	5.1	77.8	22.2	0	57	38.7	4.3
Electrocardiógrafo	66.1	28.8	5.1	44.4	55.6	0	39.8	54.8	5.4
Oxímetro de pulso	86.4	8.5	5.1	100	0	0	88.2	9.7	2.2
Laringoscopio	81.4	11.9	6.8	77.8	22.2	0	68.8	29	2.2
Coche de paro equipado	84.7	10.2	5.1	77.8	11.1	11.1	58.1	35.5	6.5
Bomba de infusión	55.9	39	5.1	100	0	0	51.6	45.6	3.2
Pantoscopio	66.1	27.1	6.8	44.4	44.4	11.1	49.5	45.2	5.4
Aspirador de secreciones	93.2	1.7	5.1	88.9	0	11.1	91.4	6.5	2.2
Grupo electrógeno	81.4	13.6	5.1	77.8	22.2	0	64.5	32.3	3.2
Ambú de adulto y niños	93.2	1.7	5.1	100	0	0	89.2	8.6	2.2
Nebulizador	91.5	5.1	3.4	88.9	11.1	0	81.7	15.1	3.2
Oxígeno/máscara operativos	94.9	0	5.1	100	0	0	95.7	2.2	5
Tensiómetro	96.6	0	3.4	100	0	0	95.7	1.1	3.2
Estetoscopios	96.6	0	3.4	100	0	0	96.8	1.1	2.2
Negatoscopio	84.7	11.9	3.4	88.9	11.1	0	72	23.7	4.3

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

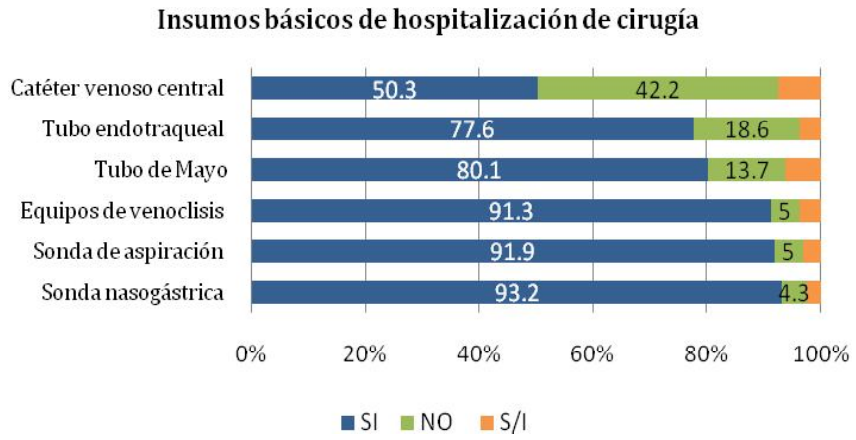
Insumos básicos en hospitalización de cirugía

En lo que concierne a los insumos básicos del área de hospitalización de cirugía se verificó la disponibilidad de seis de ellos. La supervisión pudo verificar que en promedio el 15% de los hospitales visitados presentaban alguna tipo de dificultad con los mismos, aunque la ausencia de estos insumos varía de acuerdo a cada insumo y a cada dependencia.

Una vez más es necesario resaltar que se verificó la presencia de estos insumos en el área de hospitalización de cirugía y no en la unidad de farmacia, de acuerdo a los criterios establecidos en las disposiciones del Minsa como ente rector.

De forma específica se verificó que el 42.2% de hospitales no contaba con el catéter venoso central; el 18.6% no contaba con el tubo endotraqueal; el 13.7% no contaba con el tubo de mayo; el 5% no contaba con el equipo de venoclisis ni la sonda de aspiración; y el 4.3% no contaba con la sonda nasogástrica. Los resultados en porcentajes se pueden apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 7



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

* S/I Sin información

Al desagregar la información según la dependencia del hospital, se advierte que las carencias son mayores en los hospitales de los Gobiernos Regionales, aunque también con porcentajes variables, la falta de estos insumos puede alcanzar el 54.8% de sus hospitales. En el caso de EsSalud la falta de insumos puede llegar hasta el 23.7%. Los hospitales del Minsa son quienes presentaron mejor nivel de abastecimiento de estos insumos.

Tabla N° 17
Disponibilidad de insumos en hospitalización de cirugía
Según entidad supervisada (%)

Insumos/ Dependencia	ESSALUD			MINSA			DIRESA		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Tubo endotraqueal	81.4	13.6	5.1	100	0	0	73.1	23.7	3.2
Catéter venoso central	71.2	23.7	5.1	44.4	33.3	22.2	37.6	54.8	7.5
Tubo de Mayo	86.4	6.8	6.8	66.7	11.1	22.2	77.4	18.3	4.3
Sonda nasogástrica	96.6	0	3.4	100	0	0	90.3	7.5	2.2
Sonda de aspiración	96.6	0	3.4	100	0	0	88.2	8.6	3.2
Equipos de venoclisis	96.6	0	3.4	77.8	0	22.2	89.2	8.6	2.2

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información.

Medicamentos básicos en hospitalización de cirugía

En lo que concierne a los medicamentos se verificó la disponibilidad de aquellos que se encuentran en el coche de paro cardiorespiratorio. Se eligieron estos medicamentos porque son necesarios en áreas donde se encuentran las personas que están próximas a ser intervenidas quirúrgicamente y quienes han sido sometidas a una operación, y por lo tanto tienen una mayor posibilidad de descompensarse y pasar a demandar atenciones inmediatas.

En ese sentido, la existencia de un coche de paro cardiorespiratorio debidamente equipado con estos medicamentos es de suma importancia, pues garantiza que no se pierda tiempo valioso tratando de proveerse de medicamentos y/o insumos necesarios desde la farmacia o sala de emergencias, para revertir las situaciones de urgencia o de emergencia.

De este modo, se constató la disponibilidad de diez medicamentos del coche de paro cardiorespiratorio, observándose con preocupación que en promedio el 22% carece de alguno de ellos, aunque con diferentes porcentajes.

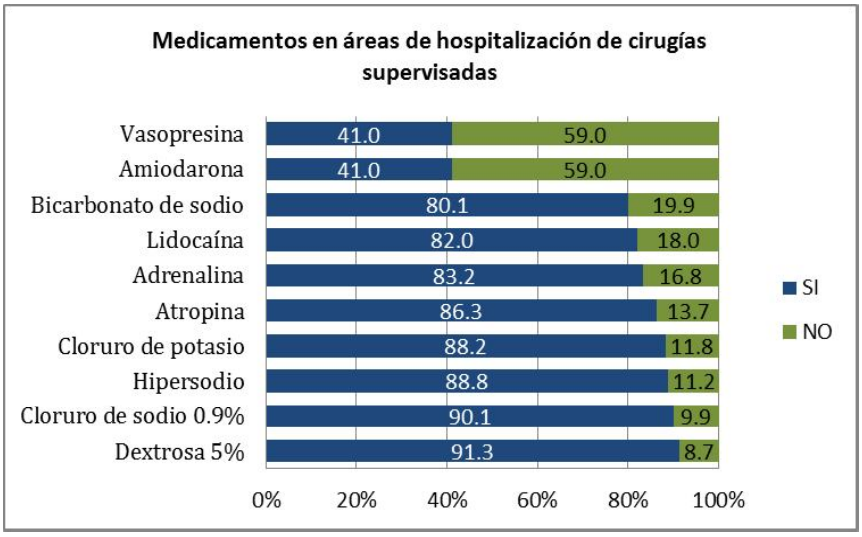
Así, el 59% no contaban con el medicamento vasopresina (usada en casos de shock hipovolémico y/o séptico) ni con amiodarona (usado en problemas de arritmias cardiacas). De modo similar el

19.9% no contaba con el bicarbonato de sodio; el 18% con lidocaína (usada en casos de arritmias cardiacas); el 16.8% con adrenalina (usado en la reanimación cardiopulmonar); el 13.7% con atropina (usada para envenenamiento y problemas cardiacos); 11.8% con cloruro de potasio; y el hipersodio con el 11.2%.

Asimismo, el 9.9% no contaba con cloruro de sodio 0.9%; y el 8.7% no contaba con dextrosa 5%.

La distribución de los porcentajes de cada medicamento se pueden observar en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 8



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Al desagregar la información según la dependencia del hospital, se advierte que las carencias son mayores en los hospitales de los Gobiernos Regionales, pues en promedio el 29% de estos no cuenta con los medicamentos para el paro cardiorespiratorio.

El Minsa presenta mejores niveles de abastecimiento en estas áreas aunque con ciertas debilidades en determinados insumos al igual que EsSalud. Se debe recordar que la lectura de porcentajes en el caso del Minsa debe tomar en consideración el número de hospitales supervisados (9).

Tabla N° 18
Abastecimiento de medicamentos en áreas de hospitalización de cirugía
Según entidad supervisada (%)

Medicamentos/ Dependencia	ESSALUD		MINSA		DIRESA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hipersodio	91.5	8.5	100	0	86	14
Cloruro de sodio 0.9%	96.6	3.4	100	0	84.9	15.1
Amiodarona	69.5	30.5	55.6	44.4	21.5	78.5
Atropina	93.2	6.8	88.9	11.1	81.7	18.3
Cloruro de potasio	91.5	8.5	100	0	84.9	15.1
Bicarbonato de sodio	89.8	10.2	100	0	72	28
Lidocaína	93.2	6.8	88.9	11.1	74.2	25.8
Dextrosa 5%	96.6	3.4	100	0	87.1	12.9
Vasopresina	49.2	50.8	77.8	22.2	32.3	67.7
Adrenalina	91.5	8.5	88.9	11.1	77.4	22.6

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Cabe anotar que si bien el manejo de estos medicamentos puede ser diverso en los establecimientos supervisados a nivel nacional, se ha tomado como referencia la normativa emitida por la autoridad sanitaria nacional para contrastar la disponibilidad de los mismos.[222]

[222] Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP-V.01, «Directiva Administrativa del Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de Atención», aprobada por Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA del día 23 de julio de 2011.

Fotografía N° 14
Coches de paro cardiorespiratorio
del Hospital Regional de Huánuco

Medicamentos de coche de paro cardiorespiratorio
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Huánuco

Fotografía N° 15
Coches de paro cardiorespiratorio
del Hospital de EsSalud de Tingo María

Medicamentos de coche de paro cardiorespiratorio
Fotografía tomada por el Módulo Defensorial de Tingo María

6.8.2. Equipamiento, insumos y medicamentos básicos en centros obstétricos

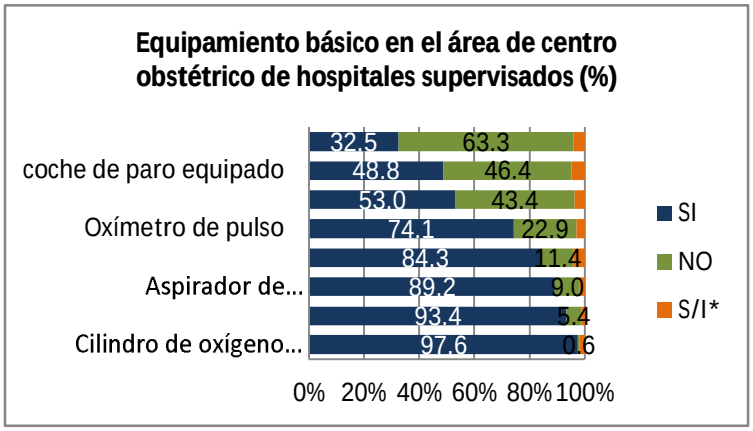
Equipamiento básico en los centros obstétricos

El propósito de la supervisión también fue contrastar la disponibilidad de ocho equipos básicos en los centros obstétricos. Los resultados obtenidos son variables de acuerdo al equipo y a la entidad supervisada. Sin embargo, es posible afirmar que en líneas generales alrededor de la cuarta parte de hospitales visitados presenta alguna dificultad con la disponibilidad de estos equipos.

De forma específica el 63.3% no contaba con desfibrilador (usado para contrarrestar los paros cardiacos); el 46.4% no contaba con el coche de paro cardiorespiratorio equipado; el 43.4% con bomba de infusión (usada para la administración de medicamentos); y el 22.9% con Oxímetro de pulso (usado para medir la oxigenación de la sangre de las gestantes para prevenir la asfixia neonatal).

Asimismo, el 11.4% no contaba con el acceso a ecografía (útil para el monitoreo materno y fetal); el 9% con aspirador de secreciones (usado para los recién nacidos y ayuda a prevenir enfermedades por aspiración); el 5.4% no contaba con monitor fetal y el 0.6% no contaba con el cilindro de oxígeno medicina y accesorios. Los bajos índices en el equipamiento del desfibrilador, el coche de paro y el acceso a ecografía llaman la atención en un área estratégica como es el centro obstétrico.

Gráfico N° 9



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

* Sin información

Al analizar los resultados de acuerdo a la dependencia de los hospitales, se advierte mayores carencias en los correspondientes a los gobiernos regionales seguidos de aquellos de EsSalud. En líneas generales los hospitales del Minsa muestran un mejor nivel de disponibilidad de estos equipos, que en algunos casos alcanzan al 100% (monitor fetal y el acceso a ecografía).

Tabla N° 19
Disponibilidad de equipamiento en las áreas de hospitalización de cirugía
Según entidad supervisada (%)

Insumo/ Dependencia	ESSALUD			MINSA			DIRESAS		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Desfibrilador	47.5	50.8	1.7	55.6	44.4	0	21.4	72.4	6.1
Monitor fetal	94.9	5.1	0	100	0	0	91.8	6.1	2
Oxímetro de pulso	84.7	13.6	1.7	44.4	44.4	11.1	70.4	26.5	3.1
Coche de paro equipado	64.4	33.9	1.7	55.6	33.3	11.1	38.8	55.1	6.1
Aspirador de secreciones	84.7	13.6	1.7	88.9	0	11.1	91.8	7.1	1
Acceso al servicio de ecografía	86.4	10.2	3.4	100	0	0	81.6	13.3	5.1
Bomba de infusión	57.6	39	3.4	55.6	44.4	0	50	45.9	4.1
Cilindro de oxígeno medicinal accesorios	98.3	0	1.7	88.9	0	11.1	98	1	1

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Insumos básicos en los centros obstétricos

En el marco de la supervisión defensorial realizada se constató la disponibilidad de los insumos básicos establecidos en la normatividad técnica del Minsa[223] para los centros obstétricos. De esta manera, se verificó la presencia de ocho insumos básicos necesarios para las atenciones en estas áreas.

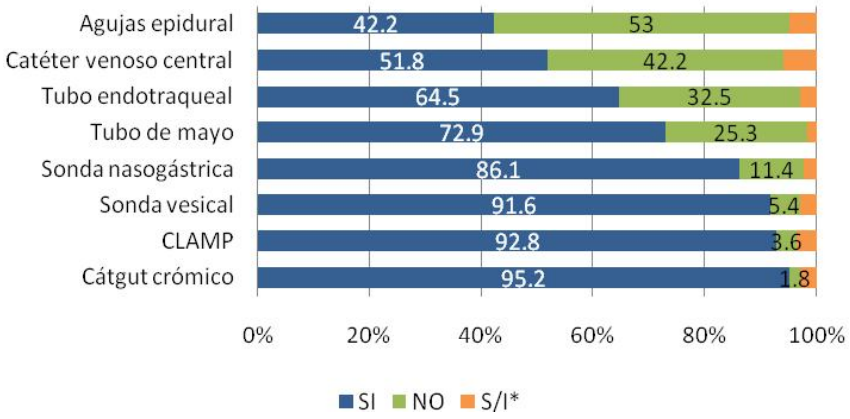
[223] Resolución Ministerial de Monitoreo de la Gestión de establecimientos de salud N° 572-2011/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP-V.01"Directiva Administrativa del Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de Atención", p. 104.

Los resultados muestran una disponibilidad variable respecto de los insumos; pero en líneas generales, el 21.9% de los centros obstétricos visitados presentan dificultades con su disponibilidad de alguno.

De forma específica el 53% no cuenta con aguja epidural (útil para el suministro de anestesia); el 42.2% con el catéter venoso central(sirve para la administración de líquidos); el 32.5% con el tubo endotraqueal (permite el traslado del aire de la garganta a los pulmones); el 25.3% con el tubo de mayo (evita que la lengua obstruya la vía respiratoria); el 11.4% con la sonda nasogástrica (permite introducir nutrientes o extraer líquidos); el 5.4% con la sonda vesical (ayuda en la salida de la orina; el 3.6% con el Clamp (para el cordón umbilical del recién nacido); y el 1.8% con el Cátgut crómico (útil para la sutura).

Gráfico N° 10

Insumos básicos en el área de centro obstétricos de los hospitales supervisados (%)



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Al momento de verificar estos datos según las entidades, se observa mayores debilidades en los hospitales pertenecientes a los Gobiernos Regionales, seguidos de aquellos que dependen de EsSalud, mientras que los hospitales del Minsa presentan mejores niveles de disponibilidad. Debe llamarse la atención sobre los bajos

niveles de abastecimiento en ciertos insumos como el catéter venoso central, la aguja epidural y el tubo de mayo donde se garantiza la atención materna de las mujeres.

Tabla N° 20
Disponibilidad de insumos en centros obstétricos
Según entidad supervisada (%)

Insumo / Dependencia	ESSALUD			MINSA			DIRESA		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Tubo endotraqueal	59.3	39	1.7	88.9	0	11.1	65.3	31.6	3.1
Catéter venoso central	47.5	50.8	1.7	66.7	22.2	11.1	53.1	38.8	8.2
Tubo de mayo	69.5	28.8	1.7	100	0	0	72.4	25.5	2
Agujas epidural	37.3	59.3	3.4	77.8	11.1	11.1	41.8	53.1	5.1
Sonda nasogástrica	84.7	13.6	1.7	77.8	11.1	11.1	87.8	10.2	2
Sonda vesical	93.2	3.4	3.4	88.9	0	11.1	90.8	7.1	2
Cátgut crómico	94.9	1.7	3.4	100	0	0	94.9	2	3.1
CLAMP	91.5	5.1	3.4	100	0	0	92.9	3.1	4.1

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Medicamentos básicos en los centros obstétricos

En lo que concierne a los medicamentos, se procedió a verificar la disponibilidad de las medicinas que se encuentran en el coche de paro cardiorrespiratorio en los centros obstétricos. Cabe anotar – al igual como se ha señalado líneas arriba – las medicinas presentes en el coche de paro en el centro obstétrico están relacionadas a las atenciones de urgencias y emergencias obstétricas que se pudieran presentar y son necesarias para salvaguardar la salud de la madre, el feto y/o el recién nacido.

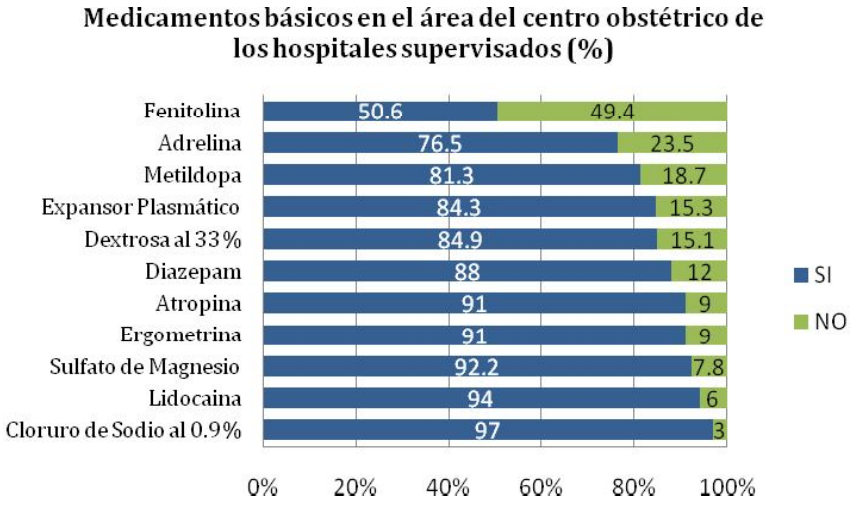
En promedio, el 15.3% de los hospitales supervisados presenta alguna dificultad con alguno de los once medicamentos verificados. De forma específica, el 49.4% no contaba con la fenitolina (usada para las convulsiones); el 23.5% con adrenalina; y el 18.7% con Metildopa (usada en el tratamiento de la hipertensión en gestantes).

De modo similar, el 15.3% no contaban con el expansor plasmático (usado para reponer fluidos en personas con hemorragia); el 15.1% con la dextrosa al 33%; el 12% con Diazepam

(usada para convulsiones); el 9% con atropina y ergometrina (usada para los casos de hemorragias post parto); el 7.8% con sulfato de magnesio; el 6% con lidocaína; y el 3% con cloruro de sodio al 0.9%.

Los porcentajes generales por cada medicamento pueden ser observados en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 11



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Al analizar los datos obtenidos según dependencia se observan problemas comunes en la disponibilidad de los insumos en los hospitales de las entidades supervisadas. No obstante ello, en algunos casos los hospitales de los gobiernos regionales tiene en promedio mejores niveles de disponibilidad en determinados medicamentos. Estos datos muestran además que en determinadas medicinas como la Lidocaína y el cloruro de sodio (0.9%) los hospitales del Minsa alcanzan el 100% de disponibilidad. Asimismo, llama la atención la baja disponibilidad de medicamentos como la Fenitoína, de la adrenalina o del Expansor plasmático; tal como se puede observar a continuación.

Tabla N° 21

Disponibilidad de medicamentos básicos en centros obstétricos de los hospitales supervisados según entidad supervisada (%)

Dependencia/ Medicamento	ESSALUD		MINSA		DIRESA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Adrenalina	76.3	23.7	55.6	44.4	78.6	21.4
Atropina	88.1	11.9	88.9	11.1	92.9	7.1
Ergotmina	89.8	10.2	77.8	22.2	92.9	7.1
Cloruro de sodio al 0.9%	94.9	5.1	100	0	98	2
Dextrosa al 33%	86.4	13.6	88.9	11.1	83.7	16.3
Expansor plasmático	79.7	20.3	77.8	22.2	87.8	12.2
Diazepam	84.7	15.3	77.8	22.2	90.8	9.2
Lidocaína	93.2	6.8	100	0	93.9	6.1
Fenitorina	61	39	33.3	66.7	45.9	54.1
Sulfato de magnesio	86.4	13.6	88.9	11.1	95.9	4.1
Metildopa	79.7	20.3	66.7	33.3	83.7	16.3

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

6.9. Eventos adversos y mortalidad materna

6.9.1. Reporte de eventos adversos en los hospitales supervisados

El ejercicio de la medicina como toda actividad humana involucra riesgos. Durante la prestación del servicio de salud se identifican a las complicaciones, incidentes o resultados inesperados e indeseados en la salud de los usuarios y usuarias, directamente asociados con la atención y no a la enfermedad de la persona usuaria, que son comúnmente conocidos como «eventos adversos».[224]

Frente a estos eventos, se suelen implementar estrategias de intervención para cuyo efecto es necesario contar con mecanismos de información para su identificación,[225] que, a la vez, sirva de insumo para el conocimiento del perfil de ocurrencia y de esta

[224] MINSA, Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008, p. 2.

[225] Cabe anotar que el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud del Ministerio de Salud aprobado por Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA del día 29 de octubre de 2009 establece como una de sus estrategias la implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

manera acompañar la monitorización de mejoras en los procesos de atención del usuario.[226]

Debido a ello, se indagó con los representantes en las áreas de hospitalización de cirugía de los hospitales supervisados si se había implementado un sistema de reporte y análisis de eventos adversos. Los datos recogidos muestran que el 26.7% de los centros hospitalarios visitados no contaba con este sistema que les permitiría conocer el perfil de los eventos.

Los resultados de la supervisión en este aspecto evidencian que los hospitales dependientes de los gobiernos regionales son quienes presentan mayores niveles de inobservancia respecto a esta necesaria práctica con el 35.5%, seguidos de aquellos dependientes de los pertenecientes a EsSalud con el 16.9%. En este aspecto se encontró que el total de hospitales visitados del Minsa cuenta con sistema de reporte y análisis de eventos adversos.

Tabla N° 22

Total/ Dependencia	¿El EE.SS. ha implementado un sistema de reporte y análisis de eventos adversos?		
	SI	NO	S/I*
Total	**108**	**43**	**10**
%	**67.1%**	**26.7%**	**6.2%**
EsSalud	47	10	2
%	79.7%	16.9%	3.4%
Minsa	9	0	0
%	100%	0%	0%
Diresa	52	33	8
%	55.9%	35.5%	8.6%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

[226] ESSALUD, Guía del sistema de registro, notificación, reporte, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos en los servicios de salud-EsSalud (2006-2008). Disponible en: www.essalud.gob.pe/defensoria/7regist_events-adves2011.pdf Consultada el 14 de febrero de 2013.

6.9.2. Conformación de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal

Nuestro sistema de salud reconoce como uno de sus principales problemas a la mortalidad materna debido al elevado porcentaje de embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y la inaccesibilidad a métodos de planificación familiar.[227] Frente a ello, una de las principales estrategias implementadas desde el sector salud es la conformación de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal.

Este comité —conocido comúnmente como comité de muerte materna— es una unidad funcional en los hospitales que depende de la máxima autoridad, y tiene la responsabilidad de analizar, asesorar, coordinar y proponer directivas de prevención, vigilancia y control de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; así como de sugerir medidas correctivas cuando corresponda.[228]

Considerando que una de las funciones de este comité es la adopción de medidas, acciones y estrategias para prevenir las muertes maternas, la supervisión recabó información sobre su conformación en los hospitales visitados. De esta manera, se pudo comprobar que a pesar de ser uno de los mejores recursos para conocer y prevenir las causas de las muertes en mujeres embarazadas, el 12.7% de establecimientos no ha implementado esta estrategia.

Este dato es más significativo en los hospitales de EsSalud quienes en porcentajes totales representan un mayor nivel de inobservancia de esta estrategia con el 15.3%, seguidos de aquellos pertenecientes a los gobiernos regionales con el 11.2%. En el caso del Minsa solo se observa este incumplimiento en un solo hospital.

---

[227] MINSA, Plan Nacional Concertado de Salud aprobado por la Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20 de julio de 2009, p. 13.

[228] Reglamento de funcionamiento de los comités de prevención de mortalidad materna y perinatal, aprobado por Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA del 17 de mayo de 2006.

Tabla N° 23

Total/ Dependencia	¿Se ha implementado el Comité de Vigilancia de Mortabilidad Materna?		
	SI	NO	S/I*
Total	**140**	**21**	**5**
%	**84.3%**	**12.7%**	**3.0%**
EsSalud	48	9	2
%	81.4%	15.3%	3.4%
Minsa	7	1[229]	1
%	77.8%	11.1%	11.1%
Diresa	85	11	2
%	86.7%	11.2%	2.0%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

6.10. El consentimiento informado y el derecho a la información en salud

Garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía y la dignidad humana de la persona en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud, solicitado de forma voluntaria.[230] De ahí que la garantía del consentimiento informado en todas las etapas de la atención de salud es una obligación del Estado a efectos de que garantice una información plenamente disponible, aceptable, accesible y de buena calidad, que se transmita y sea comprendida.[231]

Se debe reconocer que el consentimiento informado en salud incluye entre otros aspectos a la práctica clínica, la salud pública y la investigación médica, que a su vez involucra a la enseñanza del personal que se encuentra en formación. Es por ello que la participación de las personas usuarias en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósitos de

[229] Corresponde al Hospital Nacional Sergio Bernales en Lima.

[230] Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Anand Grover presentado de conformidad con la resolución 629 del consejo de derechos humanos, A/64/272, de agosto del 2009, p. 11. Disponible en: http://www.observatoriopoliticasocial.org/index.php?option=com_zoo&task=category&category_id=10&Itemid=450 Consultada el 12 de marzo de 2013.

