



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

## **FACULTAD DE DERECHO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO**

**“Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE  
ABOGADO**

**AUTOR:**

Merly Fasanando Vallejos

**ASESORA:**

Dra. Grethel Silva Huamantumba


**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

DERECHO CONSTITUCIONAL

**TARAPOTO – PERÚ.**

2017

## PÁGINA DEL JURADO




---

**Abg. Luis Roberto Cabrera Suárez**  
Presidente



---

**Dra. Grethel Silva Huamantumba**  
Secretaria



---

**Dr. Luis Felipe Cabeza Molina**  
Vocal

## **DEDICATORIA**

A ti Madre, fuente de inspiración de mis empeños constantes, que tienes algo de Dios por tu infinito amor e incansables cuidados. Porque cuando todos los caminos se cerraban, tu puerta era la única siempre abierta. Porque todo lo que soy y espero ser te lo debo a Ti que eres y serás el pilar de mi vida.

A ti Papá Rafael, por la confianza y por siempre creer en mí, porque ese voto que tuviste conmigo me ha permitido que hoy pueda dedicarte estas palabras; Gracias por tu amor de padre e incondicional apoyo, gracias por ser siempre la ventana de la esperanza en mi vida personal y profesional.

A ti hermanita Marilyn, compañera de vida, confidente y amiga, gracias por tu lealtad y por esa capacidad de amar y de perdonar que siempre asombra. Dios sabe cuánto te amo.

A ti mi amado Renato, razón de mi existir, dueño de mi corazón, cuando crezcas sabrás que ninguna tía amo a su sobrino como yo te amo a ti pedacito de cielo.

## **AGRADECIMIENTO**

Deseo agradecer A:

Nuestro Señor por guiar mis pasos por el sendero correcto y permitirme culminar esta digna vocación.

A mi Universidad Cesar Vallejo, por darme la oportunidad de iniciar un sueño a lado de excelentes docentes, profesionales con calidad humana.

A usted Doctor César Peláez, por sus enseñanzas, por su paciencia, por su leal amistad, pero sobre todo por enseñarnos a luchar por lo que creemos.

A mi asesor Doctor Luis Felipe Cabezas Molina, por concederme ese voto de confianza que dio luz a mi investigación.

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, **Merly Fasanando Vallejos**, estudiante del Programa de Derecho de la Escuela de Pregrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 42558396, con la tesis titulada **“Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA, en el Hospital MINSA II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”**

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagió (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Tarapoto, julio, 2017.

Merly Fasanando Vallejos

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada **“Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”** con la finalidad de dar, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Título profesional de Derecho esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El Autor.

## ÍNDICE

<b>PÁGINA DEL JURADO .....</b>	<b>II</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>IV</b>
<b>DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD .....</b>	<b>V</b>
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XI</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>14</b>
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	14
1.2. TRABAJOS PREVIOS.....	22
1.2.1. A Nivel Internacional.....	22
1.2.2. A Nivel Nacional .....	28
1.2.3. A Nivel Local.....	31
1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA .....	32
1.3.1. Evolución Histórica del Derecho a la Salud.....	32
1.3.2. Consagración Constitucional del Derecho a la Salud.....	36
1.3.3. El Derecho a la Salud .....	41
1.3.4. Norma Técnica Salud N°084-Minsa/DGSP de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro.....	44
1.3.5. Responsabilidad Civil Profesional .....	48
1.3.6. Responsabilidad Civil Médica .....	50
1.3.7. Conceptos básicos sobre Responsabilidad Médica .....	53
1.3.7.1. Acto Médico .....	53
1.3.8. La Responsabilidad Civil Médica en el Perú .....	61
1.3.9. La Responsabilidad Médica en la Legislación Peruana .....	67
1.3.10. Inobservancia de normas y Procedimientos de Salud.....	73
1.3.11. Definición de Retinopatía .....	76
1.3.12. Definición de Retinopatía del Prematuro (ROP).....	77
1.3.13. Prematuridad .....	80
1.3.14. Principales Factores de Riesgo Asociados a ROP.....	81
1.3.14.1. Oxigenoterapia .....	81