[231] Idem.

investigación debe estar expresada en la forma de un consentimiento informado.[232]

6.10.1 Consentimiento informado en la docencia clínica

En el contexto descrito, la Defensoría del Pueblo consideró menester verificar el grado de cumplimiento del proceso de consentimiento informado en las áreas visitadas (hospitalización de cirugía general y centro obstétrico) de los hospitales supervisados.

En ese sentido, se recabó información referida al total de hospitales que desarrollan actividades de docencia y la implementación del consentimiento informado para esta práctica. Es así que los resultados muestran que un porcentaje significativo, el 86.1%, recibe estudiantes para prácticas clínicas. No obstante, el 77% de estos no ha implementado el uso del consentimiento informado para la docencia en hospitalización de cirugía y un 72.3% en centros obstétricos.

Este incumplimiento para las prácticas clínicas es común entre las distintas dependencias; sin embargo, los hospitales de los gobiernos regionales tienen mayores porcentajes, seguidos de aquellos pertenecientes a EsSalud. En el caso del Minsa este incumplimiento es parcial como se puede observar a continuación.

---

[232] De ahí que el artículo 14° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establezca expresamente que: «Dentro de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, se podrá desarrollar actividades de docencia y de investigación. *La participación de pacientes en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósito de investigación*, debe ser voluntaria, expresada en *la forma de un consentimiento informado*» (énfasis nuestro).

Tabla N° 24

Implementación de consentimiento informado para práctica clínica docente

Total/ Dependencia	¿Recibe estudiantes para prácticas clínicas?			¿Se ha implementado el CI en caso de docencia en centro quirúrgico?			¿Se ha implementado el CI en caso de docencia centro obstétrico?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**149**	**22**	**2**	**22**	**124**	**15**	**34**	**120**	**12**
%	86.1%	12.7%	1.2%	13.7%	77%	9.3%	20.5%	72.3%	7.2%
EsSalud	46	15	1	10	41	8	14	37	8
%	74.2%	24.2%	1.6%	16.9%	69.5%	13.6%	23.7%	62.7%	13.6%
Minsa	9	0	0	4	4	1	3	6	0
%	100%	0.0%	0.0%	44.4%	44.4%	11.10%	33.3%	66.7%	0.0%
Diresa	94	7	1	8	79	6	17	77	4
%	92.2%	6.9%	1.0%	8.6%	84.9%	6.5%	17.3%	78.6%	4.1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

6.10.2. Consentimiento informado en las intervenciones médicas

De otro lado, la Defensoría del Pueblo verificó en el área de hospitalización de cirugía si se había cumplido con aplicar los formatos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica y para la medicación anestésica según lo registrado en las historias clínicas de dichas áreas. Siguiendo los criterios de la supervisión se solicitó una historia clínica al azar de una persona que fue intervenida; de esta forma se obtuvo una muestra de 161 historias clínicas.

Los resultados evidenciaron que del total de historias clínicas revisadas el 11.2%, no contaban con formatos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica; y un porcentaje mayor el 28.6%, no contaba con formatos para el consentimiento de la medicación anestésica. Este incumplimiento es mayor en los establecimientos pertenecientes a los gobiernos regionales (39.8%), seguidos de los de EsSalud (15.3%), mientras que en los

establecimientos del Minsa no se evidencia este incumplimiento,[233] tal como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla N° 25
Implementación de CI

Total/ Dependencia	Formato de CI para la intervención quirúrgica			Formato de CI medicación anestésica		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**130**	**18**	**13**	**96**	**46**	**19**
%	**80.7%**	**11.2%**	**8.1%**	**59.6%**	**28.6%**	**11.8%**
EsSalud	52	4	3	43	9	7
%	88.1%	6.8%	5.1%	72.9%	15.3%	11.9%
Minsa	8	0	1	8	0	1
%	88.9%	0.0%	11.1%	88.9%	0.0%	11.1%
Diresa	70	14	9	45	37	11
%	75.3%	15.1%	9.7%	48.4%	39.8%	11.8%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Cabe anotar de otro lado que durante la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo se ha observado con especial preocupación la implementación de formatos de autorización para operaciones e intervenciones quirúrgicas en algunos los hospitales de EsSalud y de los gobiernos regionales referidos a la exoneración de responsabilidad de las «consecuencias fatales o complicaciones» que se puedan presentar en las operaciones o intervenciones quirúrgicas.

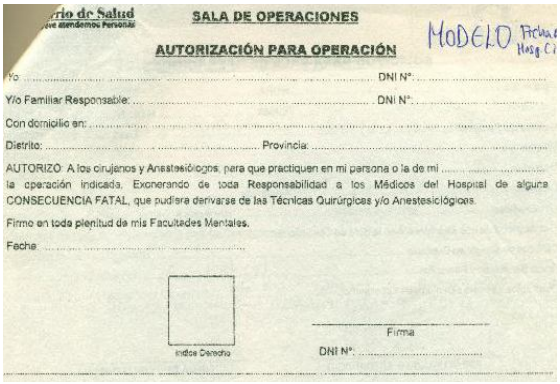
En opinión de la Defensoría del Pueblo esta situación, además de no ser compatible con el proceso de información y la obtención del consentimiento informado que se debe realizar previa a cualquier intervención quirúrgica,[234] resultan contrarias a nuestro

[233] Cabe anotar además que en los casos analizado por la Adjuntía para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo en el año 2012, también se han evidenciado problemas con el uso del consentimiento informado pues del total de casos analizados existen porcentajes casos en los cuales no se han aplicado el formato de consentimiento a pesar de su necesidad. Asimismo, se observó que existen formados que no tenían el nombre completo de la persona, no se consignaba el nombre del procedimiento, no presentaba la firma o sello del médico responsable. Colegiatura del médico: el 45.2% (14) no presentaba número de colegiatura del médico responsable

[234] Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V02.

actual ordenamiento jurídico en lo que concierne a la exoneración de responsabilidades penales, civiles o administrativas que deben asumir los servidores públicos por el ejercicio irregular de sus funciones, por lo que deben ser modificados.

Formatos de autorización de intervención quirúrgica que contiene la exoneración de las complicaciones o de «consecuencias fatales».



rio de Salud
...ove atendemos Personas

SALA DE OPERACIONES

AUTORIZACIÓN PARA OPERACIÓN

MODELO

Yo ..... DNI N°: .....

Y/o Familiar Responsable: ..... DNI N°: .....

Con domicilio en: .....

Distrito: ..... Provincia: .....

AUTORIZO: A los cirujanos y Anestesiólogos, para que practiquen en mi persona o la de mi ..... la operación indicada. Exonerando de toda Responsabilidad a los Médicos del Hospital de alguna CONSECUENCIA FATAL, que pudiera derivarse de las Técnicas Quirúrgicas y/o Anestesiológicas.

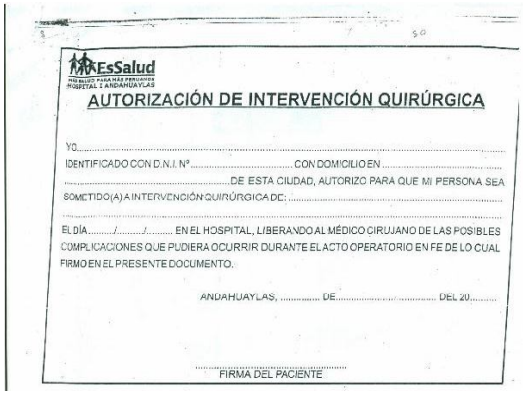
Firmo en toda plenitud de mis Facultades Mentales.

Fecha: .....

Indice Derecho

Firma

DNI N°: .....



EsSalud
HOSPITAL I ANDAHUAYLAS

AUTORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

YO.....

IDENTIFICADO CON D.N.I. Nº..... CON DOMICILIO EN .....

.....DE ESTA CIUDAD, AUTORIZO PARA QUE MI PERSONA SEA

SOMETIDO(A) A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE:.....

.....

EL DÍA...../...../..... EN EL HOSPITAL, LIBERANDO AL MÉDICO CIRUJANO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUDIERA OCURRIR DURANTE EL ACTO OPERATORIO EN FE DE LO CUAL FIRMO EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

ANDAHUAYLAS, ... DE..... DEL 20.....

.....

FIRMA DEL PACIENTE

6.10.3. El derecho a la información de la salud

En la atención que recibe toda persona debe estar garantizado su derecho a la información de su salud. Esto responde a lo regulado por la Ley de los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414, cuando se reconoce que la persona que padece de una enfermedad tiene derecho a conocer sobre su estado y el tratamiento que recibe;[235] pero además sirve como una estrategia válida para evitar los conflictos que suelen presentarse en los establecimientos de salud. Es por ello, que durante la supervisión a los hospitales a nivel nacional se constató que existieran horarios definidos para que los médicos brinden información sobre el estado de salud de los usuarias y usuarias a sus familiares, y que los mismos se encuentren publicados.

Los resultados de la supervisión defensorial mostraron deficiencias en el proceso de información hacia los familiares, pues el 36.6% de las áreas de hospitalización de los centros quirúrgico visitadas no contaba con horarios definidos para brindar información del estado de salud de las personas usuarias y un significativo 61% no lo tenía publicado.

Aunque existen problemas similares con relación a estos aspectos, se observa mayores deficiencias en los hospitales de los gobiernos regionales seguidos de aquellos que pertenecen a EsSalud, como se puede observar a continuación en la siguiente tabla.

[235] Artículo 15.2 de la Ley de los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud: Toda persona tiene derecho f) «a recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta».

Tabla N° 26
Información en centro quirúrgico

Total/ Dependencia	¿Cuenta con horarios para brindar información?			¿Está publicado?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**100**	**59**	**2**	**35**	**61**	**4**
%	**62.1%**	**36.6%**	**1.2%**	**35%**	**61%**	**4%**
EsSalud	41	17	1	15	23	3
%	69.5%	28.8%	1.70%	36.6%	56.1%	7.3%
Minsa	7	2	0	7	0	0
%	77.8%	22.2%	0%	100%	0%	0%
Diresa	52	40	1	13	38	1
%	55.9%	43%	1.10%	25%	73.1%	1.9%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

La situación descrita es muy similar a la que presentan los centros quirúrgicos. Los resultados de la supervisión muestran deficiencias en los espacios hacia los familiares, pues el 41.6% no cuentan con horarios definidos y el 57.3% no los tiene publicados. En estas deficiencias vuelvan a sobresalir de los hospitales de los gobiernos regionales seguidos de EsSalud. Estas deficiencias alcanzan a algunos hospitales del Minsa.

Tabla N° 27
Información en centro obstétrico

Total/ Dependencia	Área hospitalización de centro obstétrico					
	¿Cuenta con horarios para brindar información?			¿Está publicado?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**96**	**69**	**1**	**23**	**55**	**18**
%	**57.8**	**41.6**	**0.6**	**24**	**57.3**	**18.8**
EsSalud	42	17	0	10	24	8
%	71.2	28.8	0	23.8	57.1	19.0
Minsa	7	2	0	2	3	2
%	77.8	22.2	0	28.6	42.9	28.6
Diresa	47	50	1	11	28	8
%	48	51	1	23.4	59.6	17

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

6.11. Condiciones específicas de atención

6.11.1. Áreas diferenciadas

Como se ha señalado en la primera parte de este documento, la vigencia del derecho a la salud requiere que los Estados implementen medidas para garantizar el elemento de la aceptabilidad de los servicios de salud.[236] Con relación a este elemento, se considera que los servicios de salud son aceptables si se garantiza el derecho a la intimidad y si se tienen en cuenta las necesidades y perspectivas de las personas.

En consideración a ello, y tomando como referencia la Norma de Categorización de los establecimientos de salud,[237] la Defensoría del Pueblo estimó necesario constatar si el área de hospitalización de cirugía de los establecimientos visitados contaban con ambientes diferenciados según edad y sexo, y si las instalaciones sanitarias también se encontraban diferenciadas bajo este último criterio.

En nuestra opinión, ambos aspectos sirven para conocer si el establecimiento cuenta con una suficiente infraestructura que permite garantizar la intimidad y privacidad de todas las personas. Debido a ello, observamos con preocupación que el 18.6% de las áreas de hospitalización de los establecimientos visitados no contaba con áreas diferenciadas entre varones y mujeres, y el 50.3% no contaba con áreas diferenciadas para los menores de edad.

---

[236] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 2000, párrafo 12.

[237] Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA. NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud «Categorías de Establecimientos del Sector Salud».

Tabla N° 28
Hospitalización de cirugía

Total/ Dependencia	¿Cuenta con áreas específicas diferenciadas por sexo?			¿Cuenta con áreas específicas diferenciadas por edad?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**127**	**30**	**4**	**74**	**81**	**6**
%	**78.9%**	**18.6%**	**2.5%**	**46%**	**50.3%**	**3.7%**
EsSalud	42	15	2	21	34	4
%	71.2%	25.4%	3.4%	35.6%	57.6%	6.8%
Minsa	8	1	0	7	2	0
%	88.9%	11.1%	0.0%	77.8%	22.2%	0.0%
Diresa	77	14	2	46	45	2
%	82.8%	15.1%	2.2%	49.5%	48.4%	2.2%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

En lo que concierne a la diferenciación por sexo de las instalaciones sanitarias supervisadas también se evidencian deficiencias pues el 21.7% de las áreas de hospitalización de cirugía visitadas no cuenta con estas instalaciones bajo dichas características.

Tabla N° 29

Total/ Dependencia	¿Las instalaciones sanitarias están diferenciadas por sexo?		
	SI	NO	S/I*
Total	**116**	**35**	**10**
%	**72%**	**21.7%**	**6.2%**
EsSalud	45	11	3
%	76.3%	18.6%	5.1%
Minsa	8	1	0
%	88.9%	11.1%	0.0%
Diresa	63	23	7
%	67.7%	24.7%	7.5%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

En opinión de la Defensoría del Pueblo la falta de disponibilidad de ambientes adecuados, diferenciados de acuerdo a sexo y edad, tiene un impacto en la calidad de los servicios, pero sobre todo no

garantizan la intimidad de las personas usuarias de los servicios de salud. Consideramos que esta situación adquiere mayor gravedad respecto a las mujeres y a los menores de edad.

6.11.2. Lavado de manos y servicios sanitarios

En la supervisión realizada también se consideró necesario verificar si estas áreas (hospitalización de cirugía y centro obstétrico) contaban con los implementos necesarios para garantizar una adecuada atención al contar con insumos para un correcto lavado de manos del personal asistencial, además de las condiciones de servicios sanitarios para las personas internadas.

Al referirnos al lavado de manos se debe precisar que ésta es una técnica eficaz en la lucha contra las infecciones intrahospitalarias (IIH), debido a que las manos del personal sanitario son el principal vehículo de contaminación relacionado incluso con la dispersión de gérmenes multirresistentes; por ello, es indispensable que los hospitales cuenten con las condiciones necesarias (lavamanos, soluciones antisépticas y mecanismos de secado de manos) para resguardar la seguridad y salud de las personas usuarias y del personal sanitario.

Según los criterios de supervisión se visitaron hasta tres ambientes en el área de hospitalización de cirugía. En total 376 ambientes.

Los resultados mostraron que el 11.4% de los ambientes no contaban con lavatorios para que el personal de salud se lave las manos; el 32.7% no contaban con soluciones antisépticas; y el 45.5% no contaban con soluciones antisépticas y papel o mecanismos de secado de manos. Esta debilidad es mayor en los hospitales correspondientes a los gobiernos regionales y a EsSalud como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla N° 30
Hospitalización de cirugía

Total/ Dependencia	¿Cuenta con lavatorio para que el personal de salud se lave las manos?			¿Cuenta con soluciones antisépticas en los lavatorios?			¿Cuenta con papel y/o mecanismos de secado de manos?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**330**	**43**	**3**	**241**	**123**	**12**	**193**	**171**	**12**
%	**87.8%**	**11.4%**	**0.8%**	**64.1%**	**32.7%**	**3.2%**	**51.3%**	**45.5%**	**3.2%**
EsSalud	130	12	3	100	43	2	79	64	2
%	89.7%	8.3%	2.1%	69%	29.7%	1.4%	54.5%	44.1%	1.4%
Minsa	18	3	0	17	4	0	17	4	0
%	85.7%	14.3%	0%	81.0%	19.0%	0%	81.0%	19.0%	0.0%
Diresa	182	28	0	124	76	10	97	103	10
%	86.7%	13.3%	0%	59.0%	36.2%	4.8%	46.2%	49.0%	4.8%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

En la supervisión realizada también se verificaron 392 ambientes de los centros obstétricos de los hospitales visitados. Los resultados muestran que el 6.6% no cuenta con lavamanos; y porcentajes mayores el 21.7% y el 42% carecen de soluciones sépticas y no cuenta con papel toalla u otro mecanismo de secado de manos, respectivamente.

Esta debilidad se distribuye de forma semejante en las tres dependencias; empero, se debe llamar la atención que los resultados muestran que el 26.1% de los ambientes visitados de los hospitales del Minsa no cuentan con lavamanos de acuerdo con las entrevistas sostenidas con el personal médico.

Tabla N° 31
Centro obstétrico

Total/ Dependencia	¿Cuenta con lavatorio para que el personal de salud se lave las manos?		¿Cuenta con soluciones antisépticas en los lavatorios?			¿Cuenta con papel y/o mecanismos de secado de manos?		
	SI	NO	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**366**	**26**	**297**	**85**	**10**	**213**	**167**	**12**
%	**93.4%**	**6.6%**	**75.8%**	**21.7%**	**2.6%**	**54.3%**	**42.0%**	**3.1%**
EsSalud	126	6	105	25	2	83	45	4
%	95.5%	4.5%	79.5%	18.9%	1.5%	62.9%	34.1%	3.0%
Minsa	17	6	15	7	1	11	11	1
%	73.9%	26.1%	65.2%	30.4%	4.3%	47.8%	47.8%	4.3%
Diresa	223	14	177	53	7	119	111	7
%	94.1%	5.9%	74.7%	22.4%	3.0%	50.2%	46.8%	3.0%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Fotografía N° 16
Hospital de Apoyo de Iquitos

Lavatorios para personal de salud en el centro obstétrico
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial del Loreto

Fotografía N° 17
Hospital Regional de Loreto

Lavatorios para para la atención de consulta externa
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial del Loreto

CAPÍTULO VII

SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

La Defensoría del Pueblo ha manifestado, de manera constante, su preocupación por la situación que atraviesan los servicios de emergencia en los hospitales públicos, pues cuando se afecta la oportunidad y la calidad de la atención médica en estos servicios existe una evidente y constante vulneración del derecho a la salud de las personas.[238]

Cuando concurre una dilatada espera de los usuarios y usuarias para recibir una atención de emergencia y las condiciones en las cuales se brinda ésta no son óptimas se genera, además de una afectación al derecho a la salud, un descrédito en los establecimientos sanitarios públicos que alcanza a todo el sistema. Por esta razón, la Defensoría del Pueblo consideró prioritario verificar las condiciones de atención en los servicios de emergencia de los hospitales supervisados y de acuerdo a ello, verificar en qué medida el derecho a la salud de las personas se encuentra garantizado.

Para tal efecto, se tomó como referencia la *Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de los Establecimientos de Salud*[239] mediante la cual se establecen las disposiciones técnicas para la atención de las personas en situación de emergencia; así como la *Norma Técnica Categorías de los Establecimientos del Sector Salud*[240] en la parte pertinente a los hospitales y otras disposiciones particulares.[241]

Cabe recordar en este momento que en el contexto de la supervisión a los servicios de emergencia, en el año 2012, la Defensoría del Pueblo a través de su oficina defensorial de Lima, dio

---

[238] En esa línea, la Defensoría del Pueblo ha emitido los siguientes documentos: Informe Defensorial N° 87, «El derechos a la salud y a la seguridad social: supervisando establecimientos de salud», y el Informe Defensorial N° 105, «El derecho a la salud y a la seguridad social: segunda supervisión nacional».

[239] Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 586-2006/MINSA publicada el 26 de abril de 2006 en *El Peruano*.

[240] Aprobada mediante Resolución Ministerial N°914-2010/MINSA publicada el 20 de Noviembre de 2010 en *El Peruano*.

[241] Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos de salud, Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA y publicada el 14 de julio de 2011 en *El Peruano*.

a conocer los resultados de la supervisión realizada a servicios de emergencia de 31 establecimientos de salud (hospitales como institutos especializados) de EsSalud, Minsa y del Gobierno Regional del Callao. En ese sentido se formularon recomendaciones en atención a los problemas advertidos.[242]

Con esta precisión, se proceden a dar los resultados de la supervisión realizada a los servicios de emergencia.

[242] Entre los principales problemas advertidos se encontró que 29 y 24 establecimientos del total de supervisados tuvieron, respectivamente, que habilitar un mayor número de camas y no contaban de modo suficiente con ambientes para atender la demanda, respectivamente. Además, la mitad (16) reportaron no contar con un número suficiente de recursos humanos y 7 precisaron no contar con especialistas de modo suficiente. Así también, 11 y 12 señalaron no contar con suficientes medicamentos e insumos, y equipamiento médico. Entre los insumos que faltaban destacaban el monitor multiparámetro, el ventilador mecánico, instrumental médico, el Oxímetro de pulso, sensores, tubos endotraqueal resucitador cardiovascular, bombas de infusión, entre otros en los hospitales del Minsa y EsSalud. Además, se advirtió algunas faltas en el funcionamiento permanente (24 horas) de los servicios de laboratorio (1), de rayos x (2) y del ecógrafo (10). De otro lado, también se pudo comprobar que las áreas de observación no contaban con ambientes diferenciados en la mitad de los servicios de emergencia supervisados (15) y 8 no había implementado medidas para evitar el contagio de la Tuberculosis (TB). Debido a ello, la referida oficina formuló recomendaciones orientadas a revertir los problemas encontrados, entre las recomendaciones formuladas, destacan la necesidad de conformar una comisión que pueda dar cuenta de las necesidades de infraestructura, recursos humanos y renovación de equipos médicos que requieran; implementar medidas para el control de la TB; y se optimicen los procedimientos de referencias y contrarreferencias entre establecimientos, entre otras. Los resultados así como las recomendaciones formuladas se encuentran en los Oficios 295 y 296-2012/DP-OD LIMA del 4 de julio de 2012.

Fotografía N° 18
Hospital de Tocache en San Martín

Ingreso al servicio de emergencia durante la huelga del hospital de Tocache
Fotografía tomada por la Módulo Defensorial de Tingo María

7.1. Condiciones para el acceso físico a los servicios de emergencia

En un primer momento, gracias a la observación de los comisionados y comisionadas responsables de la supervisión, se constató si eran visibles las camillas y las sillas para los usuarios y usuarias que lo requerían. Además, se verificó la presencia del flujograma de atención y del aviso que publicita el derecho de toda persona a recibir atención de emergencia en cualquier establecimiento público o privado.

A pesar que la Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de los Establecimientos de Salud referida establece claramente que las camillas como las sillas de ruedas deben permanecer en la entrada del servicio para un traslado rápido del usuario y usuaria que lo

requieran,[243] se pudo comprobar que el 17.4% y el 20.1% de los hospitales visitados no contaba de forma visible en la entrada del servicio con ellas, respectivamente.

Tabla N° 32
Condiciones para el acceso a los servicios de emergencia

Total/ Entidad	¿Son visibles las camillas?			¿Son visibles las sillas de ruedas?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**121**	**26**	**2**	**116**	**30**	**3**
%	**81.2**	**17.4**	**1.3**	**77.9**	**20.1**	**2.0**
EsSalud	43	7	1	39	10	2
%	84.3	13.7	2.0	76.5	19.6	3.9
Minsa	3	0	0	2	1	0
%	100	0.0	0	66.7	33.3	0
Diresa	75	19	1	75	19	1
%	78.9	20.0	1.1	78.9	20.0	1.1

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Al mismo tiempo se pudo verificar que la mayoría de establecimientos visitado; es decir, el 60.9%, no contaba con los flujogramas que faciliten la orientación de los usuarios y usuarias que requieren atención en los servicios de emergencia. Además, un porcentaje mayor, que representa el 64.70%, no mostraba el aviso publicado que garantiza el derecho de toda persona a recibir esta atención de emergencia.

Los datos consolidados muestran, asimismo, que estos problemas son comunes en los establecimientos de todas las entidades aunque con ciertas variables en determinados aspectos. Así por ejemplo, las camillas eran visibles en todos los hospitales del Minsa. Sin embargo, en un porcentaje mayor los establecimientos de salud no contaban con el flujograma de atención. Las cifras totales y según la dependencia se muestran en la siguiente tabla.

[243] MINSA, Norma Técnica de los servicios de emergencia. Disposiciones específicas para la atención del paciente, Del ingreso y admisión: Para un rápido traslado del paciente, las camillas y sillas de ruedas permanecerán en la entrada del servicio o área de emergencia.

Tabla N° 33
Condiciones para el acceso a los servicios de emergencia

Total/ Entidad	¿Se observa con facilidad un flujograma del proceso de atención?			¿Se observa algún aviso sobre el derecho de toda persona a recibir atención de emergencia?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**40**	**92**	**17**	**46**	**96**	**7**
%	**26.8**	**61.7**	**11.4**	**30.9**	**64.4**	**4.7**
EsSalud	15	29	7	19	29	3
%	29.4	56.9	13.7	37.3	56.9	5.9
Minsa	1	2	0	2	1	0
%	33.3	66.7	0.0	66.7	33.3	0.00
Diresa	24	61	10	25	66	4
%	25.3	64.2	10.5	26.3	69.5	4.2

Registro fotográfico N° 19
Servicio de emergencia del Hospital de EsSalud en Ayacucho

Ingreso al servicio de emergencia
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Ayacucho

7.2. Las prácticas de atención en los servicios de emergencia

Con la finalidad de identificar las principales causas del nivel de insatisfacción de las personas, el Minsa aprobó la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos de salud,[244] mediante la cual se pretende establecer una metodología y las herramientas para estandarizar la evaluación de la satisfacción de los usuarios y usuarias en los establecimientos del sector salud.

Asimismo, la referida Norma Técnica de los servicios de emergencia contiene disposiciones a efectos que los servicios de emergencia cuenten con un libro que permite el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes en los servicios de emergencia; se registre cada atención en una historia clínica; y se cuente con las diez guías de los daños o patologías más frecuentes.[245]

Estos aspectos fueron supervisados por la Defensoría del Pueblo en los servicios de emergencia de los hospitales visitados. La revisión de los resultados muestra que el porcentaje de los entrevistados que señalaron no contar con un estudio de medición de satisfacción superaba la mitad (54.4%) y el 41.6 manifestó no haber identificado las tres primeras causas de demora en la prestación del servicio.

Estos problemas son más evidentes en los hospitales supervisados de los gobiernos regionales, seguidos de aquellos que pertenecen a EsSalud. Tal es así, que las ausencias de estudios de medición de satisfacción y de identificación de las causas de demora son mayores en los EE.SS. de los gobiernos regionales con porcentajes superiores al 50%.

Cabe anotar, al respecto, que la situación descrita evidencia una inobservancia de las normatividad del Minsa pero además permite apreciar la falta de gestión de los establecimientos en realizar acciones que posibiliten identificar de forma más clara los problemas en la demora de atención en los servicios de emergencia.

---

[244] Norma Técnica de los servicios de emergencia aprobada mediante Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA del día 14 de julio de 2011.

[245] Norma técnica de emergencia partes pertinentes, Normas y Registros, p. 11.

Tabla N° 34
Prácticas de atención en emergencia

Total/ Entidad	¿Dispone de estudio de medición de satisfacción?			¿Se han identificado las 3 principales causas de demora de atención?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**65**	**81**	**3**	**82**	**62**	**5**
%	**43.6**	**54.4**	**2**	**55.0**	**41.6**	**3.4**
EsSalud	29	20	2	35	14	2
%	56.9	39.2	3.9	68.6	27.5	3.9
Minsa	1	2	0	3	0	0
%	33.3	66.7	0	100	0	0
Diresa	35	59	1	44	48	3
%	36.8	62.1	1.1	46.3	50.5	3.2

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

En aquellos establecimientos donde sí se identificaron las tres principales causas de demora en la atención, se solicitó al personal de salud entrevistado que pueda precisarlas. Las respuestas obtenidas consideraron de manera similar entre los hospitales del Minsa, gobiernos regionales y EsSalud a la falta de recursos humanos, el aumento en la demanda de las personas usuarias y las carencias propias en la infraestructura y del servicio.

Así, una de las explicaciones brindadas es el insuficiente número disponible de médicos para cubrir la mayor demanda por consultas por emergencia, pues el personal disponible es escaso, y los médicos especialistas no están dedicados en forma exclusiva, ya que también son responsables de otras áreas. A ello se debe sumar el aumento de la demanda de atenciones que pueden ser resueltas por consulta externa, pero que al no conseguir citas prefieren acudir al servicio de emergencia para que su dolencia pueda ser atendida oportunamente.

Como una tercera razón que explica la demora en la atención de los servicios de emergencia, el personal médico se refirió a las carencias propias en la infraestructura y del servicio, como el insuficiente número de camas y la falta de oferta de los servicios de pruebas auxiliares (servicios de laboratorio y de radiología). Así también se refirieron a los espacios físicos dedicados para la

atención, los cuales fueron considerados como pequeños e insuficientes para la demanda de atención que se requieren en una sala de emergencias acorde al nivel del establecimiento.

En lo que se refiere a contar con las guías de práctica clínica de las patologías más frecuentes, registrar cada atención en una historia clínica y llevar al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes, los resultados son diversos.

Así, el porcentaje que no cuenta con guías de práctica clínica de las patologías más frecuentes llega al 43%, mientras que el que cuenta registra cada atención en una historia clínica es de apenas 14.1%, y el porcentaje que no lleva al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes es de 18.1%. Aunque se debe resaltar los altos porcentajes correspondientes a los hospitales de los gobiernos regionales.

En nuestra opinión, aquellos hospitales que no realizan estas prácticas no solo incumplen con la normatividad técnica del sector salud, sino que además no cuentan con información relevante de las ocurrencias para la toma de decisiones; con guías que faciliten al personal asistencial el manejo clínico de las emergencias; y garantizar el derecho de las personas usuarias a contar con una historia clínica que además permita facilitar la continuidad de su atención en otros servicios.

Tabla N° 35
Registro en los servicios de emergencia

Total/ Entidad	¿Cuenta con guías de práctica clínica: 5 patologías más frecuentes?			¿Registra cada atención en una HC?			¿Lleva al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**82**	**64**	**3**	**126**	**21**	**2**	**121**	**27**	**1**
%	**55**	**43**	**2**	**84.6**	**14.1**	**1.3**	**81.2**	**18.1**	**0.7**
EsSalud	41	10	0	50	1	0	49	1	1
%	80.4	19.6	0	98	2	0	96.1	2	2
Minsa	3	0	0	2	1	0	3	0	0
%	100	0	0	66.7	33.3	0	100	0	0
Diresa	38	54	3	74	19	2	69	26	0
%	40	56.8	3.2	77.9	20	2.1	72.6	27.4	0

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

7.3 Los recursos humanos en los servicios de emergencia

Si aceptamos la relevancia de los recursos humanos como componentes esenciales que contribuyen a mejorar la salud en la población, es evidente que se debe reconocer una mayor trascendencia de éstos en servicios donde se encuentra en juego la vida y la integridad de las personas, como son los servicios de emergencia.

Es por esta razón que la Norma Técnica para los servicios de emergencia contiene una serie de disposiciones referidas a los recursos humanos. Así, por ejemplo, establece que se debe contar con un número de personal asistencial proporcional al número de camas, que su dedicación sea exclusiva para el servicio y se cuente con personal especializado a través del sistema rotativo de guardias.

De modo similar, la Norma Técnica referida a las categorías de los establecimientos de salud señala que los servicios de emergencia deben contar con médicos generales y con especialistas en medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía, pediatría, anestesiología, además de otros profesionales de la salud y personal técnico de enfermería.[246]

De ahí que uno de los objetivos centrales de la supervisión defensorial a los servicios de emergencia fue verificar si en el momento de la visita se contaba con personal médico, especialistas y no médico, si dicho personal se encontraba a dedicación exclusiva del turno, y si se contaba con el número suficiente de acuerdo a la percepción de la demanda del público usuario del entrevistado.

Personal médico general

Con respecto al profesional médico general se pudieron observar ciertas deficiencias, pues el 12.1% de los servicios supervisados manifestó no contar con él. Además la dedicación exclusiva de estos profesionales para el servicio de emergencia llegaba al 75.4%, lo que significa que alrededor de la quinta de ellos, no cuenta con este profesional de manera exclusiva. A esto se debe agregar que más de la mitad (50.8%) los consideraba como insuficientes. La lectura de los datos por cada entidad supervisada concluye que estos problemas se concentran en los

[246] Norma Técnica de Salud de Categorías de los Establecimientos del Sector Salud. Unidad Productora de Servicios de Salud Emergencia, p. 31

hospitales de los Gobiernos Regionales y alcanzan en menor medida a los de EsSalud, tal como se puede observar a continuación.

Tabla N° 36
Personal médico general en los servicios de emergencia supervisados

Total/ Entidad	¿Cuenta con médicos generales?			¿Están a dedicación exclusiva del turno?			¿Son suficientes?		
	SI	NO	S/I	SI	NO	S/I	SI	NO	S/I
Total	**130**	**18**	**1**	**98**	**29**	**3**	**58**	**66**	**6**
%	**87.2%**	**12.1%**	**0.7%**	**75.4%**	**22.3%**	**2.3%**	**44.6%**	**50.8%**	**4.6%**
EsSalud	48	2	1	44	4	0	21	26	1
%	94.1%	3.9%	2%	91.7%	8.3%	0%	43.8%	54.2%	2.1%
Minsa	1	2	0	1	0	0	1	0	0
%	33.3%	66.7%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Diresa	81	14	0	53	25	3	36	40	5
%	85.3%	14.7%	0%	65.4%	30.9%	3.7%	44.4%	49.4%	6.2%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Personal médico especialista en medicina interna

De igual modo, con relación al personal especialista la supervisión realizada permitió verificar si los hospitales supervisados contaban personal médico especialista en medicina interna. Los datos recabados muestran que el 47.7% no contaba con médicos en esta especialidad; y en los hospitales donde contaban con este especialista el 28.6% no se dedicaba de forma exclusiva al servicio; y un 58.6% los consideraban como insuficientes.

En este punto se debe observar con mayor preocupación la falta de estos especialistas pues de acuerdo a lo dispuesto por la normatividad técnica del sector salud, los servicios de emergencia deben estar dirigidos por ellos.[247] Cabe anotar además que estos problemas son más evidentes en los hospitales que pertenecen a los gobiernos regionales seguidos de aquellos que pertenecen a EsSalud, como se observa en la siguiente tabla.

[247] Norma Técnica de Salud de Categorías de los Establecimientos del Sector Salud. Unidad Productora de los Servicios de Salud Emergencia, p. 31

Tabla N° 37
Médicos especialistas en medicina interna

Entidad	¿Cuenta con medicina interna?			¿Están a dedicación exclusiva del turno?			¿Son suficientes?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**67**	**71**	**11**	**46**	**20**	**4**	**26**	**41**	**3**
%	**45.0%**	**47.7%**	**7.4%**	**65.7%**	**28.6%**	**5.7%**	**37.1%**	**58.6%**	**4.3%**
EsSalud	22	21	8	18	4	2	9	14	1
%	43.1%	41.2%	15.7%	75.0%	16.7%	8.3%	37.5%	58.3%	4.2%
Minsa	3	0	0	3	0	0	2	1	0
%	100%	0%	0%	100%	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%
Diresa	42	50	3	25	16	2	15	26	2
%	44.2%	52.6%	3.2%	58.1%	37.2%	4.7%	34.9%	60.5%	4.7%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

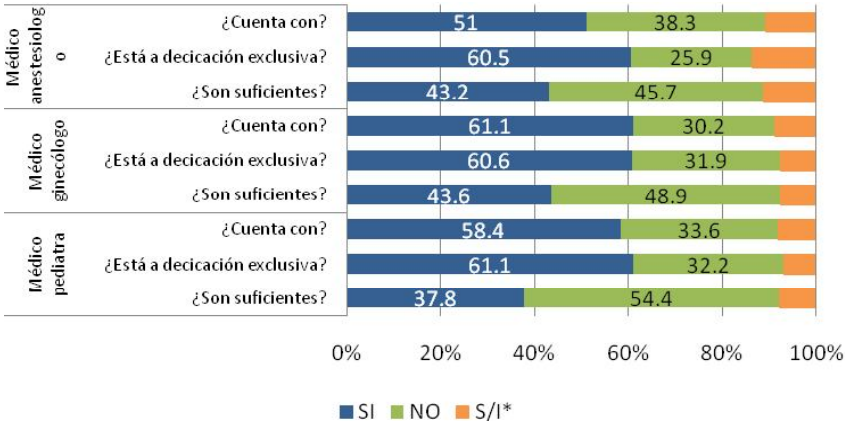
Personal médico de otras especialidades

Con relación a las otras especialidades contempladas en la Norma Técnica de los Servicios de Emergencia, se pudo verificar que los niveles de disponibilidad apenas llegaban en promedio alrededor del 56%. En efecto, el 33.6% de los hospitales supervisados no contaba con pediatras, el 30.2% con ginecólogos y el 38.3% contaba con anestesiólogos.

Estos datos además evidencian que los porcentajes de exclusividad se encuentran alrededor del 61%, información que resulta preocupante más aun cuando los porcentajes de los establecimientos que consideran a los profesionales como suficientes no llegan a superar el 45% en cualquiera de las especialidades, tal como puede apreciarse en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 12

Disponibilidad de recursos humanos: otras especialidades (%)



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

* Sin información

Al momento de analizar la información según cada dependencia, se observa que los hospitales del Ministerio de Salud no presentaron mayores inconvenientes con estas especialidades salvo en lo referido al personal anestesiólogo que no se encuentra exclusivamente en el servicio o es considerado insuficiente. Por contraste, esta falta de disponibilidad de recursos humanos se suele concentrar en los hospitales de los gobiernos regionales seguidos de aquellos que pertenecen a EsSalud como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla N° 38
Disponibilidad de recursos humanos:
otras especialidades según dependencia

Área		EsSalud			Minsa			Diresa		
		SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Pediatra	¿Cuenta con el profesional?	26	18	7	3	0	0	58	32	5
		51.%	35.3%	13.7%	100%	0%	0%	61.1%	33.7%	5.3%
	¿Está a dedicación exclusiva del turno?	22	3	3	3	0	0	30	26	3
		78.6%	10.7%	10.7%	100%	0%	0%	50.8%	44.1%	5.1%
	¿Son suficientes?	9	17	2	3	0	0	22	32	5
		32.1%	60.7%	7.1%	100%	0%	0%	37.3	54.2%	8.5%
Ginecólogo	¿Cuenta con el profesional?	25	19	7	3	0	0	63	26	6
		49%	37.3%	13.7%	100%	0%	0%	66.3%	27.4%	6.3%
	¿Está a dedicación exclusiva del turno?	19	4	4	3	0	0	35	26	3
		70.4%	14.8%	14.8%	100%	0%	0%	54.7%	40.6%	4.7%
	¿Son suficientes?	12	13	2	3	0	0	26	33	5
		44.4%	48.1%	7.4%	100%	0%	0%	40.6%	51.6%	7.8%
Anestesiólogo	¿Cuenta con anestesiólogo?	25	18	8	3	0	0	48	39	8
		49%	35.3%	15.7%	100%	0%	0%	50.5%	41.1%	8.4%
	¿Está a dedicación exclusiva del turno?	18	4	6	1	2	0	30	15	5
		64.3%	14.3%	21.4%	33.3%	66.7%	0%	60%	30%	10.00%
	¿Son suficientes'	10	14	4	2	1	0	23	22	5
		35.7%	50%	14.3%	66.7%	33.3%	0%	46%	44%	10%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Personal no médico: personal de enfermería y obstetrices

Por lo que se refiere al personal no médico, la supervisión defensorial también verificó si los servicios de emergencia contaban con personal no médico (enfermeras y obstetrices) si éste se encontraba a dedicación exclusiva del turno; y si eran suficientes.

La información recabada evidencia que la mayoría de establecimientos supervisados no presenta graves dificultades con el

personal de enfermería; ya que el 90.6% contaba con él aunque debe llamarse la atención que el 5.4% (8) no cuente con este personal en este vital servicio. De igual forma aun cuando existe un mayor porcentaje de establecimientos visitados que cuenta con este personal de forma exclusiva (85.9%), no puede soslayarse que el 11.9% (16) no cuenta con él bajo esa característica y que solo la tercera parte lo considera como suficiente frente al 60.7% que lo considera como insuficiente.

La lectura de la información según la entidad supervisada muestra nuevamente que los problemas están en cierta forma concentrados en los gobiernos regionales seguidos de aquellos de EsSalud, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla N° 39
Personal no médico

Total/ Entidad	¿Cuenta con enfermeras?			¿Están a dedicación exclusiva del turno?			¿Son suficientes?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**135**	**8**	**6**	**116**	**16**	**3**	**45**	**82**	**8**
%	**90.6%**	**5.4%**	**4.0%**	**85.9%**	**11.9%**	**2.2%**	**33.3%**	**60.7%**	**5.9%**
EsSalud	46	1	4	43	2	1	16	27	3
%	90.2%	2.0%	7.8%	93.5%	4.3%	2.2%	34.8%	58.7%	6.5%
Minsa	3	0	0	3	0	0	1	2	0
%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	33.3%	66.7%	0%
Diresa	86	7	2	70	14	2	28	53	5
%	90.5%	7.4%	2.1%	81.4%	16.3%	2.3%	32.6%	61.6%	5.8%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Al analizar la información referida al personal obstetra la situación fue diferente, pues solo el 60.4% de los hospitales supervisados contaba con este personal y apenas el 49.57% lo consideraba suficiente para atender la demanda del servicio. Nuevamente, es necesario recalcar que los datos muestran problemas más graves en los establecimientos dependientes de los gobiernos regionales donde la falta de personal como su no exclusividad supera el promedio nacional.

Tabla N° 40
Personal obstetra

Total/ Entidad	¿Cuenta con obstetrices?			¿Son suficientes?		
	SI	NO	S/I	SI	NO	S/I
Total	**90**	**48**	**11**	**45**	**34**	**12**
%	**60.4%**	**32.2%**	**7.4%**	**49.5%**	**37.4%**	**13.2%**
EsSalud	22	23	6	15	5	3
%	43.1%	45.10%	11.8%	65.2%	21.7%	13.0%
Minsa	3	0	0	3	0	0
%	100.0%	0.00%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
Diresa	65	25	5	27	29	9
%	68.4%	26.30%	5.3%	41.5%	44.6%	13.8%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

7.4. Equipamiento básico

Con la finalidad de verificar una adecuada atención en los servicios de emergencia supervisados, se indagó con el personal entrevistado si contaban con el equipo biomédico suficiente. De acuerdo a ello, se pudo conocer que más de la mitad, es decir, el 52.3% de los servicios supervisados consideró que no contaba con el equipamiento requerido para atender las emergencias en los hospitales supervisados. Esta situación resulta sumamente preocupante en áreas donde se encuentra en riesgo la vida y la integridad de las personas.

Tabla N° 41

Total/ Entidad	¿El servicio de emergencia cuenta con el equipo biomédico suficiente?		
	SI	NO	S/I*
Total	**70**	**78**	**1**
%	**47.0%**	**52.3%**	**.7%**
EsSalud	29	21	1
%	56.9%	41.2%	2.0%
Minsa	3	0	0
%	100.0%	.0%	.0%
Diresa	38	57	0
%	40.0%	60.0%	.0%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

* Sin información

Al momento de precisarnos los equipos o insumos requeridos, el personal médico entrevistado se refirió de forma específica a aquellos destinados para las atenciones de problemas respiratorios, las atenciones de cirugías, las atenciones de emergencia, de neonatología y otros.

En los equipos e insumos requeridos para la atención de problemas respiratorios se especificó a los aspiradores de secreciones, el Ambú, los balones de oxígeno y accesorios, las cánulas binasales para niños y adultos, los equipos AGA portátil, los equipos de aspiración, los equipos de diagnóstico neumológico, los equipos de rayos x y rayos x portátil, los equipo de nebulización, los equipos de medición de electrolitos, los humidificadores para oxigenación, los manómetros de oxígeno, las máscaras de venture, las máscaras de oxígeno, las mascarillas, los nebulizadores, los negatoscopios, los oxígeno empotrado, los oxímetros, los pulsiómetros,los respiradores, el sensor de oximetros, las sondas de aspiración, los tubos endotraqueal e intraqueal y los ventiladores.

En los equipos e insumos para la atención de cirugías se especificó al catéter venoso central, los coches de curaciones, los equipos de cirugía menor, los equipos de lavado gástrico, los equipos de sutura, los equipo electrocauterio, los equipos de curación, los esterilizadores, las férulas, los guantes, el instrumental quirúrgico, las lámparas cialíticas, los material de bioseguridad, el material de sutura y las pinzas.

En los equipos e insumos para la atención de emergencia se especificó a las bombas de infusión, los coches de paro cardiorespiratorio y sus medicamentos, collarines, desfibriladores, electrocardiógrafos, electrocardiogramas, equipos de electroshock, equipo de intubación, equipos de monitoreo de funciones vitales y monitores multiparámetro, equipos de reanimación pulmonar, equipos médicos, laringoscopios, máquinas ERG, material de intubación para adulto y niño, pantoscopios, papel para electrograma, respiradores, resucitadores, silla de ruedas y soporte de venoclisis.

En los equipos e insumos para la atención de neonatología se especificó a las incubadoras, las lámparas para fototerapias, y la cuna radiante. En otros a las gasas, glucómetros, mobiliario en general, balanzas, camillas, catéteres endovenosas, ecógrafos y

ecógrafos doppler, equipamiento básico, tensiómetros, y ropa de cama para las persona usuarias y para el personal de salud

7.5. Infraestructura básica, ambientes diferenciados y suficientes

De acuerdo a lo señalado en la normatividad técnica sanitaria (servicios de emergencia y categorías de los EE.SS.), los servicios de emergencia de los hospitales deben contar con determinadas áreas diferenciadas y específicas de atención y con determinadas características.[248] Se establece así que estos servicios además de ubicarse en el primer piso deben contar, por su propia naturaleza, con las áreas de triaje, admisión, así como tópicos de medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía, y las áreas de observación deben contar con ambientes diferenciados según sexo.[249]

En ese sentido, la supervisión también estuvo orientada a verificar la existencia de estas áreas en los servicios de emergencia de los hospitales visitados. La información recabada nos permite afirmar que alrededor de la cuarta parte de los establecimientos presenta alguna dificultad por la ausencia de estas áreas.

Es así que el 76.5% de los hospitales supervisados cuenta con el área de triaje; el 80.5% cuenta con el área de admisión; el 66.4% con el área de medicina interna; el 63.8% con el área de pediatría; el 64.4% con el área de ginecología y obstetricia; y 63.8% con el área de cirugía.

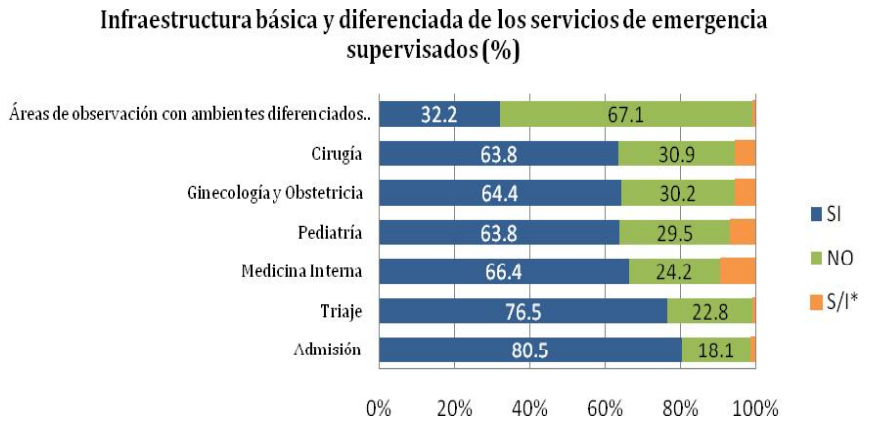
De otro lado, estas cifras denotan menor preocupación en la disponibilidad de ambientes diferenciados por sexo, pues solo el 32.2% de los servicios de emergencia supervisados cumplían con estas características. Esta situación, en particular, no permite garantizar plenamente la privacidad e intimidad de las personas que acuden por una atención a un establecimiento de salud público.

---

[248] Norma Técnica de los servicios de emergencia del sector salud, De la Infraestructura, p. 12.

[249] Norma Técnica de Salud de Categorías de los Establecimientos del Sector Salud. Unidad Productora de Servicios de Salud Emergencia, p. 31.

Gráfico N° 13



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Los datos diferenciados por entidad permiten apreciar mayores problemas en los hospitales de los gobiernos regionales; por su parte los hospitales de EsSalud también presentan serias dificultades, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla N° 42
Infraestructura básica y diferencia en los servicios según dependencia

Área	EsSalud			Minsa			Diresa		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
¿Cuenta con triaje?	43	7	1	3	0	0	68	27	0
	84.3%	13.7 %	2.0%	10%	0.0%	0.0%	71.6 %	28.4%	0.0%
¿Cuenta con admisión?	49	2	0	3	0	0	68	25	2
	96.1%	3.9%	0.0%	10%	0.0%	0.0%	71.6 %	26.3%	2.1%
¿Cuenta con medicina interna?	32	13	6	2	0	1	65	23	7
	62.7%	25.5 %	11.8 %	66.7 %	0.0%	33.3 %	68.4 %	24.2%	7.4%
¿Cuenta con pediatría?	31	16	4	3	0	0	61	28	6
	60.8%	31.4 %	7.8%	100 %	0.0%	0.0%	64.2 %	29.5%	6.3%

¿Cuenta con ginecología y obstetricia?	28	19	4	3	0	0	65	26	4
	54.9%	37.3 %	7.8%	100 %	0.0%	0.0%	68.4 %	27.4%	4.2%
¿Cuenta con cirugía?	28	19	4	3	0	0	64	27	4
	54.9%	37.3 %	7.8%	100 %	0.0%	0.0%	67.4 %	28.4%	4.2%
¿Las áreas de observación cuentan con ambientes diferenciados por sexo?	13	38	0	2	1	0	33	61	1
	25.5%	74.5 %	0.0%	66.7 %	33.3 0	0.0%	34.7 %	64.2%	1.1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

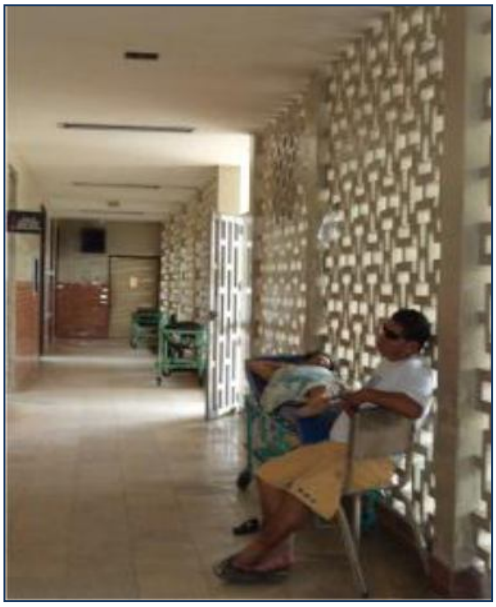
En consonancia con la situación descrita, en la supervisión realizada se indagó si se contaba con ambientes suficientes para atender la demanda en los servicios de emergencia. Los resultados obtenidos evidencian deficiencias en este aspecto, un significativo 65.8% consideró los ambientes como insuficientes, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla N° 43

Total/ Entidad	¿Los ambientes son suficientes para atender la demanda?		
	SI	NO	S/I*
Total	**49**	**98**	**2**
%	**32.9%**	**65.8%**	**1.3%**
EsSalud	20	30	1
%	39.2%	58.8%	2%
Minsa	1	2	0
%	33.3%	66.7%	0%
Diresa	28	66	1
%	29.5%	69.5%	1.1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Fotografía N° 20
Servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto



Usuaria recibiendo suero en camilla en el pasillo de emergencia
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Loreto

7.6. Funcionamiento de los servicios de apoyo

Con el objeto de garantizar la óptima y continua atención de las situaciones de emergencia, la normatividad técnica del Minsa establece que los establecimientos deben contar con determinados recursos de forma permanente, a través del apoyo de las unidades de laboratorio e imágenes durante las 24 horas[250] u otras unidades.

En este contexto, la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo estuvo orientada a verificar si en los servicios de emergencia visitados se encontraba en funcionamiento durante las 24 horas, los servicios de laboratorio; de farmacia; el servicio de diagnóstico por imágenes (Rayos X); el banco de sangre; y si se encontraba habilitado en el mismo horario el centro quirúrgico.

[250] Norma Técnica de los servicios de emergencia del sector salud, De los servicios de apoyo, p. 16

Los resultados muestran que alrededor del 29% de los hospitales visitados tienen un problema con el funcionamiento permanente de estos servicios y la habilitación del centro quirúrgico. En efecto, más de la cuarta parte de los hospitales supervisados (27.5%) no contaban con el servicio de laboratorio de forma permanente; el 19.5% no contaba con el servicio de farmacia; el 40.9% no contaba con el servicio de diagnóstico por imágenes (Rayos X); y el 57.7 con el Servicio de diagnóstico por imágenes las 24 horas (Ecógrafo).

Tabla N° 44
Funcionamiento permanente de unidades en los servicios de emergencia

Total/	¿Laboratorio en funcionamiento las 24h?			¿Farmacia en funcionamiento las 24h?			¿Servicio de diagnóstico por imágenes las 24 horas (Rayos X)?			¿Servicio de diagnóstico por imágenes las 24 horas (Ecógrafo)?		
Entidad	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**107**	**41**	**1**	**118**	**29**	**2**	**86**	**61**	**2**	**61**	**86**	**2**
%	**71.8**	**27.5**	**0.7**	**79.2**	**19.5**	**1.3**	**57.7**	**40.9**	**1.3**	**40.9%**	**57.7%**	**1.3%**
EsSalud	34	16	1	33	17	1	36	14	1	22	28	1
%	66.7	31.4	2	64.7	33.3	2	70.6	27.5	2	43.1%	54.9%	2%
Minsa	3	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	0
%	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100%	0%	0%
Diresa	70	25	0	82	12	1	47	47	10	36	58	1
%	73.7	26.3	0	86.3	12.6	1.1	49.5	49.5	1.1	37.90%	61.1%	1.1%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Adicionalmente, la supervisión defensorial pudo comprobar que en el 24.2% de los hospitales 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.