1.3.14.2.	Bajo Peso / Inmadurez .....	83
1.3.14.3.	Iluminación Retiniana .....	84
1.3.15.	Clasificación.....	85
1.4.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	86
1.5.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	86
1.5.1.	Justificación Teórica: .....	86
1.5.2.	Justificación Práctica: .....	87
1.5.3.	Justificación Social:.....	87
1.5.4.	Justificación Metodológica: .....	88
1.6.	HIPÓTESIS .....	88
1.7.	OBJETIVOS .....	89
1.7.1.	Objetivo General.....	89
1.7.2.	Objetivos Específicos.....	89
<b>II.</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>90</b>
2.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	90
2.2.	VARIABLES:.....	90
2.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	90
2.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	92
2.4.1.	Población.....	92
2.4.2.	Muestra.....	92
2.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDES Y CONFIABILIDAD. ....	92
2.5.1.	Validez: .....	93
2.5.2.	Confiabilidad: .....	93
2.6.	MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:.....	93
2.7.	ASPECTOS ÉTICOS: NO CORRESPONDE .....	93
<b>III.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>94</b>
3.1.	ENTREVISTA .....	94
3.2.	VALIDACIÓN DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	94
3.3.	CUESTIONARIO REALIZADO A: UN MÉDICO PEDIATRA, DOS LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y TRES TÉCNICAS EN ENFERMERÍA, DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II TARAPOTO.....	97
<b>IV.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>119</b>



<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>124</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>125</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>126</b>
7.1. LIBROS: .....	126
7.2. TESIS .....	126
7.3. REVISTAS .....	127
7.4. NORMAS TÉCNICAS INTERNACIONALES DE ROP .....	128
7.5. LINKOGRAFIA. ....	128
<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>130</b>
Instrumentos.....	131
Validación de los instrumentos.....	139
Matriz de consistencia.....	142

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado “Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II - Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”, buscó demostrar como la trasgresión del derecho a la salud de un paciente con Diagnóstico de ROP por mala praxis médica, no atendido oportunamente está siendo obligado a vivir una vida que no le correspondía. En América Latina y el mundo la ROP se está convirtiendo en una de las principales causas de ceguera infantil, y Perú no es ajeno a estos problemas visuales, siendo la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, en tal sentido establecimos objetivos generales que nos permitió demostrar que pese a existir protocolos de salud que guían la acción médica, aun resulte inconcebible tolerar médicos que en su actuar negligente al dolor ajeno, ocasionen daños irreversibles, irreparables y difíciles de cuantificar por el daño físico, moral y psicológico que ocasiona a su paciente de por vida. Planteamos objetivos específicos que permitieron demostrar mediante el instrumento de investigación – Análisis Documental aplicado a 20 historias clínicas de pacientes prematuros con diagnóstico de ROP que la Mala Praxis médica ha sido determinante para incrementar el riesgo de ceguera infantil. Así mismo, evidenciamos mediante la técnica de encuesta – cuestionario, aplicados a personal médico de turno del área de neonatología, el nivel de conocimiento de la NTS N°084-MINSA. Para ello se realizó un estudio No Experimental, de tipo correlacional y de nivel transversal retrospectivo. Finalmente corresponde al Estado velar por el respeto de la persona humana y sobre todo por la defensa de su dignidad, por consiguiente, ante la vulneración de derechos fundamentales como la salud tiene la obligación de resarcir los daños originados, de lo contrario la irresponsabilidad del Estado implicaría validar un acto de injusticia y establecer un arbitrario privilegio de exoneración, que no es aceptable en un Estado Social y Democrático de Derecho.