Tabla N° 45

Total/ Entidad	¿Banco de Sangre en funcionamiento las 24h?			¿Centro quirúrgico habilitado las 24 h?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**63**	**81**	**5**	**110**	**36**	**3**
%	**42.3**	**54.4**	**3.4**	**73.8**	**24.2**	**2.0**
EsSalud	23	26	2	37	12	2
%	45.1	51.0	3.9	72.5	23.5	3.9
Minsa	2	1	0	3	0	0
%	66.7	33.3	0	100	0	0
Diresa	38	54	3	70	24	1
%	40	56.8	3.2	73.7	25.3	1.1

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Con relación al funcionamiento permanente de las unidades en los servicios de emergencia se pudo conocer de forma específica que en algunos establecimientos se cubre a través de retenes. Así en el Hospital II Ilo del GR de Moquegua, en el Hospital Román Egoavil Pando del GR de Pasco y en el Hospital de EsSalud en Huariaca - Pasco los servicios de diagnóstico de imágenes está de forma permanente pero en las noches se coordina a través de retenes, y en Hospital de Apoyo Jesús Nazareno del GR de Ayacucho el centro quirúrgico se encuentra habilitado las 24 horas pero cuando los especialistas están de turno.

En este aspecto, debe llamarse la atención que la falta de funcionamiento del servicio de laboratorio, del servicio de diagnóstico por imágenes y del servicio de farmacia desnaturaliza el servicio de emergencia, caracterizado precisamente por el funcionamiento permanente de áreas básicas durante las 24 horas del día. A ello, debe sumarse la falta de habilitación permanente de los centros quirúrgicos y de no contar con bancos de sangre.

7.7. Coordinación y transporte para traslado de las personas

La Norma Técnica de los servicios de emergencia señala que los establecimientos de salud deben contar con un sistema para el traslado de usuarios y usuarias así como de servicios de comunicación telefónica y radial. Ambos aspectos permiten garantizar la continuidad de las personas mediante su traslado así como facilita la coordinación necesaria entre los EE.SS.

En la supervisión realizada se verificó ambos aspectos. Los resultados de la supervisión defensorial muestran que la mayoría (89.3%) de hospitales visitados cuentan con ambulancia propia. No obstante este dato, no deja de llamar la atención la carencia de este medio de transporte en el 10.1% (15) de hospitales, más aún cuando esta carencia se concentra en los hospitales de las Diresas (13).

Con relación a las ambulancias se pudo conocer de manera específica que en el Hospital Regional del GR de Moquegua son vehículos adaptados (combis) que no reúnen las condiciones para trasladar a las personas usuarias, en el Hospital de Apoyo Cangallo del GR de Ayacucho las dos ambulancias para emergencia constantemente se malogran, en el Hospital Regional Honorio Delgado del GR de Arequipa las ambulancias son insuficientes; en el Hospital Román Egoavil Pando del GR de Pasco solo cuenta con una ambulancia operativa; en el Hospital Regional del GR de Ayacucho no cuenta con ambulancia para el servicio de emergencia sino de todo el hospital, y en el Hospital de Tocache del GR de Huánuco la ambulancia no contaba con la documentación necesaria para su uso.

Tabla N° 46

Total/ Entidad	¿Cuentan con ambulancia propia?		
	SI	NO	S/I*
Total	**133**	**15**	**1**
%	**89.3%**	**10.1%**	**0.7%**
EsSalud	48	2	1
%	94.1%	3.9%	2.00%
Minsa	3	0	0
%	100%	0%	0%
Diresa	82	13	0
%	86.3%	13.7%	0%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

De otro lado, cabe anotar que un porcentaje importante de los servicios de emergencia supervisados (83.2%) cuenta con un servicio de comunicaciones a través del uso de la telefonía, aunque igual es necesario llamar la atención del 13.4% (20) restante que no cuenta con él. Además, es necesario que estos datos sean evaluados de forma conjunta con la falta de radio que es significativamente mayor, pues el 66.4% de servicios visitados no cuenta con él. En particular, la falta de este medio de comunicación llama la atención, pues sirve como un sistema alterno que permite la comunicación, precisamente cuando la línea telefónica no funcione o se encuentre interrumpida, por ejemplo en situaciones de desastres.

Tabla N° 47
Comunicación en los servicios de emergencia

Total/ Entidad	¿Cuenta con teléfono de emergencia?			¿Cuenta con servicio de radio?		
	SI	NO	S/I*	SI	NO	S/I*
Total	**124**	**20**	**5**	**42**	**99**	**8**
%	**83.2%**	**13.4%**	**3.4%**	**28.2%**	**66.4%**	**5.4%**
EsSalud	49	2	0	5	43	3
%	96.1%	3.9%	0%	9.8%	84.3%	5.9%
Minsa	3	0	0	2	1	0
%	100%	0%	0%	66.7%	33.3%	0%
Diresa	72	18	5	35	55	5
%	75.8%	18.9%	5.3%	36.8%	57.9%	5.3%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

CAPÍTULO VIII

LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PERSONA USUARIA

Como se ha tenido la oportunidad de señalar la dimensión de la calidad percibida desde la perspectiva del usuario y usuaria, ha cobrado mayor interés, pues se la reconoce como un factor que afecta y modula notablemente a la calidad técnica. Esta dimensión percibida por el usuario y usuaria suele comprender la percepción del trato hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, gestión administrativa, continuidad de los cuidados entre los niveles de atención.[251]

En ese contexto, la Defensoría del Pueblo consideró importante desplegar esfuerzos para poder tener un alcance de las apreciaciones que tienen las personas sobre la atención y las dificultades que enfrentan en los EE.SS. Para tal efecto, se realizaron entrevistas a los usuarios y usuarias en los hospitales supervisados en las cuales se formularon preguntas abiertas referidas a su condición, si consideraron que el establecimiento resolvió su problema de salud, su percepción sobre la atención, la información y el trato que recibieron del personal de salud, el tiempo que demoró su atención desde que ingresaron al establecimiento y si encontraron los medicamentos recetados.

Dado que el propósito fue entrevistar a las personas que se encontraban en los hospitales supervisados, el número de entrevistas varía entre uno y otro establecimiento; no obstante ello, tomando en consideración la calidad de las preguntas así como la diversidad de lugares donde fue posible aplicarlas, consideramos que cumplen el objetivo de conocer la percepción de la calidad que tienen los usuarios y usuarias.

En total fue posible realizar 674 entrevistas: 426 (Ficha N° 6A) para usuarios y usuarias de los hospitales del Minsa y de los gobiernos regionales; y 248 (Ficha N° 6B) para aquellas personas que

---

[251] 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, vol.8, N° 1-2, pp. 93-98. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700012 Consultada el 14 de enero de 2013.

concurren a los hospitales de EsSalud. Los resultados se brindan de manera diferenciada de acuerdo a cada ficha aplicada.

Fotografía N° 21
Hospital José Augurto Tello del Minsa, Chosica

Usuarias y usuarios en espera de atención
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Lima Este

Fotografía N° 22
Hospital Regional de Tacna

Usuarias y usuarios en espera de atención
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial del Tacna

8.1. Resultados de las entrevistas obtenidas en los hospitales del Minsa y gobiernos regionales

8.1.1. La condición de la persona atendida

Uno de los propósitos de la política del aseguramiento universal es que toda persona cuente con un seguro de salud. De ahí que la entrevista realizada haya tenido como intención conocer si las personas usuarias que acuden a los hospitales del Minsa y de los gobiernos regionales, son afiliados al SIS y en caso contrario, las razones por las cuales no tienen esta condición.

De este modo se pudo conocer que en promedio tres de cada diez personas que reciben atención en los hospitales del Minsa y de las Diresas no cuentan con la condición de afiliados al SIS. Si bien es posible realizar una lectura positiva respecto a ello, no se puede dejar de lado el porcentaje de personas que no tienen esa condición y por ello deban afrontar directamente los gastos.

Tabla N° 48

¿Usted, se encuentra afiliado o asegurado al Seguro Integral de Salud – SIS?		
SI	290	68.1%
NO	136	31.9%
Total	426	100%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Al indagar el motivo por el cual no se encontraban afiliadas, el 81.6% de las personas precisó los motivos. En un mayor porcentaje, el 43.2%, manifestó que la causa estuvo relacionada a la falta de información o de interés en la afiliación al SIS. Así, las personas entrevistadas señalaron desconocer este seguro, sus coberturas o no han accedido a la propaganda referida a él pues consideran que no existe suficiente difusión.

En algunos casos se percibe que los usuarios y usuarias no se han interesado en solicitar su afiliación pues creen que el SIS no

cubre la enfermedad o especialidad que requieren o se les exigiría requisitos que ellos no cumplirían; además, porque acuden pocas veces al establecimiento por un problema específico. Así también se han identificado respuestas que sugieren que las personas creen que por haber tenido un seguro en EsSalud no pueden afiliarse al SIS.

La segunda causa identificada con el 22.5% está vinculada a que los usuarios y usuarias cuentan con un seguro de salud, particularmente de EsSalud, sea en la condición de titular o derechohabiente. Si bien la mayoría de respuestas no precisaron el motivo por el cual acuden a un establecimiento del Minsa o de las gobiernos regionales a pesar de contar con este seguro, es posible deducir que ello responde a la falta de oferta de los servicios en EsSalud.

En un 15.3% se identificaron a las barreras administrativas vinculadas al proceso de afiliación. Así, las personas entrevistadas precisaron que sus inscripciones fueron observadas sin precisar las razones, algunas de ellas señalaron que perdieron la condición de afiliadas por tener un préstamo o crédito en el sistema financiero o no pudieron presentar los documentos solicitados, otras manifestaron que no cuentan con la evaluación socio económica necesaria.

La última causa identificada son los problemas referidos a la obtención o falta del DNI (7.21%), en este aspecto, varias de las personas entrevistadas manifestaron tener este problema vinculado especialmente a la situación de sus menores hijos, pues no habían tramitado el DNI o no tenían partida de nacimiento pues no estaban inscritos en el Reniec.

Tabla N° 49
Razones por las cuales no se encuentra afiliada al SIS

	Falta de información o desinterés	Cuenta con otro seguro de salud	Problemas relacionados a la afiliación	Problemas relacionados al DNI	Otros
N°	48	25	17	8	13
(%)	43.24	22.52	15.32	7.21	11.71

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

«Porque la atención que brindan no es buena, y tiene posibilidades de tener atención [como] particular» (usuario del servicio de emergencia del Hospital San Martín de Pangoa, Junín).

«Es derechohabiente en EsSalud, pero en Aplao no hay especialista en EsSalud» (usuaria del Hospital de Aplao, Arequipa).

«La asistenta social le informó que el trámite tiene una duración de cuatro meses» (usuaria del Hospital II Ilo, Moquegua).

«Su hijo no está inscrito en Reniec» (usuaria del Hospital de Iquitos César Garayar García, Loreto).

8.1.2. Las dificultades en la atención recibida

Al indagar con las personas entrevistadas si se presentaron dificultades para su atención en los hospitales del Minsa y de las Diresas se pudo comprobar que alrededor de tres de cada diez personas, señaló haber enfrentado alguna dificultad para su atención. Así, el 32.86% se manifestó en ese sentido. Al analizar estas cifras se pudieron encontrar respuestas diversas, el grueso de entrevistados/as manifestó como principal problema la demora o las colas para obtener una atención médica en los hospitales visitados. Además, se refirieron a la ausencia del personal médico o a la falta de un número suficiente de profesionales, los problemas administrativos relacionados con las historias clínicas, problemas con el SIS, la falta de medicamentos, el trato inadecuado y los problemas en la falta de información asistencial como administrativa.

Tabla N° 50

¿Tuvo dificultades para que lo(a) atendieran?		
SI	140	32.9%
NO	286	67.1%
Total	426	100%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

> «Si tienes dinero te atienden, si eres SIS no te atienden» (Hospital Daniel Alcides Carrión, Pasco).
>
> «El trámite del SIS demora y la atención en consultorio ha demorado dos días» (Hospital Manuel Núñez Butrón, Puno).
>
> «[L]os médicos y el personal estaba ocupado comiendo» (Hospital Guillermo Díaz de la Vega).
>
> «No recibe una atención inmediata se encuentra desde 8:00 a.m. y está programada para cesárea, pero siendo 11:50 a.m. aún se encuentra en pasillo». (Hospital de Apoyo Sullana, Piura).

8.1.3. La valoración de la eficacia de la atención recibida

Al indagar sobre la percepción de la persona usuaria con referencia a la solución del problema de salud por el cual acudió al hospital, se observó que aproximadamente dos de cada diez entrevistados sentía que no lo habían resuelto. Al realizar un análisis de las respuestas del porqué los entrevistados consideraron resuelto su problema de salud, se puede apreciar que la mayoría de las personas entrevistadas lo consideraron así porque confiaron en el tratamiento indicado por el médico o sintieron una mejoría luego de recibir la atención.

De otro lado, se pudo apreciar que algunos usuarios y usuarias valoraron aspectos fuera de la atención médica que contribuyeron a solucionar su problema de salud. Así, apreciaron la rapidez o la oportunidad de la atención, la información que recibieron, y, en menor medida, si pudieron encontrar los medicamentos en el hospital.

Aquellas personas usuarias que consideraron como no resuelto su problema de salud señalaron en que aún presentan la dolencia, siguen con el tratamiento o no fueron atendidos en las especialidades que ellos demandaban. Adicionalmente, consideraron otros aspectos como por ejemplo, la demora en la atención, la falta de información, el trato inadecuado, la falta de camas, problemas de tipo administrativo relacionados al SIS, inconvenientes en caja, problemas con los medicamentos, o porque no se respetaba el orden de llegada.

Tabla N° 51

¿Siente que el establecimiento resolvió su problema de salud?		
SI	330	77.4%
NO	96	22.5%
Total	426	100%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

8.1.4. La valoración de la atención médica recibida

La entrevista a las personas usuarias de los hospitales visitados también estuvo orientada a conocer la calificación sobre la atención médica que recibieron en el establecimiento. Por ello, se preguntó a las personas entrevistadas cómo consideran la atención recibida: muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

El examen de los datos recabados muestran que en su mayoría los entrevistados/as consideraron la atención médica recibida como buena 51.2% y el 11.3% como muy buena; el 5.4% y el 0.2% la consideraron como mala o muy mala, respectivamente. Llama la atención que la más de la tercera parte de los entrevistados (31.2%) valoraron la atención médica recibida como regular.

La revisión de las respuestas que valoraron la atención como buena y muy buena nos permite apreciar la confianza que existe respecto del profesional médico, pues estuvieron relacionadas a la mejoría del estado de salud y a las indicaciones del tratamiento (medicinas) luego de la atención recibida.

El porcentaje de usuarios y usuarias que calificaron la atención como mala o muy mala se refirieron también a la demora en la atención además de situaciones de trato inadecuado por parte del personal administrativo y asistencial. En este punto, el término "mal trato" fue asociado con desinformación, el tono alto de la voz, la percepción de desidia en la atención y la no realización de una buena revisión médica.

Por su parte, aquellas personas que calificaron la atención como regular explicaron que existía demora y lentitud en la atención, en algunos casos manifestaron la existencia de preferencias o un trato diferenciado en la atención por parte del personal de salud. Dentro

de este grupo de personas, un porcentaje manifestó estar a disgusto con la forma de atención del personal médico ya sea por la rapidez en que fueron atendidos, o por no brindarle un trato cálido hacia el usuario o por explicarles rápidamente el diagnóstico médico o procedimiento realizado.

Tabla N° 52

	¿Cómo fue la atención médica que recibió?					
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	S/I*
N°	48	218	133	23	1	3
%	11.3%	51.2%	31.2%	5.4%	0.2%	0.7%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

«Porque el personal asistencial no estaba pendiente de las necesidades de su padre (paciente) como cambiar el suero, etc.» (Hospital de Apoyo de Sullana, Tumbes).

«Primero lo atendieron practicantes y los médicos no llegaban» (Hospital II - 1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes).

«Porque el trato no es amable y hacen esperar» (Hospital Goyeneche, Arequipa).

«No se encontraba el especialista para que le diera el resultado» (Hospital César Garayar García, Iquitos).

«Porque las enfermeras no hacían caso y tuvo que levantarse solo a desplazarse a los servicios higiénicos» (Hospital de Apoyo de Celendín, Cajamarca).

8.1.5. La valoración de la información del personal de salud

Al momento de entrevistar a las personas usuarias también se indagó sobre la valoración de información que recibieron del personal de salud. Los resultados mostraron que la mayoría de entrevistados la valoró como buena en un 53.3% y muy buena 6.8%; y en menor medida las calificaciones fueron como mala y muy mala fueron de 7.7% y 1.6%, respectivamente. Por su parte aquellas personas que consideraron la atención como regular representaron casi la tercera parte del total, 29.3%.

Las personas entrevistadas que consideraron la información recibida como buena y muy buena señalaron que la misma fue adecuada, clara y acorde a lo que necesitaban para solucionar su problema de salud; además porque el personal de salud les permitió preguntar sobre las inquietudes o las dudas que tenían. Por su parte, aquellas que consideraron que la información fue mala o muy mala, la calificaron nula, insuficiente o confusa pues no se comprendió por los términos utilizados, en algunos casos existen percepciones relacionadas a la falta de paciencia o de interés del personal de salud para dar información.

En aquellos casos que consideraron como regular la información recibida en la atención, manifestaron que la misma no fue clara pues no comprendieron los términos médicos utilizados por el personal de salud. Además, manifestaron que el personal no tiene paciencia para explicarles, no tienen el tiempo, no saben cómo hacerlo, o no resuelve algunas de las inquietudes o dudas que puedan tener.

Tabla N° 53

	¿Durante la atención, cómo fue la información que le dio el personal de salud?					
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	S/I*
N°	29	227	125	33	7	5
%	6.8%	53.3%	29.3%	7.7%	1.6%	1.2%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

«No les entiende lo que le dicen» (Hospital Alfredo Callo Rodríguez, Cusco).

«No le informan hasta cuándo su hermana saldrá de alta» (Hospital Barranca Cajatambo).

«El médico le llamó la atención más que informarle y tampoco le dejó preguntar» (Hospital Daniel Alcides Carrión, Junín).

«No se le informó detalladamente lo que tiene su hijo, además que utilizan términos médicos que no se les entiende» (Entrevistado Hospital de Ilo, Moquegua).

8.1.6. La valoración del trato del personal de salud

Además se indagó sobre la calificación que las personas entrevistadas dan al trato que recibieron de parte del personal de salud. Los resultados muestran que más de la mitad, en un 56.1%, valoró el trato como bueno, y el 8.5% como muy bueno; el 6.6% lo consideró como malo, y el 1.4% como muy malo. Casi la tercera parte, es decir, el 27.5% lo consideró como regular.

Las personas que valoraron el trato como bueno y muy bueno basaron sus respuestas en la amabilidad, el trato agradable, considerado y cordial que percibieron. En la valoración mala y muy mala, describieron el trato y el tono de voz como inadecuados, la indiferencia, impaciencia y el mal humor.

En el grueso de las personas entrevistadas que consideraron el trato como regular principalmente se refirieron a la demora o a la oportunidad de la atención; además, consideraron que el personal del hospital –sin precisar si era administrativo o de salud - les haya hablado en mal tono, no les brinde información adecuada, les contesten mal, o sientan discriminación por ser quechua-hablantes o tener vestimenta campesina.

Tabla N° 54

	¿Cómo considera que fue el trato que recibió del personal de salud?				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
N°	36	239	117	28	6
%	8.5%	56.1%	27.5%	6.6%	1.4%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

> «Hay técnicos que tratan mal a los pacientes quechuahablantes» (Hospital Daniel Alcides Carrión, Huanta, Ayacucho).
>
> «El personal está ocupado, pero no en su labor de atención» (Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Apurímac).
>
> «Porque cuando transpira por la fiebre, las técnicas y las enfermeras no lo cambian» (Entrevistado en Hospital Daniel Alcides Carrión, Junín).
>
> «Demoran en llevarlo al baño» (Entrevistado en Hospital Regional Virgen de Fátima, Amazonas).

8.1.7. La disponibilidad de medicamentos en el hospital

En las entrevistas realizadas se preguntó a las personas usuarias si encontraron los medicamentos recetados por el personal médico. Al revisar los datos, se pudo advertir que el 42.3% de las personas entrevistadas no encontró todos los medicamentos recetados en el establecimiento, obligándolos a adquirirlos en otros lugares, probablemente, farmacias particulares.

Al revisar los nombres de los medicamentos que no fueron encontrados en los hospitales supervisados, llama la atención que varias personas se refirieran a medicamentos de uso continuo como el ibuprofeno, ketorolaco, tramal, dextrosa, paracetamol, gentaminicina, ranitidina, etc., y a insumos médicos como jeringas, materiales de nebulización, termómetro, o instrumentos para operación o para suero, incluso mascarillas, etc.

Tabla N° 55

¿En farmacia del establecimiento encontró todos los medicamentos de la receta?		
SI	214	50.2%
NO	180	42.3%
S/I*	32	7.5%
Total	426	100

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

8.2. Resultados de las entrevistas obtenidas en los hospitales de EsSalud

8.2.1. Dificultades en la atención recibida

Al entrevistar a las personas aseguradas en EsSalud sobre si presentaron alguna dificultad para obtener la atención médica, más de la tercera (34.3%) manifestó haber presentado algún tipo de dificultad. Al revisar las respuestas, fue evidente que la principal dificultad advertida fue la excesiva demora para la obtención de citas.

Así, muchos señalaron que las citas son inoportunas y que en algunos casos se postergaban sin previo aviso. Además, varias personas se refirieron a la demora para la atención médica, pues suele existir largas colas por la demanda de las personas usuarias, o la misma se dilataba pues el médico encargado tenía que salir del consultorio o no se encontraba.

Además un grupo de personas aseguradas se refirieron a dificultades relacionadas a temas administrativos, como las referencias, el traslado de las fichas de atención o la acreditación de la condición de asegurados.

Tabla N° 56

¿Tuvo dificultades para que lo atiendan?		
SI	85	34.3%
NO	163	65.7%
Total	248	100%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

> «Mi esposa fue enviada a consultorio externo pero el médico de consultorio externo precisó que deber ser atendida en emergencia» (Hospital Daniel Alcides Carrión, Tacna).
>
> «Sacó cita para las 11:30 a.m. y le atendieron a 1:30 p.m.» (Hospital de Oxapampa, Junín).
>
> «El doctor de turno a veces no está o se demora» (Entrevistado en Hospital de Huamanga EsSalud, Ayacucho).
>
> «Porque no [aparecía] como [asegurado] pese a tener ocho meses de aporte» (Hospital Alberto Hurtado Abadía, EsSalud Junín).
>
> «Las citas se postergan sin aviso previo, además el personal se compromete a llamarla para otra cita pero no se cumple dicho compromiso» (Hospital Base II de Moquegua).

8.2.3. La valoración de la eficacia de la atención recibida

De modo similar que a las personas entrevistadas en los hospitales del Minsa y Diresas, se preguntó a los asegurados y aseguradas en EsSalud si sentían que el establecimiento de salud había resuelto su problema de salud. Los resultados mostraron que alrededor de 2 de cada diez personas entrevistadas, es decir, el 22.5%, sentía que el establecimiento no había resuelto su problema de salud.

Las personas que percibieron su problema como resuelto sustentaron sus respuestas en la mejoría de su estado de salud el cual relacionaron al diagnóstico y al tratamiento del médico que los atendió. Por contraste, aquellas que percibieron que no encontraba resuelto su problema se refirieron como sustento al tiempo que llevaban sin mejoría, a la falta de especialistas, en la duda que les generaban los medicamentos recetados, además por la larga espera para obtener las referencias a otros establecimientos.

Tabla N° 57

¿Siente que el establecimiento resolvió su problema de salud?		
SI	330	77.4%
NO	96	22.5%
Total	248	100%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

8.2.4. La valoración de la atención médica recibida

A las personas entrevistadas en los hospitales de EsSalud se les preguntó cómo consideraban la atención médica recibida. Los resultados muestran que el 12.9% la consideraron como muy buena, el 54.3% como buena, el 2.4% como mala y el 0.8% como muy mala. Un porcentaje significativo cercano a la tercera parte, es decir, el 27% la considera como regular.

Al momento de explicar la calificación de buena y muy buena los usuarios y usuarias entrevistadas la basaron en la mejoría en su estado de salud. De acuerdo a las respuestas brindadas se percibe una confianza en el personal médico y en sus indicaciones. Las personas entrevistadas que calificaron la atención como mala y muy mala, sustentaron sus apreciaciones en la demora y el trato del personal en el establecimiento. Algunas personas, se refirieron a problemas relacionados a la demora en la realización de los exámenes, la poca información que reciben, la ausencia del personal médico, la falta de minuciosidad o la falta de medicamentos.

El porcentaje de las personas entrevistadas que calificaron la atención como regular explicaron que existían muchas demoras para acceder al sistema y a la atención. Además se refirieron al disgusto con que fueron atendidos, la rapidez de la atención, la poca empatía del personal médico frente a la persona enferma. También expresaron malestar porque durante la consulta no fueron examinados.

> «Al existir muchos pacientes el médico en el tiempo más breve atiende a cada usuario» (Hospital II Abancay).
>
> «No me prestaron las condiciones adecuadas para la atención» (Hospital III Chimbote).

«Aun siente dolor de la intervención quirúrgica y el médico solo toma interés a la gastritis» (Hospital Base II Moquegua).

«La atención se la brindó la técnica» (Hospital II ESSALUD Cajamarca).

«La atención del personal de salud no es adecuada» (Hospital III de Chimbote).

Tabla N° 58

	¿Cómo fue la atención médica que recibió?					
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	S/I*
N°	32	134	67	6	2	7
%	12.9%	54%	27.0%	2.4%	0.8%	2.8%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

8.2.5. La valoración de la información del personal de salud

Al momento de examinar la valoración de los entrevistados respecto a la información brindada por el personal de salud, se puede observar que el 8.5% la consideró como buena, el 52% como muy buena, el 7.3% como mala y el 2.8% como muy mala. Un porcentaje importante que casi llega a la tecera parte, es decir el 27%, la consideró como regular.

Los grupos que valoraron la información recibida como buena y muy buena señalaron que la misma fue brindada en palabras sencillas y entendibles y la consideran útil para mejorar o conservar su estado de salud. Las personas que valoraron la información como mala o muy mala manifestaron que la información recibida fue escasa o no la entendieron por la terminología usada En algunos casos, se percibe que la información brindada va acompañada de un trato mecanizado y poco cordial.

Las personas entrevistadas que consideraron la información recibida como regular, describieron que ésta no fue clara, completa, ni comprensible, además no existía paciencia para absolver las consultas o inquietudes de los usuarios por parte del personal médico. En algunos casos narraron que el personal se limitaba a

mirarlos y recetar sin siquiera explicar el diagnóstico o el tratamiento a seguir, o el tiempo fue corto para mayores explicaciones debido a la cantidad de personas usuarias.

Tabla N° 59

	¿Durante la atención, cómo fue la información que le dio el personal de salud?					
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	S/I*
N°	21	129	67	18	7	6
%	8.5%	52%	27%	7.3%	2.8%	2.4%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

> «No le daban la información de lo que tenía su hija, tuvo que preguntar» (Hospital I de Quillabamba, Cusco).
>
> «No le explicaron cuál es el diagnóstico, solo le dieron el tratamiento» (Hospital Alberto Hurtado Abadía, Junín).
>
> «El médico atiende con desinterés, brinda poca seguridad al paciente» (Hospital II de EsSalud, Cajamarca).
>
> «No le explicaron bien respecto al descanso y cuidados luego de la operación» (Hospital Marino Molina Scippa).

8.2.6. La valoración del trato del personal de salud

Las entrevistas realizadas también tuvieron por finalidad indagar sobre el trato brindado por personal de salud a las personas usuarias. Los resultados muestran que el 10.1% lo consideró como muy bueno, el 55.6% como bueno, el 6% como malo y el 2% como muy malo. Además, existe un porcentaje importante, es decir, el 25.8% que lo considera como regular.