**PALABRAS CLAVES:** Derechos a la Salud, Mala Praxis, NTS N°084-MINSA, Retinopatía del Prematuro.

## **ABSTRACT**

The present research entitled "Infringement of Health Rights of Premature Infants with Diagnosis of Retinopathy by Medical Bad practice Regarding Technical Rules of Health No. 084-MINSA in Hospital II -Tarapoto, since July to December 2016, pretend to demonstrate how the transgression of health rights in patients with ROP Diagnosis for medical bad practice, not attended opportunely, is being forced to live a life that he/she did not belong to him/ her. In South America and the world the ROP is becoming one of the main causes of childhood blindness, and Peru is not an exception of these visual problems, being the second cause of disability at the national level, in that sense we established general objectives that allowed us to demonstrate that despite of there are health protocols that guide medical actions, it is still inconceivable to tolerate medical doctors who in their negligent behavior against other people's pain, they cause irreversible, irreparable damages that are difficult to quantify because of the physical, moral and psychological harm they cause to their patient forever. We set specific objectives that allowed us to demonstrate through the research instrument - Documentary Analysis applied to 20 clinical histories of premature patients with ROP diagnosis that Medical Bad Praxis has been determinant to increase the risk of childhood blindness. Likewise, the level of knowledge of NTS N°084 - MINSA was evidenced by the technique of questionnaire - survey applied to medical staff of the neonatology area. For this, a non-experimental study, of correlational type and retrospective transverse level, was performed. Finally, it is the responsibility of the State to ensure respect for the human being and, above all, for the defense of their dignity, therefore, in presence of violation of fundamental rights, like health, the State is obliged to compensate for the damages originated, otherwise the irresponsibility of the State would imply to validate an act of injustice and establish an arbitrary privilege of exoneration, which is not acceptable in a Social and Democratic State of Law.

**KEYWORDS:** Health Rights, Bad Praxis, NTS N°084-MINSA, Retinopathy of Premature.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad Problemática

La salud es y será siempre uno de los anhelos más esenciales del ser humano, porque le permite desarrollar al máximo sus potencialidades y satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad, sin embargo, es una realidad que nuestra salud y la de quienes están a nuestro cuidado es motivo de preocupación cotidiana, independientemente de nuestra edad, género, condición socioeconómica u origen étnico, consideramos que la salud es el bien más básico y precioso que poseemos. La salud es mucho más que ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante entender la salud del modo más amplio posible. La salud puede ser entendida como el funcionamiento armónico del organismo, tanto en el aspecto físico como psicológico del ser humano. Es evidente que, como tal, constituye una condición indispensable para el desarrollo y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y social. **(Ortiz, 1983)**

Considerando que, la salud de una persona debe ser abordada en tres perspectivas, a saber: del individuo en particular, dentro de su contexto familiar y en un contexto social, más aún para los niños, la salud es vital porque son seres vulnerables, más expuestos a las enfermedades y a las complicaciones de salud. Al proteger a los niños de la enfermedad, éstos podrán llegar a la edad adulta con buena salud y contribuir así al desarrollo de sociedades más dinámicas y productivas. Por lo expuesto, los servicios públicos de salud cobran vital importancia en una sociedad, pues de ellos depende no sólo el logro de mejores niveles de vida de las personas, sino que incluso en la eficiencia de su prestación está en juego la vida y la integridad de los pacientes. La salud, por tanto, puede ser considerada como un bien no sólo a preservar o recuperar, sino también un bien susceptible de ser disfrutado, pero esta concepción de la salud es dinámica, cambiante de acuerdo con las condiciones de vida y las ideas de cada

sociedad y cultura, y supone, más que un estado o situación, una forma de vida, una forma de estar en la vida. En los últimos años, la vida y la salud de los seres humanos han pasado a ser no sólo conceptos definidores de lo humano, sino también categorías que aúnan los principales derechos de toda persona, esto es, el derecho a existir y a vivir con salud. Así lo recoge, al igual que en numerosas constituciones de diferentes países, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 3 prescribe: "Toda persona tiene derecho a la vida", y 25.1: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar". Así pues, la vida y la salud se articulan como valores morales, como bienes fundamentales (privados y públicos), que deben ser respetados y protegidos. Ahora bien, la salud es un derecho, pero un derecho que tiene un precio no sólo económico, sino también moral, y ello a un triple nivel: social, familiar y personal. Que la salud no tiene precio es una falacia de sobra evidente, pero que este precio puede ser a veces tan alto que obligue a cuestionarse su posibilidad o su posible racionamiento es algo que ya empieza mover muchas conciencias y muchas reflexiones económicas y políticas. **(Usera, 2006)**