Los porcentajes que consideraron el trato como bueno y muy bueno mencionaron la amabilidad, el trato agradable, considerado como cordial. Precisaron, además, que estas cualidades eran necesarias para una buena comunicación con el personal de salud. Aquellos que

calificaron el trato como malo y muy malo relacionaron sus respuesta a un comportamiento despectivo del personal de salud hacia las personas usuarias, siendo poco amables, incluso refirieron haber sido tratados con gritos por el personal. Algunos entrevistados internados, comentaron que el personal de salud mostró desidia en su trato incluso abandono en sus funciones

Las personas entrevistadas que calificaron el trato como regular se refirieron a la demora en la atención, o a situaciones relacionadas al modo cómo les hablaron. En algunos casos se puede apreciar que la calificación está relacionada a un profesional de forma específica y no a todo el personal de salud, así también se refirieron a la indiferencia, al trato inadecuado, al mal humor del personal, a la falta de amabilidad, al tiempo de atención, incluso a la falta de paciencia.

Tabla N° 60

	¿Durante la atención, cómo fue el trato que le dio el personal de salud?					
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	S/I*
N°	25	138	64	15	5	1
%	10.1%	55.6%	25.8%	6%	2%	0.4%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

> «En reiteradas oportunidades le atendieron con indiferencia» (Hospital de Huamanga, EsSalud).
>
> «Atienden rápido porque tienen que irse» (Hospital Antonio Skrabonja A, Pisco).
>
> «Les falta amor a su profesión» (Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa).
>
> «Algunas enfermeras son indiferente» (Hospital II Huamanga EsSalud, Ayacucho).

8.2.7. La disponibilidad de medicamentos en el hospital

Finalmente, en la entrevista realizada se preguntó a las personas aseguradas en EsSalud si encontraron en el hospital visitado, todos los medicamentos recetados luego de la atención. Al revisar los datos, se pudo advertir que alrededor de 2 de diez personas; es decir, el 19%, no encontró los medicamentos.

Estos porcentajes pueden ser relacionados con los gastos que deben ser asumidos por las personas aseguradas por la necesidad de contar con medicamentos que no son suministrados por EsSalud por su falta de disponibilidad. Entre los medicamentos recetados que no fueron encontrados, nos llamó la atención que las personas se refirieran a la Ranitidina, Insulina NPH, Captopril, Isoniacida Paracetamol, Losartin, Salbutamol, entre otros, por el uso regular que se demandan en los establecimientos de salud.

Tabla N° 61

¿En farmacia del establecimiento encontró todos los medicamentos de la receta?		
SI	182	73.4%
NO	47	19%
S/I*	19	7.7%
Total	248	100%

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo
* Sin información

Fotografía N° 23
Hospital de EsSalud en Tacna

Usuarios y usuarias en el servicio de farmacia
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tacna

CONCLUSIONES

Marco de protección de los derechos a la seguridad social y a la salud

1. Tanto el marco jurídico internacional como el nacional reconocen los derechos a la salud y a la seguridad social como derechos humanos fundamentales e indispensables para desarrollar las capacidades de la persona y garantizar, por tanto, su vida en condiciones dignas.
2. El derecho a la seguridad social comprende un sistema institucionalizado de prestaciones para enfrentar determinadas contingencias que privan a la persona de su capacidad de ejercer plenamente sus derechos y capacidades. Dentro de estas contingencias se encuentra la afectación a la salud.
3. El derecho a la salud comprende la garantía de niveles esenciales de protección de la salud, pues la enfermedad como las condiciones que la favorecen, son las que menoscaban la propia existencia y la dignidad de la persona.
4. Con relación al vínculo de estos derechos, el TC ha precisado que el acceso a las prestaciones de salud, constituye una de las manifestaciones de la garantía institucional de la seguridad social. Por tal motivo, cuando existe compatibilidad o relación entre el contenido del derecho a la salud y las disposiciones legales que regulan el sistema de seguridad social, este derecho asumirá su característica de "condición habilitante" para el ejercicio de otros derechos.
5. El reconocimiento de ambos derechos trae como consecuencia diversas obligaciones para el Estado, entre las que destacan la implementación de políticas, programas y acciones orientadas a buscar su pleno goce y realización.

Políticas Públicas en salud y su relación con el AUS

6. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Acuerdo Nacional, el Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud y el Plan

Nacional Concertado de Salud se han configurado como estrategias y lineamientos que buscan garantizar el acceso universal a los servicios de salud, priorizando la atención de la población que se encuentra en situación de pobreza y extrema pobreza; y, de forma especial en la satisfacción de las demandas de la salud infantil y materna.

Esto último guarda consonancia con el marco constitucional y la jurisprudencia desarrollada por el TC respecto a la tutela especial y reforzada a quienes, por su particular condición, demandan de un tratamiento singular y por ende una obligación mayor del Estado.

7. En el marco de sus obligaciones el Estado ha previsto desde el 2009 desarrollar la política del Aseguramiento Universal en Salud – AUS que busca garantizar el derecho a la seguridad social, mediante el acceso a los servicios de salud, la expansión de los beneficios en salud, y, el establecimiento de garantías de oportunidad y de calidad en la prestación de estos servicios.

El sistema sanitario y sus principales problemas

8. La condición necesaria para garantizar el derecho de toda persona al acceso a los servicios de salud a través de la política del AUS es, precisamente, que exista un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios, organizados a través de un sistema.

9. Debido a ello, resulta particularmente necesario conocer el sistema sanitario en el país e identificar los problemas que lo afectan, pues su organización no es neutral respecto de la exclusión en salud, sino que constituye un elemento determinante de ella.

10. De acuerdo a la investigación realizada consideramos que 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 la calidad de los servicios de salud, constituyen la base de los problemas del sistema sanitario en el país y como tales deben ser abordados para alcanzar el acceso a los servicios de salud para todos y todas.

11. De forma particular se debe subrayar la relevancia del financiamiento público para la salud pues gracias a él se podrá lograr y mantener el AUS, así como garantizar el cumplimiento de las metas y funciones del sistema sanitario. Según la información disponible de la Cepal para el año 2010, el Perú destinó apenas el 1.0% del gasto público en salud como porcentaje del PBI.

12. En consonancia con ello, de acuerdo a la información publicada por el Ministerio de Economía y Finanzas – MEF al año 2010 en el país se proyectaba una brecha importante en infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud de alrededor 3 mil millones de nuevos soles.

Avances y retos en el contexto del AUS

13. Existen avances en el contexto del proceso de implementación de la política del AUS ya que un mayor número de personas cuenta con un seguro de salud. Los más importantes progresos se han conseguido en la zona rural, donde el 70.1% de la población tiene la condición de asegurada, principalmente al SIS (63.7%), ello de acuerdo a la información publicada por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (Sunasa) al 2012.

14. No obstante ello, la mayor dificultad que enfrenta esta política es el déficit de oferta de las redes de servicios de salud a nivel nacional y la tendencia por la cual el gasto de bolsillo se mantiene como una de las fuentes principales del financiamiento de la salud en el país.

15. El gasto de bolsillo como una de las fuentes de financiamiento de la salud en el país puede estar vinculado al pago por medicamentos que realizan las personas afiliadas al SIS que en los hospitales del Minsa y de los gobiernos regionales que llega a alcanzar el 37%, de acuerdo a la información elaborada por el Observatorio de la Salud del Cies.

16. De acuerdo a la información disponible del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (Renaes) del Minsa, existen 218 establecimientos de salud sin

categoría a nivel nacional; de ellos, la mayoría depende de EsSalud (154), seguidos de los Gobiernos Regionales (60), y en un número menor los dependientes del Minsa (4).

17. Con relación a la acreditación a la fecha existen 2,136 establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación, siendo ésta la primera fase del proceso, y de éstos solo 93 establecimientos la han aprobado.

18. La política del AUS pretende además lograr la articulación de las instituciones prestadoras de salud, bajo los criterios de estandarización de las intervenciones a cargo de las prestadoras; la aplicación de guías de práctica clínica estandarizadas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud; el sistema de identificación sobre la base del DNI; y los criterios de intercambio de servicios y mecanismos de pago.

19. En ese contexto, se aprobó el D. S. N° 005-2012 "Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud -SIS y el Seguro Social de Salud -ESSALUD en el marco de la Ley N°29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud", el cual ha permitido la celebración de doce convenios de intercambio prestacional hasta la fecha.

20. La revisión del marco legal del AUS ha permitido evidenciar que actualmente existe una normatividad pendiente de reglamentar y desarrollar con referencia a la actualización del PEAS, a la Ley de Financiamiento de los Regímenes Subsidiado y Semi Contributivo del AUS; y a la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

Problemas identificados con relación al acceso a los servicios de salud en el contexto de la implementación del AUS

21. El compromiso del AUS significa, en la práctica, que todos los habitantes han de gozar de algún grado de protección respecto de los costos de la enfermedad. Por esta razón, esta política representa un avance pues facilita progresivamente el acceso a los servicios de salud para toda la población residente en el país.

22. No obstante ello, la implementación del AUS ha evidenciado problemas relacionados a a) la dilación en el acceso a los servicios de salud de determinados grupos; b) la falta de una delimitación clara respecto a las poblaciones objetivo de EsSalud y el SIS; y c) la diferencia de coberturas de los planes que ofrecen las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento (Iafas).

23. Así, la regla por la cual se exige que toda persona deba contar con el DNI para poder afiliarse al SIS impide que las personas indocumentadas, pobres y enfermas puedan atenderse hasta la espera de su documentación, la cual puede postergarse en el tiempo cuando no se cuenta con partida de nacimiento o ésta presenta problemas registrales.

24. De modo similar aquellas personas que tiene problemas de salud y no se encuentran incorporadas en el Padrón General de Hogares (PGH) del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH o no están de acuerdo con la clasificación socioeconómica, deben esperar hasta su empadronamiento mediante la aplicación de la Ficha Socioeconómica Única – FSU a cargo de los municipios de su localidad.

25. Asimismo, existen grupos específicos de personas que aún presentan serios inconvenientes para ser incorporadas como población objetivo a EsSalud o al SIS, destacándose los siguientes:

    a) El hijo o hija, reconocidos legalmente por el titular de un seguro pero renuente a declararlo/a ante EsSalud, y por lo cual se encuentra impedido de afiliarse al SIS al contar con el potencial seguro.

    b) La menor de edad gestante que pretende ser inscrita por su pareja asegurado en EsSalud bajo la modalidad de «concubina». En este caso, EsSalud no permite su incorporación bajo la figura del concubinato arguyendo que esta figura no se aplica cuando la pareja es menor de edad.

    c) El hijo o hija menor de edad de una *familia constituid*a, en la cual su progenitor/a cuenta con un seguro de EsSalud en condición de derechohabiente (cónyuge o concubino) de un titular que no es el padre o madre del menor, y por lo tanto no le alcanza su cobertura. Además puede

presentar restricciones en su afiliación al SIS al tener un padre o madre asegurada en EsSalud.

d) Las personas que cuentan con un seguro en EsSalud bajo la figura de *periodo de latencia* o cobertura de desempleo y tienen derecho a atenciones de la capa compleja pero no las correspondientes al Peas que son más ordinarias y recurrentes. En este caso se restringe la atención y afiliación al SIS al contar con un seguro de salud que no le cubre las atenciones que requiere.

e) Finalmente, se encuentran las personas que han perdido la condición de aseguradas en EsSalud, sin embargo, debido a la falta de la actualización de información, no han sido dados de baja y mantienen una "aparente" cobertura que les impide o demora su afiliación al SIS. En estos casos estas personas deben tramitar la carta de no acreditación de EsSalud que permita su afiliación al SIS.

26. De otro lado, la investigación realizada nos permite advertir que existen regímenes que presentan notables ventajas respecto de otros. Así, dentro del grupo de los afiliados al SIS, aquellos que se encuentran afiliados al régimen subsidiado, tienen una mejor cobertura sin periodos de espera ni de carencia respecto a las personas afiliadas al régimen semicontributivo.

27. En el marco del AUS donde los problemas de una entidad afectan a todo el sistema, y en el cual se busca garantizar prestaciones de salud bajo estándares de *calidad y oportunidad*, la dilación en el otorgamiento de citas y programación de cirugías de EsSalud resulta cuando menos inaceptable.

Supervisión de los hospitales a nivel nacional

28. Los resultados obtenidos nos permite afirmar, de manera general, que se han advertido dificultades con relación a las condiciones de los establecimientos visitados, pues existen hospitales que no cuentan con el equipamiento y personal suficiente para brindar una atención de calidad de acuerdo a su capacidad resolutiva.

Condiciones en el acceso general

29. Los resultados de la supervisión defensorial muestran que el 34.7% de establecimientos no contaban con los flujogramas para la atención general y el 17.9% no contaba con rampas de acceso en la puerta principal del hospital. Además se pudo verificar que algunos de los flujogramas no contenían información clara y completa para el público usuario.

Servicios básicos para la atención

30. Del total de hospitales visitados el 6.4%, no contaba con agua potable permanente, de los cuales el mayor número corresponde a los gobiernos regionales y en un menor número a los establecimientos de EsSalud y del MINSA. También se pudo constatar que el 5.2% de hospitales no cuenta con el servicio permanente de internet, siendo en su mayoría hospitales a cargo de los gobiernos regionales.

Medidas de prevención general

31. Los resultados muestran que un 16.2% de hospitales visitados no cumplen con conformar su comité de infecciones intrahospitalarias mediante resolución directoral. En su mayoría (22.5%), pertenecen a los gobiernos regionales, aunque también un 8.1% de los hospitales de EsSalud presenta esta deficiencia.

32. El 23.7% de hospitales visitados no cumple con las medidas de prevención para el personal de salud frente a la TB. En esta condición se encuentra el 36.3% de los hospitales de los Gobiernos Regionales y el 6.5% de los de EsSalud.

33. Asimismo, el 28.3% de hospitales no ha implementado medidas frente a los accidentes punzocortantes, de los cuales un 40.2% pertenecen a gobiernos regionales y un 12.9% a los de EsSalud.

Identificación del personal de salud

34. En promedio la mitad de los establecimientos visitados no cuenta con el personal debidamente identificado en las áreas supervisadas. En los hospitales de los gobiernos regionales este porcentaje es de 64.8% y en los hospitales de EsSalud es de 38%. Esta omisión por parte de los hospitales del MINSA es menor y se concentra en las áreas de consulta externa y en los centros obstétricos.

Mecanismos de reclamo: implementación del Libro de Reclamaciones

35. Los resultados muestran que el 22.5% de los establecimientos visitados no ha implementado el Libro de Reclamaciones; siendo un 33.3% pertenecientes a los gobiernos regionales y en menor medida a EsSalud (6.5%). Un solo hospital del MINSA no había implementado este mecanismo de reclamo al momento de la supervisión.

Servicios Higiénicos generales: limpieza y ambientes diferenciados

36. Los resultados evidencian que un 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. Consideramos que esta situación además de perjudicar seriamente la calidad del servicio, podría servir como fuente de transmisión de enfermedades.

37. Asimismo, el 20.2% de los hospitales supervisados no cuenta con servicios higiénicos diferenciados según sexo en los ambientes de consulta externa. Este porcentaje es mayor en los hospitales de los gobiernos regionales ya que alcanza el 28.6% y en menor medida en los hospitales de EsSalud (8.2%).

Equipamiento, insumos y medicamentos en hospitalización de cirugía

38. El 20% de los hospitales visitados carece de alguno de los equipos en las áreas de hospitalización de cirugía Dentro de estos destacan el electrocardiógrafo, el desfibrilador, la bomba de infusión, el pantoscopio y el monitor.

39. En promedio el 15% de estas áreas referidas presenta alguna tipo de dificultad con algún insumo. De ellas, sobresalen el catéter venoso central, el tubo endotraqueal y el tubo de mayo.

40. El 22% de los hospitales visitados carece de algún medicamento del coche paro-cardiorespiratorio. Sobresalen entre ellos, la vasopresina, la amiodarona y el bicarbonato de sodio.

Al desagregar la información según la dependencia del hospital, se advirtió que las carencias son mayores en los hospitales de los Gobiernos Regionales, seguidos de EsSalud. Los hospitales del Minsa son quienes presentaron mejor nivel de abastecimiento de equipamiento, insumos y medicamentos.

Equipamiento, insumos y medicamentos en centros obstétricos

41. Alrededor de la cuarta parte de hospitales visitados presenta alguna dificultad con la disponibilidad de equipos en los centros obstétricos. Destacan entre ellos, el desfibrilador, el coche de paro equipado y la bomba de infusión.

42. El 21.9% de los centros visitados presenta dificultades con la disponibilidad de insumos. De éstos sobresalen, la aguja epidural, el catéter venoso central y el tubo endotraqueal.

43. En promedio, 15.3% de los hospitales supervisados presenta alguna dificultad con alguno de los medicamentos del coche de paro cardiorespiratorio. Entre ellos sobresalen la fenitolina, la adrenalina, y la Metildopa.

44. La información según la dependencia del hospital, nos permite advertir que las carencias son mayores en los hospitales de los Gobiernos Regionales, seguidos de EsSalud. Los hospitales del MINSA son quienes se encuentran en mejores condiciones.

Seguridad del paciente

Eventos adversos

45. Los datos recogidos muestran que 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 permite conocer el perfil de la ocurrencia y garantizar la seguridad del paciente.

    Los hospitales dependientes de los gobiernos regionales son quienes presentan mayores niveles de inobservancia respecto a esta necesaria práctica con el 35.5%, seguidos de aquellos pertenecientes a EsSalud con el 16.9%.

Estrategia de lavado de manos

46. Los resultados mostraron que el 11.4% de los ambientes de las áreas de hospitalización no contaban con lavatorios para que el personal de salud se lave las manos; el 32.7% no tenía soluciones antisépticas; y el 45.5% no contaba con papel o mecanismos de secado de manos. Esta debilidad es mayor en los hospitales correspondientes a los gobiernos regionales seguidos de aquellos dependientes de EsSalud

47. Los resultados muestran que el 6.6% de los centros obstétricos visitados no cuenta con lavamanos; y porcentajes mayores el 21.7% y el 42% carecen de soluciones sépticas y no cuenta con papel toalla u otro mecanismo de secado de manos, respectivamente. Nuevamente esto se acentúa en los hospitales de los gobiernos regionales seguidos de aquellos dependientes de EsSalud.

Comités de Muerte Materna

48. Se pudo comprobar que a pesar de ser uno de los mejores recursos para conocer y prevenir las causas de las muertes en mujeres embarazadas, el 12.7% de establecimientos no ha implementado esta estrategia. Los hospitales de EsSalud presentan un mayor nivel de inobservancia con un 15.3%, seguidos de aquellos pertenecientes a los gobiernos regionales con un 11.2%. En el caso del MINSA solo se observa este incumplimiento en un solo hospital.

Consentimiento informado en la docencia clínica y en las intervenciones médicas

49. Un porcentaje significativo, el 86.1%, de los hospitales supervisados recibe estudiantes para prácticas clínicas. No obstante, el 77% de éstos no ha implementado el uso del consentimiento informado para la docencia en hospitalización de cirugía y un 72.3% en centros obstétricos.

50. Este incumplimiento para las prácticas clínicas es común entre las distintas dependencias; sin embargo, los hospitales de los gobiernos regionales tienen mayores porcentajes, seguidos de aquellos pertenecientes a EsSalud. En el caso del Minsa este incumplimiento es parcial

51. Además, un 11.2% de historias clínicas revisadas de personas operadas en las áreas de hospitalización de cirugía no contaba con formatos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica; y un 28.6% para la medicación anestésica. Este incumplimiento es mayor en los establecimientos pertenecientes a los Gobiernos Regionales (39.8%), seguidos de los de EsSalud (15.3%).

El derecho a la información

52. Los resultados de la supervisión defensorial mostraron deficiencias en el proceso de información hacia los familiares, pues 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 un significativo 61% no lo tenía publicado.

53. La situación descrita es muy similar a la que presentan los centros obstétricos quirúrgicos, pues el 41.6% no cuentan con horarios definidos y el 57.3% no los tiene publicados.

54. En estas deficiencias vuelven a sobresalir los hospitales de los gobiernos regionales seguidos de EsSalud.

Condiciones de atención: áreas diferenciadas

55. Se ha verificado que el 18.6% de las áreas de hospitalización de los establecimientos visitados no contaba con áreas diferenciadas entre varones y mujeres, y el 50.3% para los niños, niñas y adolescentes.

56. En lo que concierne a la diferenciación por sexo de las instalaciones sanitarias supervisadas en las áreas de hospitalización, un 21.7% no cuenta con dichas características.

Supervisión a los servicios de emergencia

Condiciones para el acceso físico a los servicios de emergencia

57. Se pudo comprobar que en la zona de acceso a los servicios de emergencia supervisados, el 17.4% y el 20.1% no eran visibles las camillas y las sillas de ruedas, respectivamente.

58. En el 60.9% de los servicios de emergencia supervisados no contaba con flujogramas que faciliten la orientación de los usuarios y usuarias y el 64.70% no cumplía con lo dispuesto en el artículo 4° del D. S. N° 016-2002-SA de publicar el aviso que garantiza la atención en situación de emergencia.

Prácticas de atención en los servicios de emergencia

59. 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 encontraba en los gobiernos regionales.

60. En aquellos establecimientos donde sí se identificaron las tres principales causas de demora se precisaron las siguientes: a) el insuficiente número disponible de médicos para cubrir la mayor demanda por consultas por emergencia, b) el aumento de la demanda de atenciones que pueden ser resueltas por consulta externa, y c) las carencias propias en la infraestructura y del servicio, como el insuficiente número de camas y la falta de oferta de los servicios de pruebas auxiliares (servicios de laboratorio y de radiología).

61. El porcentaje que no cuenta con guías de práctica clínica de las patologías más frecuentes llega al 43% de los servicios supervisados, el que no realiza el registro cada atención en una historia clínica es de 14.1%, y el que no realiza al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes es de 18.1%. Se debe resaltar asimismo que los más altos porcentajes corresponden a los hospitales de los Gobiernos Regionales.

Recursos Humanos

62. Los datos recabados muestran que 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% se los consideraba insuficientes.

63. De modo similar, la supervisión mostró que el 33.6% de los servicios de emergencia supervisados no contaba con médicos pediatras; el 30.2% con ginecólogos; y el 38.3% con anestesiólogos.

64. Los resultados muestran que un 90.6% contaba con personal de enfermería, sin embargo el 60.7% lo considerada como insuficiente.

65. En cuanto al personal obstetra, solo el 60.4% de los hospitales supervisados contaba con este personal y el 37.4% lo consideraba insuficiente para atender la demanda del servicio.

Los establecimientos dependientes de los Gobiernos Regionales evidencian un mayor problema en lo que concierne a la falta del personal de salud.

Equipamiento básico

66. De acuerdo a la supervisión realizada, se pudo conocer que el 52.3% de los servicios de emergencia visitados consideró que no contaba con el equipamiento suficiente para atender las emergencias.

67. Un significativo 65.8% del personal de salud entrevistado consideró los ambientes de emergencia como insuficientes para la atención.

Estos problemas son más acentuados en los servicios de emergencia de los Gobiernos Regionales y de EsSalud.

Funcionamiento de los servicios de apoyo

68. El 27.5% de los servicios supervisados no contaban con el servicio de laboratorio de forma permanente, el 19.5% con el servicio de farmacia, y el 40.9% con el servicio de rayos x.

69. Adicionalmente, se comprobó que 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.

Coordinación y transporte para el traslado de las personas

70. La mayoría (89.3%) de servicios supervisados cuentan con ambulancia propia. No obstante este dato, llama la atención que la carencia de este transporte se concentre principalmente en los Gobiernos Regionales.

71. Asimismo, un 13.4% de servicios de emergencia que no cuenta con telefonía y el 66.4% carece de radio y ello pone en evidencia la falta de previsión en contar con medios de comunicación alternos frente a desastres naturales.

RECOMENDACIONES

1. Al Presidente del Congreso de la República:

1.1 **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.

1.2 **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.

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

2. A la Contraloría General de la República:

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. Nº 042-2011-PCM.

3. Al Ministerio de Salud en su calidad de ente rector del sector salud

3.1 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.

3.2 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.

3.3 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.

3.4 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.

3.5 **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.

3.6 **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.

3.7 **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 Nº 29414, que establece la implementación de instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial.

4. RECOMENDAR al Seguro Social de EsSalud

PUBLICITAR las metas y las estrategias 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.

5. A la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud

5.1 **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.

5.2 **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.

5.3 **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.

6. Al Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y el Seguro Social de Salud

6.1 **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.

6.2 **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.

6.3 **DISPONER** la implementación de los flujogramas y la construcción de rampas de acceso en los hospitales de su competencia.

6.4 **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.

6.5 **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.

7. A los Directores de los hospitales supervisados del Ministerio de Salud, de EsSalud y los Gobiernos Regionales:

7.1 **DISPONER** el mantenimiento preventivo y la limpieza permanente de los establecimientos a su cargo, específicamente de los servicios higiénicos.

7.2 **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.

7.3 **IMPLEMENTAR** las condiciones necesarias para el correcto lavado de manos.

7.4 **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.

7.5 **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.

8. 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.

9. Al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a cargo del Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh):

9.1 **EVALUAR**, en coordinación con el Seguro Integral de Salud (SIS), la incorporación de criterios de clasificación socioeconómica que permitan la afiliación al SIS de las personas que presenten enfermedades que generen riesgo de pobreza.

9.2 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.

9.3 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.

	HOSPITALES SUPERVISADOS Y LAS FICHAS APLICADAS SEGÚN DEPENDENCIA											
	Nombre	Cat.	Dependencia			Fichas aplicadas						
			EsSalud	MINSA	DIRESA	N° 1	N° 2	N°3	N° 4	N° 5	6A	6 B
1	Hospital El Buen Samaritano	II-1	1		0	1	1	1	1		0	2
2	Hospital Gustavo Lannata Luján	II-1	0		1	1	1	1	1		3	0
3	Hospital Héroes del Cenepa	II-1	1		0	1	1	1	1		0	3
4	Hospital Higos Urco	II-1	1		0	1	1	1	1		0	5
5	Hospital María Auxiliadora	II-1	0		1	1	1	1	0		3	0
6	Hospital Regional Virgen de Fátima	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
7	Hospital Santa María de Nieva	II-1	0		1	1	1	1	1		1	0
8	Hospital Santiago Apóstol	II-1	0		1	1	1	1	1		2	0
	Total		**3**		**5**	**8**	**8**	**8**	**8**		**14**	**10**
9	Hospital de Apoyo de Recuay	II-1	0		1	1	1	1	1		0	0
10	Hospital de Apoyo Pomabamba	II-1	0		1	1	1	1	1		0	0
11	Hospital de Yungay	II-1	0		1	1	0	1	1		0	0
12	Hospital ESSALUD Huaraz	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	4
13	Hospital I Cono Sur	S/C*	1		0	1	1	0	1		0	0
14	Hospital III Chimbote	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	4
15	Hospital La Caleta	II-2	0		1	1	1	1	1		6	0
16	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
17	Hospital San Ignacio de Casma	II-1	0		1	1	1	1	1		1	0
18	Hospital San Juan de Dios Caraz	II-1	0		1	1	1	1	1		2	0
19	Hospital Víctor Ramos Guardia	II-2	0		1	1	1	1	1		2	0
	Total		**3**		**8**	**11**	**7**	**10**	**11**		**16**	**8**
20	Hospital Andahuaylas	II-2	0		1	1	1	1	1		4	0
21	Hospital Chincheros	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
22	Hospital Guillermo Díaz de la Vega	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
23	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	II-2	1		0	1	1	1	1		0	5
24	Hospital II Abancay	II-1	1		0	1	1	1	1		0	5
25	Hospital Tambobamba	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**2**		**4**	**6**	**6**	**6**	**6**		**19**	**10**
26	Hospital Aplao	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
27	Hospital Base Carlos Alberto Seguín Escobedo	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
28	Hospital Camaná	II-1	0		1	1	1	1	1		6	0
29	Hospital I Edmundo Escomel	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
30	Hospital II Manuel Torres Muñoz-Mollendo	II-2	1		0	1	1	1	1		0	5
31	Hospital III Goyeneche	III-1	0		1	1	1	1	1		5	0
32	Hospital III Yanahuara	II-2	1		0	1	1	1	1		0	5
33	Hospital Regional Honorio Delgado	III-1	0		1	1	1	1	1		5	0

	Nombre	Cat.	Dependencia			Fichas aplicadas						
			EsSalud	MINSA	DIRESA	N° 1	N° 2	N°3	N° 4	N° 5	6A	6 B
	Total		**4**		**4**	**8**	**8**	**8**	**8**		**21**	**20**
34	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
35	Hospital de Apoyo Cangallo	II-1	0		1	1	1	1	1		3	0
36	Hospital de Apoyo Felipe Guamán Poma de Ayala	II-1	0		1	1	1	1	1		6	0
37	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	II-E	0		1	1	1	1	1		3	0
38	Hospital de Apoyo San Miguel	II-E	0		1	1	1	1	1		1	0
39	Hospital II Huamanga ESSALUD	II-1	1		0	1	1	1	1		0	5
40	Hospital Regional de Ayacucho	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**1**		**6**	**7**	**7**	**7**	**7**		**23**	**5**
41	Hospital de Apoyo Celendín	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
42	Hospital General I José H. Soto Cadenillas Chota	II-1	0		1	1	0	1	1		5	0
43	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	S/C*	0		1	1	1	1	1		5	0
44	Hospital II ESSALUD Cajamarca	II-2	1		0	1	1	1	1		0	6
45	Hospital Regional de Cajamarca	II-2	0		1	1	1	1	1		6	0
46	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**1**		**5**	**6**	**5**	**6**	**6**		**26**	**6**
47	Hospital Adolfo Guevara Velasco	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	0
48	Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani	II-1	0		1	1	1	1	1		2	0
49	Hospital Antonio Lorena	III-1	0		1	1	1	1	1		0	0
50	Hospital I Quillabamba	S/C*	1		0	1	1	0	0		1	0
51	Hospital I Urubamba	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	1
52	Hospital Quillabamba	S/C*	0		1	1	1	1	1		0	1
53	Hospital Regional del Cusco	III-1	0		1	1	1	1	0		2	0
	Total		**3**		**4**	**7**	**7**	**6**	**5**		**5**	**2**
54	Hospital de Pampas	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
55	Hospital Departamental de Huancavelica	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
56	Hospital II Huancavelica	II-1	1		0	1	1	1	1		0	5
	Total		**1**		**2**	**3**	**3**	**3**	**3**		**10**	**5**
57	Hospital de Tingo María	II-1	0		1	1	1		1		6	0
58	Hospital I Tingo María - RAHU	II-1	1		0	1	1	1	1		0	6
59	Hospital Nivel II ESSALUD-Huánuco	II-2	1		0	1	1	1	1		0	6
60	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	II-2	0		1	1	1	1	1		6	0
61	Hospital Tocache		0		1	1	0	1	1		0	0
	Total		**2**		**3**	**5**	**4**	**5**	**5**		**12**	**12**
62	Hospital Antonio Skrabonja A. Pisco	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	2

	Nombre	Cat.	Dependencia			Fichas aplicadas						
			EsSalud	MINSA	DIRESA	N° 1	N° 2	N°3	N° 4	N° 5	6A	6 B
63	Hospital de Apoyo de Nazca	II-1	0		1	1	1	1	1		2	0
64	Hospital María Reich Marcona	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	2
65	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	2
66	Hospital San Juan de Dios Pisco	II-1	0		1	1	1	1	1		3	0
	Total		**3**		**2**	**5**	**5**	**5**	**5**		**5**	**6**
67	Hospital Alberto Hurtado Abadia-La Oroya	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
68	Hospital de Apoyo de Junín	II-1	0		1	1	1	1	1		3	0
69	Hospital de la Merced	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
70	Hospital Domingo Olavegoya	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
71	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
72	Hospital I Río Negro	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
73	Hospital I Tarma	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
74	Hospital IV Ramiro Priale Priale	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
75	Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
76	Hospital Materno Infantil El Carmen	III-E	0		1	1	1	1	1		5	0
77	Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión	III-E	0		1	1	1	1	0		5	0
78	Hospital San Martín de Pangoa	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
79	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	0	1		0	1	1	1	0		0	4
	Total		**5**		**8**	**13**	**13**	**11**	**11**		**38**	**24**
80	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	II-1	0		1	1	1	0	1		5	0
81	Hospital Belén	III-1	0		1	1	1	1	1		0	0
82	Hospital César A. Vallejo Mendoza	II-1	0		1	1	1	1	1		1	0
83	Hospital de Cascas	II-1	0		1	1	1	1	1		1	0
84	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	II-1	0		1	1	1	0	1		5	0
85	Hospital El Esfuerzo	II-1	0		1	1	1	0	1		5	0
86	Hospital Elpidio Berovides Pérez	II-1	0		1	1	1	1	1		1	0
87	Hospital Florencia de Mora	II-2	1		0	1	1	1	1		0	5
88	Hospital I Albrecht	II-1	1		0	1	1	1	1		0	1
89	Hospital Jerusalén	II-1	0		1	1	1	0	1		5	0
90	Hospital Leoncio Prado	II-1	0		1	1	1	1	1		0	0
91	Hospital Regional Docente de Trujillo	III-1	0		1	1	1	1	1		0	0
92	Hospital Santa Isabel	II-1	0		1	1	1	0	1		5	0
93	Hospital Víctor Lazarte Echegaray	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	1
94	Hospital Vista Alegre	II-1	0		1	1	1	0	1		5	0
	Total		**3**		**12**	**15**	**15**	**9**	**15**		**33**	**7**

	Nombre	Cat.	Dependencia			Fichas aplicadas						
			EsSalud	MINSA	DIRESA	N° 1	N° 2	N°3	N° 4	N° 5	6A	6 B
95	Hospital Agustín Arbulú Neyra	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
96	Hospital Nivel 1 Naylamp	I-1	1		0	1	1	1	1		0	5
97	Hospital Provincial Docente Belén	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
98	Hospital Referencial de Ferreñafe	II-1	0		1	1	1	1	1		1	0
99	Hospital Regional Docente Las Mercedes	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
100	Hospital Regional Lambayeque	0	0		1	1	1	1	0		2	0
	Total		**2**		**4**	**6**	**6**	**6**	**5**		**13**	**10**
101	Hospital Almenara	III-2	1	0	0	1	1	1	1		0	6
102	Hospital Barranca Cajatambo	II-2	0	0	1	1	1	1	1		5	0
103	Hospital Carlos Alcántara Butterfield	II-1	1	0	0	1	1	1	1		0	0
104	Hospital Carlos Ianfranco La Hoz	II-2	0	1	0	1	1	1	1		4	0
105	Hospital Cayetano Heredia	III-1	0	1	0	1	1	1	1		5	0
106	Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud	II-2	0	0	1	1	1	1	1		5	0
107	Hospital de Emergencia Grau	II-2	1	0	0	1	1	1	1		0	6
108	Hospital Dos de Mayo	III-1	0	1	0	1	1	1	1		9	0
109	Hospital Gustavo Lanatta-EsSalud	II-2	1	0	0	1	1	1	1		0	5
110	Hospital II ESSALUD Cañete	II-1	1	0	0	1	1	1	1		0	4
111	Hospital Jorge Voto Bernales	II-1	1	0	0	1	1	1	1		0	1
112	Hospital José Agurto Tello-Chosica	II-2	0	1	0	1	1	1	1		1	0
113	Hospital Marino Molina Scippa	II-1	1	0	0	1	1	1	1		0	5
114	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	III-1	0	1	0	1	1	1	1		0	0
115	Hospital Nacional Docente Madre, Niño	III-1	0	1	0	1	1	1	1		0	0
116	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	III-2	1	0	0	1	1	1	1		0	0
117	Hospital Nacional Hipólito Unanue	III-1	0	1	0	1	1	1	1		1	0
118	Hospital Octavio Mongrut Muñoz	II-1	1	0	0	1	1	1	1		0	0
119	Hospital Rezzola Cañete	II-2	0	0	1	1	1	1	1		5	0
120	Hospital San Juan Bautista Huaral	II-2	0	0	1	1	1	1	1		5	0
121	Hospital Santa Rosa	I-2	0	1	0	1	1	1	1		0	0
122	Hospital Sergio Bernales	III-1	0	1	0	1	1	1	1		5	0
124	Hospital Suárez Angamos	II-2	1	0	0	1	1	1	1		0	0
123	Hospital Supe "Laura E. Rodríguez Dulanto"	II-1	0	0	1	1	1	1	1		5	0
	Total		**10**	**9**	**5**	**24**	**24**	**24**	**24**		**50**	**27**
124	Hospital III Iquitos	III-1	1		0	1	1	1	1		0	7

	Nombre	Cat.	Dependencia			Fichas aplicadas						
			EsSalud	MINSA	DIRESA	N° 1	N° 2	N°3	N° 4	N° 5	6A	6 B
125	Hospital Iquitos César Garayar García	II-2	0		1	1	1	1	1		8	0
126	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	III-1	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**1**		**2**	**3**	**3**	**3**	**3**		**13**	**7**
127	Hospital San Martín de Porres - Iberia	II-1	0		1	1	1	1	1		1	0
128	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	II-2	0		1	1	1	1	1		1	0
129	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	II-1	1		0	1	1	1	1		0	1
	Total		**1**		**2**	**3**	**3**	**3**	**3**		**2**	**1**
130	Hospital Base II Moquegua	S/C*	1		0	1	1	1	1		7	0
131	Hospital II Ilo	II-1	0		1	1	1	1	1		6	0
132	Hospital II Ilo ESSALUD	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	9
133	Hospital Regional de Moquegua	II-2	0		1	1	1	1	1		0	9
	Total		**2**		**2**	**4**	**4**	**4**	**4**		**13**	**18**
134	Hospital Base II Pasco	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
135	Hospital Daniel Alcides Carrión	II-1	0		1	1	1	1	1		4	0
136	Hospital General de Oxapampa	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
137	Hospital Huariaca ESSALUD	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
138	Hospital I Oxapampa	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
139	Hospital Román Egoavil Pando	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**3**		**3**	**6**	**6**	**6**	**6**		**14**	**15**
140	Hospital de Apoyo Chulucanas	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
141	Hospital de Apoyo Las Mercedes	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
142	Hospital de Apoyo Sullana	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
143	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
144	Hospital II Talara	II-1	1		0	1	1	1	1		0	5
145	Hospital Jorge Reátegui Delgado ESSALUD	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
146	Hospital Regional Cayetano Heredia	III-1	1		0	1	1	1	1		0	5
147	Hospital Sullana ESSALUD	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
	Total		**4**		**4**	**8**	**8**	**8**	**8**		**20**	**20**
148	Hospital Base III Puno	III-1	1		0	1	1	1	1		0	5
149	Hospital de Apoyo Sandia	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
150	Hospital de Apoyo Ilave		0		1	1	1	1	1		5	0
151	Hospital de Apoyo Yunguyo	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
152	Hospital Lucio Aldazabal Paucar-Huancané	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
153	Hospital Manuel Núñez Butrón	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
154	Hospital Rafael Ortíz Ravines Juli	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0

	Nombre	Cat.	Dependencia			Fichas aplicadas						
			EsSalud	MINSA	DIRESA	N° 1	N° 2	N°3	N° 4	N° 5	6A	6 B
155	Hospital San Martín de Porres-Macusani	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**1**		**7**	**8**	**8**	**8**	**8**		**35**	**5**
156	Hospital I Altomayo	II-1	1		0	1	1	1	1		0	5
157	Hospital II Tarapoto ESSALUD	S/C*	1		0	1	1	1	1		0	5
159	Hospital II-1 Moyobamba	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
160	Hospital II-1 Rioja	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
161	Hospital II-2 Tarapoto	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**2**		**3**	**5**	**5**	**5**	**5**		**15**	**10**
162	Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD	II-2	1		0	1	1	1	1		0	5
163	Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**1**		**1**	**2**	**2**	**2**	**2**		**5**	**5**
164	Hospital Carlos Alberto Cortez Jiménez - EsSalud	II-1	1		0	1	1	1	1		0	5
165	Hospital II - 1 Jamo	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**1**		**1**	**2**	**2**	**2**	**2**		**5**	**5**
166	Hospital Amazónico o Yarinacocha	II-2	0		1	1	1	0	1		3	0
167	Hospital II Pucallpa Red Asistencial Ucayali	II-2	1		0	1	0	0	0		0	0
168	Hospital Regional Pucallpa	II-2	0		1	1	0	0	1		1	0
	Total		**1**		**2**	**3**	**1**	**0**	**2**		**4**	**0**
169	Hospital de Ventanilla	II-1	0		1	1	1	1	1		5	0
170	Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega	II-2	1		0	1	1	1	1		0	5
171	Hospital IV Alberto Sabogal ESSALUD	III-3	1		0	1	1	1	1		0	5
172	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	III-1	0		1	1	1	1	1		5	0
173	Hospital San José	II-2	0		1	1	1	1	1		5	0
	Total		**2**		**3**	**5**	**5**	**5**	**5**		**15**	**10**

* s/c: Sin categoría según RENAES

Tramitación urgente del DNI para la afiliación al SIS
De febrero al 05 de noviembre de 2012

N°	Iniciales	Fecha	Edad	Sexo	Motivo	Lugar
1	R.Y.T.	27.02.12	1 mes	M	Abandonado en hospital	Huánuco
2	R. T. D.	07.03.12	Adulta	F	Dilación en el trámite para atención de salud	Loreto
3	M. A. A.	12.03.12	1 año 9 meses	M	Urge operación por hernia testicular	Tumbes
4	C.Ch.V.	16.03.12	9 años	M	Quemadura en brazo derecho	Cajamarca
5	R.T.L.	30.03.12	6 meses	F	Hospitalizada y necesita se referida	Tingo María
6	A.F.Q.	06.03.12	12 años	F	Adolescente gestante	Tacna
7	G.V.A.	10.04.12	-	F	Dilación en el trámite	Ancash
8	G.E.D.M.	10.04.12	-	M	Dilación en el trámite	Ancash
9	K.M.M.	10.04.12	-	F	Dilación en el trámite	Ancash
10	R.M.R.	10.04.12	-	M	Dilación en el trámite	Tacna
11	N.M.R.D.	17.04.12	Recién nacida	F	Hospitalizada, su madre murió en el parto	Tingo María
12	R.V.C.	19.04.12	Menor de edad	M	Dilación en el trámite	Ancash
13	K.V.C.	19.04.12	Menor de edad	M	Dilación en el trámite	Ancash
14	M.A.B.	26.04.12	Adulta mayor	F	Adulta mayor con cáncer	Lima
15	J.A.P.	28.05.12	65 años	F	Afectada por la violencia política	Huanta
16	E.A.A.	16.05.12	75 años	F	Se encuentra en situación de pobreza y delicada de salud	Huanta
17	C.V.P.	10.05.12	81 años	M	Requiere ser operado	Tingo María
18	M.L.C.A.	15.05.12	78 años	F	Se encuentra hospitalizada y necesita ser referida	Tingo María
19	E.A.O.G	09.05.12	16 años	F	Adolescente gestante	Tingo María
20	L.R.M.	09.05.12	Adulta	F	Gestante de escasos recursos	Tacna
21	S.K.S.R.	02.05.12	Adolescente	F	Adolescente madre de gemelas	Tumbes
22	V.M.N.	02.05.12	Adulta	F	Dilación en el trámite	Moquegua
23	J.P.C.	23.05.12	Adulto	M	Interno del Centro Penitenciario de Abancay con el diagnóstico de osteomielitis	Apurímac
24	G.V.P.	28.05.12	Adulto	M	Requiere atención médica urgente	Tingo María
25	L.A.E.	29.05.12	Adulta	F	Hospitalizada para ser operada de la vesícula	Pasco
26	C.R.D.M.	14.06.12	1 año	M	Neumonía severa	Pasco
27	J.D.MB.	13.06.12	Recién nacido	M	Dilación en el trámite	Pasco
28	R.M.R.	05.06.12	63 años	M	Dilación en el trámite	Tacna
29	R.G.P.	08.06.12	Adulto	M	Cáncer en el maxilar	Tingo María
30	M.C.U.S.	12.06.12	Menor de edad	F	Dilación en el trámite	Loreto
31	I.R.P.	20.07.12	78 años	F	No puede pagar el costo del DNI	Tacna
32	L.C.M.	16.07.12	Adulto mayor	F	Internado en el Albergue San José	Chimbote
33	A.R.R.	16.07.12	Adulto mayor	F	Internado en el Albergue San José	Chimbote
34	L.C.A.	16.07.12	Adulto mayor	M	Internado en el Albergue San José	Chimbote
35	Á.R.N.	16.07.12	Adulto mayor	M	Internado en el Albergue San José	Chimbote
36	D.D.A.	16.07.12	Adulto mayor	M	Internado en el Albergue San José	Chimbote
37	C.A.R.	16.07.12	Adulto mayor	F	Internado en el Albergue San José	Chimbote
38	D.A.V.H.	11.07.12	16 años	F	Adolescente gestante	Tingo María
39	I.D.S.V.	09.07.12	14 años	F	Adolescente gestante	Tacna
40	L.R.V.C.	09.07.12	Menor de edad	M	Delicado estado de salud	Pasco
41	M.V.F.	05.07.12	Adulta	F	Delicado estado de salud por sobreparto	Tingo María
42	H.G.E	10.07.12	Menor de edad	F	Delicado estado de salud	Pasco
43	S.A.E.	25.07.12	22 años	F	Con cesárea	Chimbote

N°	Iniciales	Fecha	Edad	Sexo	Motivo	Lugar
44	Y.R.P.	25.07.12	Adulta	F	Con cesárea	Tingo María
45	G.E.J.	25.07.12	17 años	F	Madre adolescente de un recién nacido con fractura en la clavícula	Tingo María
46	O.E.R	25.07.12	Adulta	F	Acaba de dar a luz a un recién nacido delicado de salud	Tingo María
47	L.B.V	08.08.12	1 mes de nacido	M	Sufre de cardiopatía congénita	Madre de Dios
48	I.A.R	13.08.12	21 años	F	Dilación en el trámite, Comunidad Nativa Sharapa Iparia	Ucayali
49	E.P.Cc.	15.08.12	19 años	F	Delicado estado de salud	Apurímac
50	R.C.F.	21.08.12	24 años	F	Diagnóstico de aplasia, necesita ser referida a otro hospital	Chimbote
51	A.T.N.	23.08.12	06 meses	M	Delicado de salud, vive en la Reserva del Pucacuro	Loreto
52	J.S.B.	23.08.12	Niño	M	Delicado de salud, vive en la Reserva del Pucacuro	Loreto
53	F.H.R.	27.08.12	27 años	M	Diagnóstico de TB y hernia	Chimbote
54	A.C.C.	02.08.12	1 año	M	Neumonía atípica	Pasco
55	T.T.S.	13.08.12	75 años	M	Extravió el DNI y es beneficiario de Pensión 65	Tingo María
56	G.E.E.	05.09.12	1 año	M	Fractura en el brazo izquierdo por caída	Tingo María
57	J.J.E.	13.09.12	16 años	F	Adolescente gestante de gemelos	Tingo María
58	B.G.P.	13.09.12	Adulto	M	Persona con discapacidad, epilepsia y TB pulmonar	Tacna
59	G.H.R.	13.09.12	Adulta	F	Tratamiento de su salud	Tingo María
60	R.V.R.	13.09.12	Adulto	M	Tratamiento de su salud	Tingo María
61	O.G.P.	13.09.12	Adulta	F	Tratamiento de su salud	Tingo María
62	M.D.G.	13.09.12	Adulta	F	Tratamiento de su salud	Tingo María
63	J.R.A.	17.09.12	4 años	M	Diagnóstico de leucemia	Chimbote
64	F.R.C.	26.09.12	15 días de nacido	M	Tumor cerebral	Tingo María
65	M.C.C.U.	26.09.12	16 años	F	Madre adolescente	Tingo María
66	L.B.R.	29.09.12	23 años	F	Persona huérfana con discapacidad mental	Tumbes
67	L.G.Q.	05.10.12	7 años	M	Cardiopatía congénita	Arequipa
68	C.A.G.Q.	05.10.12	17 años	M	Accidente	Arequipa
69	I.G.C.	10.10.12	Adulta	F	Delicada de salud	Tingo María
70	J.L.R.	10.01.12	Adolescente	M	Accidente	Tingo María
71	T.P.F.	15.10.12	8 meses	F	Síndrome Meníngeo y Meningo encefalitis por TBC	Loreto
72	K.P.P.	15.10.12	Adulta	F	Cesareada anterior y multigesta de 38 semanas	Loreto
73	E.B.M.	16.10.12	94 años	F	Delicada estado de salud	Tumbes
74	M.H.A.	17.10.12	2 días de nacida	F	Recién nacido bajo peso y requiere de internamiento	Pasco
75	T.G.P.	18.10.12	82 años	F	Persona de avanzada edad hipertensa	Chimbote
76	L.P.A.	23.10.12	Adulta	F	Mala praxis odontológica	Tingo María
77	S.L.Q.	23.10.12	7 años	M	Requiere intervención quirúrgica por tener dificultades al respirar	Tacna
78	K.O.O.	25.10.12	Adolescente	F	Adolescente gestante	Madre de Dios
79	M.S.C.S.	05.11.12	88 años	F	Delicada de salud por su edad	Tingo María

Fuente: Programa Identidad y Ciudadanía de la Adjuntía para la Administración Estatal.
Responsable: Susana Huamán Granados – Comisionada

	Hospitales supervisados que no cuentan con flujogramas de atención general		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Nivel II ESSALUD-Huánuco	EsSalud	Huánuco
3	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
4	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
5	Hospital I Altomayo	EsSalud	San Martín
6	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
7	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
8	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
9	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
10	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
11	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
12	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
13	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
14	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
15	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
16	Hospital Rafael Ortíz Ravines	Diresa	Puno
17	Hospital Lucio Aldazabal Paucar-Huancané	Diresa	Puno
18	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
19	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
20	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
21	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
22	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
23	Hospital Gustavo Lannata Luján	Diresa	Amazonas
24	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
25	Hospital Regional Vírgen de Fátima	Diresa	Amazonas
26	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
27	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
28	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
29	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
30	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima
31	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima
32	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
33	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
34	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
35	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
36	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
37	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
38	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
39	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
40	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
41	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
42	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
43	Hospital Victor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
44	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad
45	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
46	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac

	Nombre	Entidad	Región
47	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
48	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
49	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
50	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
51	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
52	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
53	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios
54	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura
55	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
56	Hospital Sullana ESSALUD	EsSalud	Piura
57	Hospital II Talara	EsSalud	Piura
58	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
59	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
60	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash

Nº	Hospitales supervisados que no cuentan con rampas de acceso		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital Nivel II ESSALUD-Huánuco	EsSalud	Huánuco
4	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
5	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
6	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
7	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
8	Hospital Manuel Nuñoz Butrón	Diresa	Puno
9	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
10	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
11	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
12	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
13	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima
14	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
15	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
16	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
17	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
18	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
19	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
20	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
21	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
22	Hospital I Tarma	EsSalud	Junín
23	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
24	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
25	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
26	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
27	Hospital Regional Pucallpa	Diresa	Ucayali
28	Hospital Provincial Docente Belen	Diresa	Lambayeque
29	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
30	Hospital Agustín Arbulú Neyra	EsSalud	Lambayeque
31	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash

Nº	EE.SS. Que no han conformado comité de infecciones intrahospitalarias mediante resolución directoral		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
2	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
3	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
4	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
5	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
6	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
7	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
8	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
9	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
10	Hospital Gustavo Lannata Luján	Diresa	Amazonas
11	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
12	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
13	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
14	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
15	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
16	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
17	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
18	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad
19	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
20	Hospital Alberto Hurtado Abadia-La Oroya	EsSalud	Junín
21	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
22	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca
23	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
24	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
25	Hospital Carlos Alberto Cortez Jimenez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
26	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura
27	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
28	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash

Nº	EE.SS. que no han implementado medidas en el caso de accidentes punzo cortantes para los trabajadores		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
5	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
6	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
7	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
8	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
9	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
10	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
11	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
12	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
13	Hospital Lucio Aldazabal Paucar-Huancané	Diresa	Puno
14	Hospital Manuel Nuñoz Butrón	Diresa	Puno
15	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
16	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
17	Hospital Gustavo Lannata Luján	Diresa	Amazonas
18	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
19	Hospital Regional Vírgen de Fátima	Diresa	Amazonas
20	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
21	Hospital Alfredo Callo Rodriguez Sicuani	Diresa	Cusco
22	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
23	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
24	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
25	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
26	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
27	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
28	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
29	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
30	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
31	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
32	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
33	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
34	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
35	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
36	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
37	Hospital II - 1 Jamo	Diresa	Tumbes
38	Hospital Carlos Alberto Cortez Jimenez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
39	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín
40	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
41	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
42	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
43	Hospital Provincial Docente Belen	Diresa	Lambayeque
44	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
45	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
46	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
47	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
48	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
49	Hospital Almenara	EsSalud	Lima

Nº	EE.SS. que no han implementado medidas preventivas de contagio de TB para el personal de salud		
	Nombre	**Entidad**	**Región**
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
3	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
4	Hospital I Altomayo	EsSalud	San Martín
5	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
6	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
7	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
8	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
9	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
10	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
11	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
12	Hospital Lucio Aldazabal Paucar-Huancané	Diresa	Puno
13	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
14	Hospital Manuel Nuñoz Butrón	Diresa	Puno
15	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
16	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
17	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
18	Hospital Gustavo Lannata Luján	Diresa	Amazonas
19	Hospital Aplao	Diresa	Arequipa
20	Hospital Alfredo Callo Rodriguez Sicuani	Diresa	Cusco
21	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
22	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
23	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
24	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
25	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
26	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
27	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
28	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
29	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
30	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
31	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
32	Hospital II - 1 Jamo	Diresa	Tumbes
33	Hospital Carlos Alberto Cortez Jimenez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
34	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica
35	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
36	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
37	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
38	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
39	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
40	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
41	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash

Nº	Personal de Consulta Externa sin identificación		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
5	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
6	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
7	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
8	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
9	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
10	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
11	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
12	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
13	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
14	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
15	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
16	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
17	Hospital San Martin de Porres-Macusani	Diresa	Puno
18	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno
19	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
20	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
21	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
22	Hospital Santiago Apóstol	Diresa	Amazonas
23	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
24	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
25	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac
26	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
27	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
28	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
29	Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
30	Hospital III Goyeneche	Diresa	Arequipa
31	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
32	Hospital Aplao	Diresa	Arequipa
33	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
34	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco
35	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
36	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
37	Hospital Regional Eleazar Guzman Barrón	Diresa	Ancash
38	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
39	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
40	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
41	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
42	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
43	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
44	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
45	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad
46	Hospital de Apoyo de Junín	Diresa	Junín
47	Hospital Materno Infantil El Carmen	Diresa	Junín
48	Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín
49	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
50	Hospital IV Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
51	Hospital Alberto Hurtado Abadia-La Oroya	EsSalud	Junín

Nº	Personal de Consulta Externa sin identificación		
	Nombre	Entidad	Región
52	Hospital Supe "Laura E. Rodríguez Dulanto	Diresa	Lima
53	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
54	Hospital de Tambopata	Diresa	Apurímac
55	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
56	Hospital General Nuestra Señora del Rosario Cajabamba	Diresa	Cajamarca
57	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
58	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
59	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
60	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
61	Hospital Gustavo Lanatta	EsSalud	Lima
62	Hospital Nacional Sergio Bernales	Minsa	Lima
63	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
64	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín
65	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
66	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
67	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
68	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
69	Hospital Regional de Lambayeque	Diresa	Lambayeque
70	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
71	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
72	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
73	Hospital de Apoyo Recuay	Diresa	Ancash
74	Hospital de Apoyo de Pomabamba	Diresa	Ancash
75	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
76	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
77	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
78	Hospital Antonio Skrabonja A. Pisco	EsSalud	Ica
79	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica
80	Hospital de Emergencia Grau	EsSalud	Lima
81	Hospital Dos de Mayo	Minsa	Lima

Nº	Personal de Hospitalización de Cirugía sin identificación		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
5	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín
6	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
7	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
8	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
9	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
10	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
11	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
12	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
13	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
14	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
15	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
16	Hospital Lucio Aldazabal Pauca - Huancané	Diresa	Puno
17	Hospital San Martín de Porres - Macusani	Diresa	Puno
18	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno
19	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
20	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
21	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
22	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
23	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
24	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
25	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
26	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
27	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac
28	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
29	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
30	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
31	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
32	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
33	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
34	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
35	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
36	Hospital II Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa
37	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima
38	Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia	Diresa	Loreto
39	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
40	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco
41	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
42	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
43	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Diresa	Ancash
44	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
45	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
46	Hospital Cascas	Diresa	La Libertad
47	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
48	Hospital El Carmen	Diresa	Junín

Nº	Personal de Hospitalización de Cirugía sin identificación		
	Nombre	Entidad	Región
49	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín
50	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
51	Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
52	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín
53	Hospital de Supe Laura E. Rodriguez Dulanto	Diresa	Lima
54	Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima
55	Hospital San Juan Bautista	Diresa	Lima
56	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
57	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
58	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
59	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
60	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca
61	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
62	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
63	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
64	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
65	Hospital Gustavo Lanatta	EsSalud	Lima
66	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
67	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
68	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
69	Hospital de Sullana	Diresa	Piura
70	Hospital de Apoyo de Chulucanas	Diresa	Piura
71	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
72	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
73	Hospital Talara	EsSalud	Piura
74	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
75	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
76	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
77	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
78	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
79	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
80	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
81	Hospital de Apoyo Recuay	Diresa	Ancash
82	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
83	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash
84	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash
85	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
86	Hospital de Emergencia Grau	EsSalud	Lima

Nº	Personal del Centro Obstétrico sin identificación		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
5	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
6	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín
7	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
8	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
9	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
10	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
11	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
12	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
13	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
14	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
15	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
16	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
17	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
18	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
19	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
20	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno
21	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
22	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
23	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
24	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
25	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
26	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
27	Hospital Higos Urcos	EsSalud	Amazonas
28	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac
29	Hospital Manuel Higa Arakaki	Diresa	Junín
30	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
31	Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
32	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
33	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
34	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
35	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
36	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa
37	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima
38	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima
39	Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia	Diresa	Loreto
40	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
41	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco
42	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
43	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
44	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Diresa	Ancash
45	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
46	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
47	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
48	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad

Nº	Personal del Centro Obstétrico sin identificación		
	Nombre	Entidad	Región
49	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
50	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
51	Hospital Cascas	Diresa	La Libertad
52	Hospital Víctor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
53	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
54	Hospital El Carmen	Diresa	Junín
55	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
56	Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
57	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín
58	Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima
59	Hospital San Juan Bautista	Diresa	Lima
60	Hospital de Chancay y Servicios Basicos de Salud	Diresa	Lima
61	Hospital San José	Diresa	Callao
62	Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega	EsSalud	Callao
63	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
64	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
65	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
66	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
67	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
68	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
69	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica
70	Hospital Gustavo Lanatta	EsSalud	Lima
71	Hospital Nacional Sergio Bernales	Minsa	Lima
72	Hospital Suárez Angamos	EsSalud	Lima
73	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
74	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
75	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
76	Hospital Sullana ESSALUD	EsSalud	Piura
77	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
78	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
79	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali
80	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
81	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
82	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
83	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
84	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
85	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
86	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
87	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash
88	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash
89	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
90	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
91	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
92	Hospital de Emergencia Grau	EsSalud	Lima
93	Hospital Dos de Mayo	Minsa	Lima

Nº	EE.SS. que no han implementado el uso del libro de reclamaciones		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Nivel II ESSALUD-Huánuco	EsSalud	Huánuco
3	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
4	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
5	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
6	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
7	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
8	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
9	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
10	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
11	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
12	Hospital Gustavo Lannata Luján	Diresa	Amazonas
13	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
14	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
15	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
16	Hospital Alfredo Callo Rodriguez Sicuani	Diresa	Cusco
17	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
18	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
19	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
20	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
21	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
22	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
23	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
24	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
25	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
26	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
27	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
28	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
29	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
30	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica
31	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
32	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
33	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
34	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
35	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
36	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
37	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash
38	Hospital Almenara	EsSalud	Lima
39	Hospital Dos de Mayo	Minsa	Lima

EE.SS. En los que no se observa limpieza en los SS.HH. Generales			
Nº	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
3	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
4	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
5	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
6	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
7	Hospital Manuel Nuñoz Butrón	Diresa	Puno
8	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
9	Hospital Gustavo Lannata Luján	Diresa	Amazonas
10	Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
11	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa
12	Hospital III Goyeneche	Diresa	Arequipa
13	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Minsa	Lima
14	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
15	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
16	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
17	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
18	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
19	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
20	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
21	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
22	Hospital Victor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
23	Hospital San Juan Bautista Huaral	Diresa	Lima
24	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca
25	Hospital Sergio Bernales	Minsa	Lima
26	Hospital Nacional Docente Madre, Niño	Minsa	Lima
27	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
28	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín
29	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
30	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
31	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash

Nº	EE.SS. que no cuentan con instalaciones sanitarias diferenciadas por sexo		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
3	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
4	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
5	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
6	Hospital Lucio Aldazabal Pauca - Huancané	Diresa	Puno
7	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
8	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
9	Hospital Santiago Apóstol	Diresa	Amazonas
10	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
11	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
12	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
13	Hospital III Goyeneche	Diresa	Arequipa
14	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima
15	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
16	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco
17	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
18	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
19	Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín
20	Hospital Supe "Laura E. Rodríguez Dulanto	Diresa	Lima
21	Hospital General Nuestra Señora del Rosario Cajabamba	Diresa	Cajamarca
22	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
23	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
24	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
25	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
26	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica
27	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica
28	Hospital Gustavo Lanatta	EsSalud	Lima
29	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Minsa	Lima
30	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
31	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
32	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
33	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
34	Hospital de Apoyo Recuay	Diresa	Ancash

Nº	EE.SS. que no han implementado un sistema de reporte y análisis de eventos adversos		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
4	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
5	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
6	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
7	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
8	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
9	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
10	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
11	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
12	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno
13	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
14	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
15	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
16	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
17	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
18	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
19	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
20	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
21	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
22	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
23	Hospital Alfredo Callo Rodriguez	Diresa	Cusco
24	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
25	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
26	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
27	Hospital Belén	Diresa	La Libertad
28	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín
29	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín
30	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
31	Hospital de Supe Laura E. Rodriguez Dulanto	Diresa	Lima
32	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
33	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
34	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
35	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
36	Hospital de Apoyo de Chulucanas	Diresa	Piura
37	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
38	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
39	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
40	Hospital de Apoyo Recuay	Diresa	Ancash
41	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
42	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash
43	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash

Nº	EE.SS. que no han implementado el comité de Vigilancia de Mortabilidad Materna		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
2	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
3	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
4	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
5	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
6	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
7	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
8	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
9	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
10	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
11	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
12	Hospital Víctor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
13	Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega	EsSalud	Callao
14	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
15	Hospital Nacional Sergio Bernales	Minsa	Lima
16	Hospital Octavio Mongrut Muñoz	EsSalud	Lima
17	Hospital I Tarma	EsSalud	Junín
18	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios
19	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
20	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash
21	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash

Implementación de consentimiento informado para práctica clínica docente

Nº	Reciben estudiantes para prácticas clínicas			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Quirúrgico			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Obstétrico		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
2	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
3	Hospital Nivel II ESSALUD-Huánuco	EsSalud	Huánuco	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
4	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
5	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín
6	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
7	Hospital I Altomayo	EsSalud	San Martín	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
8	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
9	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
10	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
11	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
12	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco
13	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
14	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
15	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
16	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
17	Hospital Rafael Ortíz Ravines	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno
18	Hospital Lucio Aldazabal Paucar-Huancané	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
19	Hospital Manuel Nuñoz Butrón	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno
20	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
21	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital Lucio Aldazabal Pauca - Huancané	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
22	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho	Hospital San Martín de Porres - Macusani	Diresa	Puno	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
23	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
24	Hospital II Huamanga ESSALUD	EsSalud	Ayacucho	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
25	Hospital Gustavo Lannata Luján	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital Huamanga ESSALUD	EsSalud	Ayacucho
26	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
27	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas

Implementación de consentimiento informado para práctica clínica docente

	Reciben estudiantes para prácticas clínicas			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Quirúrgico			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Obstétrico		
Nº	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
28	Hospital Regional Vírgen de Fátima	Diresa	Amazonas	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
29	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital II Huamanga ESSALUD	EsSalud	Ayacucho	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
30	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas
31	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital Higos Urcos	EsSalud	Amazonas
32	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
33	Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna	Diresa	Tacna	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
34	Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD	EsSalud	Tacna	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
35	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas	Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
36	Hospital III Goyeneche	Diresa	Arequipa	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas	Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud	Tacna
37	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
38	Hospital Base Carlos Alberto Seguín Escobedo	EsSalud	Arequipa	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
39	Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
40	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna	Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud	Arequipa
41	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Minsa	Lima	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
42	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa
43	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima
44	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima
45	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto	Hospital Base Carlos Alberto Seguín Escobedo	EsSalud	Arequipa	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
46	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto	Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa	Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia	Diresa	Loreto
47	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco
48	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco	Hospital II Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa	Hospital Alfredo Callo Rodriguez	Diresa	Cusco
49	Hospital Alfredo Callo Rodriguez Sicuani	Diresa	Cusco	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco
50	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
51	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash

Implementación de consentimiento informado para práctica clínica docente

Nº	Reciben estudiantes para prácticas clínicas			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Quirúrgico			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Obstétrico		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
52	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
53	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash	Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia	Diresa	Loreto	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
54	Hospital Regional Eleazar Guzman Barrón	Diresa	Ancash	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
55	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash	Hospital Alfredo Callo Rodriguez	Diresa	Cusco	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
56	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
57	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
58	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad	Hospital Jerusalen	Diresa	La Libertad
59	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
60	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
61	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad	Hospital Cascas	Diresa	La Libertad
62	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad	Hospital Belén	Diresa	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
63	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad	Hospital Belén	Diresa	La Libertad
64	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad	Hospital Víctor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
65	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín	Hospital Víctor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
66	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad	Hospital El Carmen	Diresa	Junín	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
67	Hospital Belén	Diresa	La Libertad	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín	Hospital El Carmen	Diresa	Junín
68	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
69	Hospital Victor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad	Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín
70	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín	Hospital de Supe Laura Esther Rodriguez Dulanto	Diresa	Lima
71	Hospital de Apoyo de Junín	Diresa	Junín	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima	Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima
72	Hospital Materno Infantil El Carmen	Diresa	Junín	Hospital de Supe Laura E. Rodriguez Dulanto	Diresa	Lima	Hospital San Juan Bautista	Diresa	Lima
73	Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín	Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima	Hospital de Chancay y Servicios Basicos de Salud	Diresa	Lima
74	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín	Hospital San Juan Bautista	Diresa	Lima	Hospital San José	Diresa	Callao
75	Hospital IV Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín	Hospital de Chancay y Servicios Basicos de Salud	Diresa	Lima	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Callao
76	Hospital Alberto Hurtado Abadia-La Oroya	EsSalud	Junín	Hospital de Ventanilla	Diresa	Callao	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac

Implementación de consentimiento informado para práctica clínica docente

Nº	Reciben estudiantes para prácticas clínicas			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Quirúrgico			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Obstétrico		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
77	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima	Hospital San José	Diresa	Callao	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
78	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima	Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega	EsSalud	Callao	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
79	Hospital Supe "Laura E. Rodríguez Dulanto"	Diresa	Lima	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
80	Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca
81	Hospital San Juan Bautista Huaral	Diresa	Lima	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
82	Hospital de Chancay y Servicios Basicos de Salud	Diresa	Lima	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
83	Hospital de Ventanilla	Diresa	Callao	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
84	Hospital San José	Diresa	Callao	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
85	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	Diresa	Callao	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica
86	Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega	EsSalud	Callao	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes	Hospital Carlos Ianfranco La Hoz	Minsa	Lima
87	Hospital IV Alberto Sabogal ESSALUD	EsSalud	Callao	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes	Hospital Cayetano Heredia	Minsa	Lima
88	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica	Hospital Nacional Sergio Bernales	Minsa	Lima
89	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica	Hospital Nacional Docente Madre, Niño	Minsa	Lima
90	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica	Hospital Octavio Mongrut Muñoz	EsSalud	Lima
91	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca	Hospital Nacional Docente Madre, Niño	Minsa	Lima	Hospital Carlos Alcántara Butterfield	EsSalud	Lima
92	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca	Hospital Carlos Alcántara Butterfield	EsSalud	Lima	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	EsSalud	Lima
93	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca	Hospital Suárez Angamos	EsSalud	Lima	Hospital I Tarma	EsSalud	Junín
94	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	EsSalud	Lima	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín
95	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca	Hospital de la Merced	Diresa	Junín	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
96	Hospital II - 1 Jamo	Diresa	Tumbes	Hospital I Tarma	EsSalud	Junín	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
97	Hospital Carlos Alberto Cortez Jimenez - EsSalud	EsSalud	Tumbes	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios
98	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios

Implementación de consentimiento informado para práctica clínica docente

	Reciben estudiantes para prácticas clínicas			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Quirúrgico			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Obstétrico		
Nº	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
99	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios
100	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura
101	Hospital Carlos Ianfranco La Hoz	Minsa	Lima	Hospital de Sullana	Diresa	Piura	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
102	Hospital Marino Molina Scippa	EsSalud	Lima	Hospital de Apoyo de Chulucanas	Diresa	Piura	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
103	Hospital Gustavo Lanatta-EsSalud	EsSalud	Lima	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
104	Hospital Cayetano Heredia	Minsa	Lima	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura
105	Hospital Sergio Bernales	Minsa	Lima	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
106	Hospital Santa Rosa	Minsa	Lima	Hospital Sullana ESSALUD	EsSalud	Piura	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
107	Hospital Nacional Docente Madre, Niño	Minsa	Lima	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
108	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Minsa	Lima	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
109	Hospital Octavio Mongrut Muñoz	EsSalud	Lima	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
110	Hospital Carlos Alcántara Butterfield	EsSalud	Lima	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
111	Hospital Suárez Angamos	EsSalud	Lima	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
112	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	EsSalud	Lima	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
113	Hospital de la Merced	Diresa	Junín	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash
114	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
115	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
116	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica
117	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash	Hospital Maria Reiche Marcona	EsSalud	Ica
118	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica	Hospital de Emergencia Grau	EsSalud	Lima
119	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios	Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica	Hospital Almenara	EsSalud	Lima
120	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica	Hospital Dos de Mayo	Minsa	Lima
121	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura	Hospital Maria Reiche Marcona	EsSalud	Ica			
122	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura	Hospital de Emergencia Grau	EsSalud	Lima			
123	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura	Hospital Almenara	EsSalud	Lima			

Implementación de consentimiento informado para práctica clínica docente

Nº	Reciben estudiantes para prácticas clínicas			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Quirúrgico			EE.SS. Que no han implementado el CI en el Centro Obstétrico		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
124	Hospital Jorge Reátegui Delgado ESSALUD	EsSalud	Piura	Hospital Dos de Mayo	Minsa	Lima			
125	Hospital Sullana ESSALUD	EsSalud	Piura						
126	Hospital Regional Cayetano Heredia	EsSalud	Piura						
127	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali						
128	Hospital Regional Pucallpa	Diresa	Ucayali						
129	Hospital II Pucallpa Red Asistencial Ucayali	EsSalud	Ucayali						
130	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque						
131	Hospital Provincial Docente Belen	Diresa	Lambayeque						
132	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque						
133	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque						
134	Hospital Agustín Arbulú Neyra	EsSalud	Lambayeque						
135	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque						
136	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura						
137	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash						
138	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash						
139	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash						
140	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash						
141	Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash						
142	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash						
143	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica						
144	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica						
145	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica						
146	Hospital María Reiche Marcona	EsSalud	Ica						
147	Hospital de Emergencia Grau	EsSalud	Lima						
148	Hospital Almenara	EsSalud	Lima						
149	Hospital Dos de Mayo	Minsa	Lima						

Información Centro Quirúrgico

Nº	EE.SS. Que no cuentan con horarios para brindar información			EE.SS. Que no publica los horarios		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
4	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
5	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
6	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
7	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco
8	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
9	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
10	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
11	Hospital San Martín de Porres - Macusani	Diresa	Puno	Hospital Lucio Aldazabal Pauca - Huancané	Diresa	Puno
12	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
13	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
14	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
15	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
16	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
17	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
18	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
19	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
20	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac
21	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
22	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
23	Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
24	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa	Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud	Tacna
25	Hospital II Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto
26	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
27	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Diresa	Ancash
28	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
29	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
30	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash	Hospital Belén	Diresa	La Libertad
31	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
32	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
33	Hospital Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
34	Hospital Víctor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
35	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad	Hospital de Supe Laura E. Rodriguez Dulanto	Diresa	Lima
36	Hospital El Carmen	Diresa	Junín	Hospital San Juan Bautista	Diresa	Lima
37	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac

Nº	EE.SS. Que no cuentan con horarios para brindar información			EE.SS. Que no publica los horarios		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
38	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
39	Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
40	Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
41	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica
42	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica
43	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital Carlos Alcántara Butterfield	EsSalud	Lima
44	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
45	Hospital Cayetano Heredia	Minsa	Lima	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín
46	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Minsa	Lima	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios
47	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
48	Hospital de Sullana	Diresa	Piura	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
49	Hospital de Apoyo de Chulucanas	Diresa	Piura	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
50	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
51	Hospital Sullana ESSALUD	EsSalud	Piura	Hospital Talara	EsSalud	Piura
52	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
53	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
54	Hospital de Apoyo Recuay	Diresa	Ancash	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
55	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
56	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
57	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
58	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica	Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica
59	Hospital Almenara	EsSalud	Lima	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica
60				Hospital Maria Reiche Marcona	EsSalud	Ica
61				Hospital de Emergencia Grau	EsSalud	Lima

Información Centro Obstétrico

Nº	EE.SS. Que no cuentan con horarios para brindar información			EE.SS. Que no publica los horarios		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
3	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
4	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
5	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
6	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco
7	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
8	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
9	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
10	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
11	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno
12	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
13	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
14	Hospital Higos Urcos	EsSalud	Amazonas	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
15	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
16	Hospital Manuel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
17	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
18	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
19	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa	Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
20	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud	Tacna
21	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa	Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud	Arequipa
22	Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima
23	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
24	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Diresa	Ancash
25	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
26	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
27	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco	Hospital Jerusalen	Diresa	La Libertad
28	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
29	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
30	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad	Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
31	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín
32	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
33	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
34	Hospital César A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad	Hospital de Chancay y Servicios Basicos de Salud	Diresa	Lima
35	Hospital Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital San José	Diresa	Callao
36	Hospital Belén	Diresa	La Libertad	Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega	EsSalud	Callao

Nº	EE.SS. Que no cuentan con horarios para brindar información			EE.SS. Que no publica los horarios		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
37	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
38	Hospital El Carmen	Diresa	Junín	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
39	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca
40	Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
41	Hospital San Juan Bautista	Diresa	Lima	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
42	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica
43	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca	Hospital Santa Rosa	Minsa	Lima
44	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca	Hospital Octavio Mongrut Muñoz	EsSalud	Lima
45	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
46	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
47	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
48	Hospital Carlos Ianfranco La Hoz	Minsa	Lima	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios
49	Hospital Nacional Docente Madre, Niño	Minsa	Lima	Hospital Talara	EsSalud	Piura
50	Hospital de la Merced	Diresa	Junín	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
51	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
52	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
53	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica
54	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura	Hospital Maria Reiche Marcona	EsSalud	Ica
55	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura	Hospital Dos de Mayo	Minsa	Lima
56	Hospital Sullana ESSALUD	EsSalud	Piura			
57	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura			
58	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali			
59	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque			
60	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque			
61	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque			
62	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash			
63	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash			
64	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash			
65	Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash			
66	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica			
67	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica			
68	Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica			
69	Hospital Almenara	EsSalud	Lima			

Hospitalización de Cirugía

Nº	EE.SS. Que no cuenta con áreas específicas difenciadas por sexo			EE.SS. que no cuentan con áreas específicas diferenciadas por edad		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano	Diresa	Huánuco
2	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
3	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
4	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
5	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
6	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
7	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
8	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
9	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
10	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
11	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
12	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno
13	Hospital Base Carlos Alberto Seguín Escobedo	EsSalud	Arequipa	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
14	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
15	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
16	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
17	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
18	Hospital El Carmen	Diresa	Junín	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
19	Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
20	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
21	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
22	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa
23	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Minsa	Lima	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
24	Hospital Octavio Mongrut Muñoz	EsSalud	Lima	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
25	Hospital Suárez Angamos	EsSalud	Lima	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima
26	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios	Hospital Jorge Voto Bernales	EsSalud	Lima
27	Hospital Talara	EsSalud	Piura	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
28	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto
29	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco
30	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
31				Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
32				Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco
33				Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
34				Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Diresa	Ancash
35				Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
36				Hospital Cascas	Diresa	La Libertad
37				Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
38				Hospital Belén	Diresa	La Libertad

Nº	EE.SS. Que no cuenta con áreas específicas difenciadas por sexo			EE.SS. que no cuentan con áreas específicas diferenciadas por edad		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
39				Hospital Víctor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
40				Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad
41				Hospital El Carmen	Diresa	Junín
42				Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín
43				Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
44				Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
45				Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
46				Hospital de Supe Laura E. Rodriguez Dulanto	Diresa	Lima
47				Hospital Barranca Cajatambo	Diresa	Lima
48				Hospital San Juan Bautista	Diresa	Lima
49				Hospital de Ventanilla	Diresa	Callao
50				Hospital San José	Diresa	Callao
51				Hospital II Lima Norte Luis Negreiros Vega	EsSalud	Callao
52				Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren	EsSalud	Callao
53				Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
54				Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
55				Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
56				Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
57				Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
58				Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica
59				Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Minsa	Lima
60				Hospital Octavio Mongrut Muñoz	EsSalud	Lima
61				Hospital Carlos Alcántara Butterfield	EsSalud	Lima
62				Hospital Suárez Angamos	EsSalud	Lima
63				Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	EsSalud	Lima
64				Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
65				Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios
66				Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
67				Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios
68				Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
69				Hospital Sullana ESSALUD	EsSalud	Piura
70				Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
71				Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
72				Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
73				Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
74				Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
75				Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
76				Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
77				Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash
78				Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz	Diresa	Ancash

Nº	EE.SS. Que no cuenta con áreas específicas difenciadas por sexo			EE.SS. que no cuentan con áreas específicas diferenciadas por edad		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
79				Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
80				Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
81				Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica

EE.SS. Que no cuentan con instalaciones sanitarias diferencidas por sexo			
Nº	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
3	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
4	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
5	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
6	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
7	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
8	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
9	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
10	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
11	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
12	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
13	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
14	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
15	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
16	Hospital Base Carlos Alberto Seguín Escobedo	EsSalud	Arequipa
17	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
18	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
19	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
20	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
21	Hospital El Carmen	Diresa	Junín
22	Hospital Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
23	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
24	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
25	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
26	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Minsa	Lima
27	Hospital Suárez Angamos	EsSalud	Lima
28	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
29	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios
30	Hospital de Apoyo de Chulucanas	Diresa	Piura
31	Hospital de Apoyo Las Mercedes	Diresa	Piura
32	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
33	Hospital Talara	EsSalud	Piura
34	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
35	Hospital de Apoyo Pomabamba	Diresa	Ancash

Condiciones para el acceso a los servicios de emergencia

Nº	EE.SS que no cuentan con camillas visibles			EE.SS que no cuentan con sillas de ruedas		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
3	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
4	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco
5	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
6	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
7	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
8	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima
9	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto
10	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash	Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa	Cusco
11	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
12	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
13	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
14	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
15	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
16	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
17	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
18	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
19	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica	Hospital IV Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
20	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
21	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
22	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
23	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
24	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
25	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali
26	Hospital de Apoyo de Pomabamba	Diresa	Ancash	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
27				Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
28				Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
29				Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
30				Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash

Condiciones para el acceso a los servicios de emergencia

Nº	EE.SS que no cuentan con facilidad un flujograma del proceso de atención			EE.SS que no cuentan con aviso sobre el derecho de toda persona a recibir atención de emergencia		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
5	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
6	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
7	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
8	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
9	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
10	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
11	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
12	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
13	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
14	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
15	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco
16	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
17	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
18	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
19	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
20	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
21	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
22	Hospital II Huamanga ESSALUD	EsSalud	Ayacucho	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno
23	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
24	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
25	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
26	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
27	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
28	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
29	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
30	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
31	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
32	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
33	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas
34	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
35	Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
36	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín

Nº	EE.SS que no cuentan con facilidad un flujograma del proceso de atención			EE.SS que no cuentan con aviso sobre el derecho de toda persona a recibir atención de emergencia		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
37	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
38	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
39	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
40	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa
41	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima
42	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
43	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto
44	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
45	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
46	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
47	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
48	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
49	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
50	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
51	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
52	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
53	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
54	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
55	Hospital Belén	Diresa	La Libertad	Hospital Cesar A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
56	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad	Hospital Belén	Diresa	La Libertad
57	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
58	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
59	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín	Hospital El Carmen	Diresa	Junín
60	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín
61	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
62	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
63	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
64	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
65	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
66	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca	Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica
67	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica
68	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica
69	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín
70	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
71	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
72	Hospital de la Merced	Diresa	Junín	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios
73	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
74	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios

Nº	EE.SS que no cuentan con facilidad un flujograma del proceso de atención			EE.SS que no cuentan con aviso sobre el derecho de toda persona a recibir atención de emergencia		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
75	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura
76	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
77	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
78	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
79	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura	Hospital Sullana	EsSalud	Piura
80	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
81	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura	Hospital Talara	EsSalud	Piura
82	Hospital Sullana	EsSalud	Piura	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali
83	Hospital Talara	EsSalud	Piura	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali
84	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
85	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
86	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
87	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
88	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
89	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
90	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
91	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
92	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica	Hospital de Apoyo de Pomabamba	Diresa	Ancash
93				Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash
94				Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
95				Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
96				Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica

Prácticas de atención en emergencia

Nº	EE.SS que no disponen de estudio de medición de satisfacción			EE.SS que no se han identificado las 3 principales causas de demora de atención		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco	Hospital de Apoyo Felipe Guaman Poma de Ayala	Diresa	Ayacucho
2	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
5	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín
6	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
7	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
8	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
9	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
10	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
11	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
12	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
13	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
14	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
15	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
16	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
17	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
18	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
19	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
20	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas
21	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac
22	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
23	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
24	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
25	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
26	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas	Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud	Tacna
27	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
28	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
29	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
30	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
31	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
32	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
33	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
34	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
35	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
36	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad

Nº	EE.SS que no disponen de estudio de medición de satisfacción			EE.SS que no se han identificado las 3 principales causas de demora de atención		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
37	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
38	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
39	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
40	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash	Hospital El Carmen	Diresa	Junín
41	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
42	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad	Hospital IV Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
43	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
44	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
45	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
46	Hospital Cesar A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
47	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
48	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
49	Hospital El Carmen	Diresa	Junín	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
50	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
51	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín
52	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín
53	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
54	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
55	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
56	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
57	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital Talara	EsSalud	Piura
58	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
59	Hospital Carlos Ianfranco La Hoz	Minsa	Lima	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
60	Hospital de la Merced	Diresa	Junín	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
61	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
62	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital Maria Reiche Marcona	EsSalud	Ica
63	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco			
64	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura			
65	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura			
66	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura			
67	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura			
68	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura			
69	Hospital Sullana	EsSalud	Piura			
70	Hospital Talara	EsSalud	Piura			
71	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque			
72	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque			
73	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque			

Nº	EE.SS que no disponen de estudio de medición de satisfacción			EE.SS que no se han identificado las 3 principales causas de demora de atención		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
74	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque			
75	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash			
76	Hospital de Apoyo de Pomabamba	Diresa	Ancash			
77	Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash			
78	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash			
79	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica			
80	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica			
81	Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica			

Registro en los servicios de emergencia

Nº	EE.SS. que no cuenta con guías de prácticas clínicas: 5 patologías más frecuentes			EE.SS. que no registran cada atención en una H.C.			EE.SS. que no lleva al día el registro diario de la médicas más importantes	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
1	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Rioja	Diresa
2	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Regional de Moquegua	Diresa
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital General de Oxapampa	Diresa
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa
5	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa
6	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa
7	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa
8	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa
9	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa
10	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital María Auxiliadora	Diresa
11	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa
12	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash	Hospital Chincheros	Diresa
13	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Andahuaylas	Diresa
14	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa
15	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa
16	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud
17	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital La Caleta	Diresa
18	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad	Hospital El Esfuerzo	Diresa
19	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital Jerusalén	Diresa
20	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco	Hospital Santa Isabel	Diresa
21	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque	Hospital de Apoyo Junín	Diresa
22	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas				Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa
23	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas				Hospital Tambobamba	Diresa
24	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas				Hospital Provincial Docente Belén	Diresa
25	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac				Hospital Regional Lambayeque	Diresa
26	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac				Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa
27	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín				Hospital de Yungay	Diresa
28	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín					
29	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa					
30	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco					

Nº	EE.SS. que no cuenta con guías de prácticas clínicas: 5 patologías más frecuentes			EE.SS. que no registran cada atención en una H.C.			EE.SS. que no lleva al día el registro diario de la médicas más importantes	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
31	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash					
32	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Diresa	Ancash					
33	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad					
34	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad					
35	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad					
36	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad					
37	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad					
38	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad					
39	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad					
40	Hospital Victor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad					
41	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín					
42	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín					
43	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín					
44	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima					
45	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac					
46	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac					
47	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac					
48	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca					
49	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca					
50	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes					
51	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín					
52	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco					
53	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco					
54	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios					
55	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura					
56	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura					
57	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura					
58	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali					
59	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque					
60	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash					
61	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash					
62	Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash					
63	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica					
64	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica					

Registro en los servicios de emergencia

Nº	EE.SS. que no cuenta con guías de prácticas clínicas: 5 patologías más frecuentes			EE.SS. que no registran cada atención en una H.C.			EE.SS. que no lleva al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
2	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
3	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
4	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
5	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
6	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
7	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
8	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
9	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
10	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
11	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas
12	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
13	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac
14	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
15	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
16	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
17	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
18	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
19	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
20	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
21	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
22	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas				Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
23	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas				Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
24	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas				Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
25	Hospital Andahuaylas	Diresa	Apurímac				Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
26	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac				Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
27	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín				Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
28	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín						
29	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa						
30	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco						

Nº	EE.SS. que no cuenta con guías de prácticas clínicas: 5 patologías más frecuentes			EE.SS. que no registran cada atención en una H.C.			EE.SS. que no lleva al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
31	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash						
32	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	Diresa	Ancash						
33	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad						
34	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad						
35	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad						
36	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad						
37	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad						
38	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad						
39	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad						
40	Hospital Victor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad						
41	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín						
42	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín						
43	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín						
44	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima						
45	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac						
46	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac						
47	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac						
48	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca						
49	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca						
50	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes						
51	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín						
52	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco						
53	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco						
54	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios						
55	Hospital de Apoyo Sullana	Diresa	Piura						
56	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura						
57	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura						
58	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali						
59	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque						
60	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash						
61	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash						
62	Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash						
63	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica						
64	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica						

Personal médico general en los servicios de emergencia supervisados

Nº	EE.SS. que no cuenta con médicos generales			EE.SS. que no cuentan con médicos generales a dedicación exclusiva del turno			EE.SS. que no cuentan con médicos generale	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
1	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud
2	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital II-1 Rioja	Diresa
3	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud
4	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Regional de Moquegua	Diresa
5	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital Base II Moquegua	EsSalud
6	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud
7	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Base II Pasco	EsSalud
8	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa
9	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa
10	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa
11	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa
12	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa
13	Hospital El Carmen	Diresa	Junín	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa
14	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Base III Puno	EsSalud
15	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa
16	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa
17	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa
18	Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital Santa María de Nieva	Diresa

Nº	EE.SS. que no cuenta con médicos generales			EE.SS. que no cuentan con médicos generales a dedicación exclusiva del turno			EE.SS. que no cuentan con médicos generales	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
19				Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa
20				Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Santiago Apostol	Diresa
21				Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital Higos Urco	EsSalud
22				Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa
23				Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa
24				Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital I Río Negro	EsSalud
25				Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash	Hospital de Aplao	Diresa
26				Hospital de Yungay	Diresa	Ancash	Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud
27				Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica	Hospital III Yanahuara	EsSalud
28				Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud
29				Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa
30							Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa
31							Hospital Quillabamba	Diresa
32							Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa
33							Hospital Regional del Cusco	Diresa
34							Hospital I Urubamba	EsSalud
35							Hospital I Quillabamba	EsSalud
36							Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa
37							Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa
38							Hospital Vista Alegre	Diresa
39							Hospital El Esfuerzo	Diresa
40							Hospital Santa Isabel	Diresa
41							Hospital de Cascas	Diresa
42							Hospital Belén	Diresa
43							Hospital I Albrecht	EsSalud
44							Hospital Rezzola Cañete	Diresa

Nº	EE.SS. que no cuenta con médicos generales			EE.SS. que no cuentan con médicos generales a dedicación exclusiva del turno			EE.SS. que no cuentan con médicos generales	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
45							Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud
46							Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa
47							Hospital Tambobamba	Diresa
48							Hospital Regional de Cajamarca	Diresa
49							Hospital de Apoyo Celendín	Diresa
50							Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud
51							Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud
52							Hospital I Tarma	EsSalud
53							Hospital Tocache	Diresa
54							Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud
55							Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa
56							Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa
57							Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud
58							Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud
59							Hospital Sullana	EsSalud
60							Hospital Talara	EsSalud
61							Hospital Regional de Pucallpa	Diresa
62							Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa
63							Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud
64							Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa
65							Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud
66							Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud

Personal médico general en los servicios de emergencia supervisados

Nº	EE.SS. que no cuenta con médicos generales			EE.SS. que no cuentan con médicos generales a dedicación exclusiva del turno			EE.SS. que no cuentan con médicos generales suficientes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
2	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
3	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
4	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
5	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
6	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
7	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
8	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
9	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
10	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
11	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
12	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno
13	Hospital El Carmen	Diresa	Junín	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
14	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
15	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
16	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
17	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
18	Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas

Nº	EE.SS. que no cuenta con médicos generales			EE.SS. que no cuentan con médicos generales a dedicación exclusiva del turno			EE.SS. que no cuentan con médicos generales suficientes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
19				Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
20				Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
21				Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
22				Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
23				Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
24				Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
25				Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
26				Hospital de Yungay	Diresa	Ancash	Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud	Arequipa
27				Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica	Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa
28				Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
29				Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
30							Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
31							Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
32							Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa	Cusco
33							Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
34							Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
35							Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
36							Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
37							Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
38							Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
39							Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
40							Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
41							Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad
42							Hospital Belén	Diresa	La Libertad
43							Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad
44							Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima

Nº	EE.SS. que no cuenta con médicos generales			EE.SS. que no cuentan con médicos generales a dedicación exclusiva del turno			EE.SS. que no cuentan con médicos generales suficientes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
45							Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
46							Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
47							Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
48							Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
49							Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
50							Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
51							Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín
52							Hospital I Tarma	EsSalud	Junín
53							Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
54							Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
55							Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios
56							Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
57							Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta	EsSalud	Madre de Dios
58							Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura
59							Hospital Sullana	EsSalud	Piura
60							Hospital Talara	EsSalud	Piura
61							Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali
62							Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
63							Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
64							Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
65							Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica
66							Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica

Médicos especialistas en medicina interna

Nº	EE.SS. que no cuenta con medicina interna			EE.SS. que no cuentan con médicos internistas a dedicació exclusiva del turno			EE.SS. que no cuentan con médicos internistas suficientes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco
2	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
3	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
4	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
5	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
6	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
7	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
8	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
9	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
10	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
11	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
12	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad	Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud	Tacna
13	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa
14	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
15	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
16	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura	Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud	Arequipa
17	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura	Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa
18	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima
19	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
20	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
21	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas				Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco
22	Hospital Regional Virgen de Fátima	Diresa	Amazonas				Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
23	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas				Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
24	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac				Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
25	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac				Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
26	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín				Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
27	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín				Hospital Belén	Diresa	La Libertad
28	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa				Hospital Victor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
29	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa				Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad
30	Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa	Cusco				Hospital IV Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
31	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco				Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
32	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash				Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima

33	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
34	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
35	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
36	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
37	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
38	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
39	Hospital Cesar A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
40	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad
41	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
42	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
43	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
44	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín
45	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
46	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
47	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
48	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
49	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
50	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín
51	Hospital I Tarma	EsSalud	Junín
52	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín
53	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
54	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
55	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
56	Hospital San Martín de Porres - Iberia	Diresa	Madre de Dios
57	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
58	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
59	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali
60	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali
61	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
62	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
63	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
64	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
65	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
66	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
67	Hospital de Apoyo de Pomabamba	Diresa	Ancash
68	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
69	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
70	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
71	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica

Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica
Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica

Personal no médico

Nº	EE.SS. que no cuenta con enfermeras			EE.SS. que no cuentan con enfermeras dedicación exclusiva			EE.SS. que no cuentan enfermeras suficient	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
1	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa
2	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud
3	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital II-1 Rioja	Diresa
4	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa
5	Hospital General Nuestra Señora del Ros	Diresa	Cajamarca	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud
6	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital Regional de Moquegua	Diresa
7	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín	Hospital II Ilo	Diresa
8	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital Base II Moquegua	EsSalud
9				Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud
10				Hospital Alto Moche-Walter Cruz V	Diresa	La Libertad	Hospital General de Oxapampa	Diresa
11				Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa
12				Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa
13				Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa
14				Hospital Regional Docente de Truji	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa
15				Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa
16				Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa
17							Hospital Base III Puno	EsSalud
18							Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa
19							Hospital Regional de Ayacucho	Diresa
20							Hospital Santa María de Nieva	Diresa
21							Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa
22							Hospital Santiago Apostol	Diresa
23							Hospital Higos Urco	EsSalud
24							Hospital Chincheros	Diresa
25							Hospital San Martín de Pangoa	Diresa
26							Hospital I Río Negro	EsSalud
27							Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa
28							Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud
29							Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa
30							Hospital Goyeneche	Diresa
31							Hospital Camaná	Diresa
32							Hospital de Aplao	Diresa
33							Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud
34							Hospital III Yanahuara	EsSalud
35							Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud
36							Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa
37							Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesia	Diresa
38							Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa
39							Hospital Antonio Lorena	Diresa

Nº	EE.SS. que no cuenta con enfermeras			EE.SS. que no cuentan con enfermeras dedicación exclusiva			EE.SS. que no cuentan enfermeras suficient	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
40							Hospital Quillabamba	Diresa
41							Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa
42							Hospital Regional del Cusco	Diresa
43							Hospital I Urubamba	EsSalud
44							Hospital I Quillabamba	EsSalud
45							Hospital San Ignacio de Casma	Diresa
46							Hospital III Chimbote	EsSalud
47							Hospital I Cono Sur	EsSalud
48							Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa
49							Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa
50							Hospital Vista Alegre	Diresa
51							Hospital El Esfuerzo	Diresa
52							Hospital Jerusalén	Diresa
53							Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa
54							Hospital Belén	Diresa
55							Hospital I Albrecht	EsSalud
56							Hospital Rezzola Cañete	Diresa
57							Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud
58							Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa
59							Hospital Regional de Cajamarca	Diresa
60							Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa
61							Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa
62							Hospital de Apoyo Celendín	Diresa
63							Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud
64							Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud
65							Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa
66							Hospital II Huancavelica	EsSalud
67							Hospital Carlos Ianfranco La Hoz	Minsa
68							Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud
69							Hospital I Tarma	EsSalud
70							Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa
71							Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud
72							Hospital Talara	EsSalud
73							Hospital Regional de Pucallpa	Diresa
74							Hospital Provincial Docente Belén	Diresa
75							Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud
76							Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa
77							Hospital de Yungay	Diresa
78							Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa
79							Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa

Nº	EE.SS. que no cuenta con enfermeras			EE.SS. que no cuentan con enfermeras dedicación exclusiva			EE.SS. que no cuentan enfermeras suficient	
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad
80							Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa
81							Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud
82							Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud

Personal no médico

Nº	EE.SS. que no cuenta con enfermeras			EE.SS. que no cuentan con enfermeras dedicación exclusiva			EE.SS. que no cuentan enfermeras suficientes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco
2	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
3	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
4	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
5	Hospital General Nuestra Señora del Ros	Diresa	Cajamarca	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
6	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
7	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
8	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
9				Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
10				Hospital Alto Moche-Walter Cruz V	Diresa	La Libertad	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
11				Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
12				Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
13				Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
14				Hospital Regional Docente de Truji	Diresa	La Libertad	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
15				Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno
16				Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
17							Hospital Base III Puno	EsSalud	Puno
18							Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
19							Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
20							Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
21							Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
22							Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
23							Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
24							Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
25							Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
26							Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
27							Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna
28							Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud	Tacna
29							Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa
30							Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
31							Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
32							Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
33							Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud	Arequipa
34							Hospital III Yanahuara	EsSalud	Arequipa
35							Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
36							Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima
37							Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesia	Diresa	Loreto
38							Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
39							Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco

Nº	EE.SS. que no cuenta con enfermeras			EE.SS. que no cuentan con enfermeras dedicación exclusiva			EE.SS. que no cuentan enfermeras suficientes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
40							Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
41							Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa	Cusco
42							Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
43							Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
44							Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
45							Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
46							Hospital III Chimbote	EsSalud	Ancash
47							Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
48							Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
49							Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
50							Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
51							Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
52							Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
53							Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
54							Hospital Belén	Diresa	La Libertad
55							Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad
56							Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
57							Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
58							Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Diresa	Apurímac
59							Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
60							Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Chota	Diresa	Cajamarca
61							Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
62							Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
63							Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
64							Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
65							Hospital Departamental de Huancavelica	Diresa	Huancavelica
66							Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica
67							Hospital Carlos Ianfranco La Hoz	Minsa	Lima
68							Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales	EsSalud	Junín
69							Hospital I Tarma	EsSalud	Junín
70							Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
71							Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura
72							Hospital Talara	EsSalud	Piura
73							Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali
74							Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
75							Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
76							Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
77							Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
78							Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash
79							Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica

Nº	EE.SS. que no cuenta con enfermeras			EE.SS. que no cuentan con enfermeras dedicación exclusiva			EE.SS. que no cuentan enfermeras suficientes		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
80							Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
81							Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica
82							Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica

Personal obstetra en el servicio de emergencia

Nº	EE.SS. que no cuenta con obstetrices			EE.SS. que no cuentan con obstetrices suficiente		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	Diresa	Huánuco
2	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
3	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
4	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
5	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
6	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
7	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
8	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
9	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
10	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
11	Hospital Manuel Nuñez Butrón	Diresa	Puno	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
12	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
13	Hospital II Huamanga ESSALUD	EsSalud	Ayacucho	Hospital Goyeneche	Diresa	Arequipa
14	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
15	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
16	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
17	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
18	Hospital Regional Hipolito Unanue Tacna	Diresa	Tacna	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco
19	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
20	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
21	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
22	Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa	Cusco	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
23	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
24	Hospital III Chimbote	EsSalud	Ancash	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
25	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
26	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
27	Hospital Belén	Diresa	La Libertad	Hospital Cesar A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
28	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad	Hospital Regional Docente de Trujillo	Diresa	La Libertad
29	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
30	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
31	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
32	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali
33	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
34	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica
35	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca			
36	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica			
37	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín			

Nº	EE.SS. que no cuenta con obstetrices			EE.SS. que no cuentan con obstetrices suficiente		
	Nombre	Entidad	Región	Nombre	Entidad	Región
38	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco			
39	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura			
40	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali			
41	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque			
42	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque			
43	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque			
44	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque			
45	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash			
46	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash			
47	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica			
48	Hospital Antonio Skrabonja A Pisco	EsSalud	Ica			

	EE.SS. que no cuentan con banco de sangre 24 horas		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
2	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín
3	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
4	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
5	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
6	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
7	Hospital Román Egoavil Pando	Diresa	Pasco
8	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco
9	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
10	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
11	Hospital de Apoyo Ylave	Diresa	Puno
12	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
13	Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané	Diresa	Puno
14	Hospital San Martín de Porres-Macusani	Diresa	Puno
15	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
16	Hospital de Apoyo Cangallo	Diresa	Ayacucho
17	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
18	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
19	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
20	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
21	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
22	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
23	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas
24	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
25	Hospital Chincheros	Diresa	Apurímac
26	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
27	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
28	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
29	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
30	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
31	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
32	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa
33	Hospital José Agurto Tello-Chosica	Minsa	Lima
34	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
35	Hospital Quillabamba	Diresa	Cusco
36	Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa	Cusco
37	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
38	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
39	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
40	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
41	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
42	Hospital Leoncio Prado	Diresa	La Libertad
43	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
44	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
45	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
46	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
47	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
48	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
49	Hospital Cesar A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
50	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad
51	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
52	Hospital de Apoyo Junín	Diresa	Junín
53	Hospital El Carmen	Diresa	Junín
54	Hospital Alberto Hurtado Abadia	EsSalud	Junín

	EE.SS. que no cuentan con banco de sangre 24 horas		
	Nombre	Entidad	Región
55	Hospital Tambobamba	Diresa	Apurímac
56	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
57	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
58	Hospital General I Jose H. Soto Cadenillas Cho	Diresa	Cajamarca
59	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
60	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
61	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
62	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica
63	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
64	Hospital Selva Central y Enfermedades Tropic	EsSalud	Junín
65	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
66	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
67	Hospital de Apoyo Chulucanas	Diresa	Piura
68	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
69	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura
70	Hospital Sullana	EsSalud	Piura
71	Hospital Regional de Pucallpa	Diresa	Ucayali
72	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
73	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
74	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
75	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
76	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
77	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
78	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
79	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
80	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica
81	Hospital Maria Reiche Marcona	EsSalud	Ica

	EE.SS. que no cuentan con centro quirúrgico habilitado 24 horas		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
2	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
3	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
4	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
5	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
6	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
7	Hospital de Apoyo San Miguel	Diresa	Ayacucho
8	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas
9	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
10	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
11	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
12	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
13	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
14	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
15	Hospital San Ignacio de Casma	Diresa	Ancash
16	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
17	Hospital Elpidio Berovides Pérez	Diresa	La Libertad
18	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
19	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
20	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
21	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
22	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
23	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
24	Hospital de Cascas	Diresa	La Libertad
25	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad
26	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad
27	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
28	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
29	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
30	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura
31	Hospital Sullana	EsSalud	Piura
32	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
33	Hospital Regional Lambayeque	Diresa	Lambayeque
34	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
35	Hospital de Yungay	Diresa	Ancash
36	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica

	Servicios de emergencia que no cuenta con ambulancia propia		
	Nombre	Entidad	Región
1	Hospital Regional de Moquegua	Diresa	Moquegua
2	Hospital General de Oxapampa	Diresa	Pasco
3	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
4	Hospital Regional de Ayacucho	Diresa	Ayacucho
5	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
6	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
7	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
8	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
9	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
10	Hospital de Especialidades Básicas La Nori	Diresa	La Libertad
11	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
12	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
13	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
14	Hospital Sullana	EsSalud	Piura
15	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque

Servicios de emergencia que no cuenta teléfono				
1	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín	Selva
2	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno	Sierra
3	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno	Sierra
4	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho	Sierra
5	Hospital Santa María de Nieva	Diresa	Amazonas	Selva
6	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas	Selva
7	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas	Selva
8	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín	Sierra
9	Hospital Alfredo Callo Rodríguez	Diresa	Cusco	Sierra
10	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad	Costa
11	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad	Costa
12	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad	Costa
13	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad	Costa
14	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad	Costa
15	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca	Sierra
16	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes	Costa
17	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque	Costa
18	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque	Costa
19	Hospital Víctor Ramos Guardia	Diresa	Ancash	Sierra
20	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica	Costa

Servicios de emergencia que no cuenta teléfono			
1	Hospital Nivel II ESSALUD Huánuco	EsSalud	Huánuco
2	Hospital II-1 Moyobamba	Diresa	San Martín
3	Hospital II-1 Rioja	Diresa	San Martín
4	Hospital II-2 Tarapoto	Diresa	San Martín
5	Hospital I Altomayo ESSALUD	EsSalud	San Martín
6	Hospital II Tarapoto ESSALUD	EsSalud	San Martín
7	Hospital II Ilo	Diresa	Moquegua
8	Hospital Base II Moquegua	EsSalud	Moquegua
9	Hospital II Ilo ESSALUD	EsSalud	Moquegua
10	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Pasco
11	Hospital I Oxapampa	EsSalud	Pasco
12	Hospital Base II Pasco	EsSalud	Pasco
13	Hospital Huariaca ESSALUD	EsSalud	Pasco
14	Hospital de Apoyo Yunguyo	Diresa	Puno
15	Hospital de Apoyo Sandia	Diresa	Puno
16	Hospital Rafael Ortiz Ravines-Juli	Diresa	Puno
17	Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Diresa	Ayacucho
18	Hospital Daniel Alcides Carrión-Huanta	Diresa	Ayacucho
19	Hospital Gustavo Lanatta Luján	Diresa	Amazonas
20	Hospital Santiago Apostol	Diresa	Amazonas
21	Hospital María Auxiliadora	Diresa	Amazonas
22	Hospital El Buen Samaritano	EsSalud	Amazonas
23	Hospital Heroes del Cenepa	EsSalud	Amazonas
24	Hospital Higos Urco	EsSalud	Amazonas
25	Hospital I Andahuaylas ESSALUD	EsSalud	Apurímac
26	Hospital Manuel Angel Higa Arakaki	Diresa	Junín
27	Hospital San Martín de Pangoa	Diresa	Junín
28	Hospital I Río Negro	EsSalud	Junín
29	Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna	EsSalud	Tacna
30	Hospital Regional Honorio Delgado	Diresa	Arequipa
31	Hospital Camaná	Diresa	Arequipa
32	Hospital de Aplao	Diresa	Arequipa
33	Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	EsSalud	Arequipa
34	Hospital I Edmundo Escomel	EsSalud	Arequipa
35	Hospital III Manuel Torres Muñoz-Mollendo	EsSalud	Arequipa
36	Hospital Nacional Hipólito Unánue	Minsa	Lima
37	Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"	Diresa	Loreto
38	Hospital Iquitos César Garayar García	Diresa	Loreto
39	Hospital III Iquitos	EsSalud	Loreto
40	Hospital Antonio Lorena	Diresa	Cusco
41	Hospital Regional del Cusco	Diresa	Cusco
42	Hospital I Urubamba	EsSalud	Cusco
43	Hospital I Quillabamba	EsSalud	Cusco
44	Hospital Adolfo Guevara Velasco	EsSalud	Cusco
45	Hospital La Caleta	Diresa	Ancash
46	Hospital III Chimbote	EsSalud	Ancash
47	Hospital I Cono Sur	EsSalud	Ancash
48	Hospital Alto Moche-Walter Cruz Vilca	Diresa	La Libertad
49	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	Diresa	La Libertad
50	Hospital Vista Alegre	Diresa	La Libertad
51	Hospital El Esfuerzo	Diresa	La Libertad
52	Hospital Jerusalén	Diresa	La Libertad
53	Hospital Santa Isabel	Diresa	La Libertad
54	Hospital Cesar A. Vallejo Mendoza	Diresa	La Libertad
55	Hospital Florencia de Mora	EsSalud	La Libertad

Servicios de emergencia que no cuenta teléfono			
56	Hospital Victor Lazarte Echegaray	EsSalud	La Libertad
57	Hospital I Albrecht	EsSalud	La Libertad
58	Hospital El Carmen	Diresa	Junín
59	Hospital Daniel Alcides Carrión	Diresa	Junín
60	Hospital Domingo Olavegoya	Diresa	Junín
61	Hospital IV Ramiro Priale Priale	EsSalud	Junín
62	Hospital Rezzola Cañete	Diresa	Lima
63	Hospital II ESSALUD Cañete	EsSalud	Lima
64	Hospital II Abancay	EsSalud	Apurímac
65	Hospital Regional de Cajamarca	Diresa	Cajamarca
66	Hospital General Nuestra Señora del Rosario	Diresa	Cajamarca
67	Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca	Diresa	Cajamarca
68	Hospital de Apoyo Celendín	Diresa	Cajamarca
69	Hospital II ESSALUD Cajamarca	EsSalud	Cajamarca
70	Hospital II - 1 JAMO	Diresa	Tumbes
71	Hospital Carlos Alberto Cortez - EsSalud	EsSalud	Tumbes
72	Hospital de Pampas	Diresa	Huancavelica
73	Hospital II Huancavelica	EsSalud	Huancavelica
74	Hospital de la Merced	Diresa	Junín
75	Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma	Diresa	Junín
76	Hospital Tocache	Diresa	Huánuco
77	Hospital de Tingo María	Diresa	Huánuco
78	Hospital I Tingo María - RAHU	EsSalud	Huánuco
79	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Diresa	Madre de Dios
80	Hospital Las Mercedes	Diresa	Piura
81	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa	Diresa	Piura
82	Hospital Jorge Reátegui Delgado	EsSalud	Piura
83	Hospital Sullana	EsSalud	Piura
84	Hospital Cayetano Heredia	EsSalud	Piura
85	Hospital Talara	EsSalud	Piura
86	Hospital Amazónico	Diresa	Ucayali
87	Hospital II Pucallpa	EsSalud	Ucayali
88	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Diresa	Lambayeque
89	Hospital Provincial Docente Belén	Diresa	Lambayeque
90	Hospital Referencial de Ferreñafe	Diresa	Lambayeque
91	Hospital Agustín Arbulu Neyra	EsSalud	Lambayeque
92	Hospital Nivel 1 Naylamp	EsSalud	Lambayeque
93	Hospital San Juan de Dios Caraz	Diresa	Ancash
94	Hospital de Apoyo de Recuay	Diresa	Ancash
95	Hospital ESSALUD Huaraz	EsSalud	Ancash
96	Hospital San Juan de Dios Pisco	Diresa	Ica
97	Hospital de Apoyo de Nazca	Diresa	Ica
98	Hospital Rene Toche Groppo Chincha	EsSalud	Ica
99	Hospital Maria Reiche Marcona	EsSalud	Ica