En vista de que, el derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, por decirlo con todas las palabras, no es nuevo. Una de las definiciones del derecho a la salud que más ha llamado nuestra atención es la que se encuentra en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En ella se indica que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" así, vemos que el derecho a la salud implica bienestar, felicidad, paz, vida. La búsqueda del bienestar físico, mental y social de una persona requiere del esfuerzo de todos, y en especial del Estado y en el sistema de salud, el cual tiene dentro de sus deberes organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud y la creación de políticas que garanticen de este derecho y en

general, de todos los derechos de sus ciudadanos. El Gobierno Nacional debe ampliar la cobertura y el mejoramiento de la calidad de vida de la población y garantizar las condiciones mínimas de convivencia de la población en el entendido de que la salud no solamente implica la atención a las enfermedades y dolencias inmediatas, sino la transformación de la calidad de vida de las personas y en consecuencia su bienestar. **(Salud, 2010).**

Es necesario recalcar que la salud es un derecho que requiere especial atención, su trasgresión atenta directamente contra el derecho a la vida, no sólo en lo relacionado con la existencia de la persona sino en la calidad de vida que la misma debe tener y con mayor razón cuando nos referimos pacientes nacidos pre termino con diagnosticados de Retinopatía del Prematuro, debe ser oportuna, preventiva, eficiente y eficaz. La imposibilidad inmediata de transformar las condiciones de vida de esta población vulnerable, hace que los perjuicios a la salud sean mayores y en muchos casos, crónicos e irreversibles. La salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida; y la vinculación entre ambos es irresoluble, ya que la presencia de una enfermedad puede conducirnos a la muerte o, en todo caso, desmejorar la calidad de la vida y el truncamiento al proyecto de vida. Entonces, es evidente la necesidad de efectuar las acciones para instrumentalizar las medidas dirigidas a cuidar la vida, lo que supone el tratamiento destinado a atacar las manifestaciones de cualquier enfermedad para impedir su desarrollo o moderar sus efectos. **(OMS, 2010)**

Llegados a este punto debemos definir que, el derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe efectuar tratando de que

todas las personas, tengan una mejor calidad de vida. Ello comporta una inversión en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, así como la puesta en marcha de políticas, planes y programas. Sabemos que en toda actividad humana existe posibilidad de cometer errores o fallas; pero, es necesario por obvias razones que la actividad del profesional de la salud tiene que ser una de las más reguladas puesto que el médico por un actuar o dejar de actuar, ya sea en las formas de negligencia, imprudencia y/o impericia puede ocasionar graves consecuencias en la vida, cuerpo o la salud de las personas. La negligencia médica es un acto u omisión por parte de un proveedor de asistencia médica que se desvía de los protocolos estandarizados por la comunidad médica en la atención o manejo para una determinada enfermedad y que causa alguna lesión al paciente. La actitud negligente merece todo el peso de la ley, de acuerdo a la gravedad de la falta y las consecuencias en la víctima del hecho punible. En ese sentido, La Organización Mundial de la Salud, La Asociación Panamericana de Oftalmología, La Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, La Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN), Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera y La Academia Estadounidense de Pediatría(American Academy of Pediatrics), desarrollaron Guías, Normas Técnicas y Protocolos Internacionales en todos los niveles de la atención neonatal, para un programa de Prevención y Detección con el objetivo de identificar a los niños nacidos prematuros que presentan riesgos de retinopatía y prevenir la ceguera en el mundo. **(OMS, 2010).**

Durante muchos años se pensó que los prematuros no sobrevivían más allá del período neonatal, por lo que los cuidados médicos que se les prodigaban eran muy escasos, dejándose casi a su evolución natural y lógicamente la mortalidad era elevadísima. Sin embargo en 1935 médicos reconocidos por brindar un servicio de salud humano y digno, explicaron que tratando adecuadamente a estos niños se lograba la supervivencia de

un buen número de ellos. Este momento marca el inicio de un desarrollo de gran magnitud en el campo de las investigaciones fisiológicas, clínicas, bioquímicas y sociales que han logrado disminuir tanto la prematuridad en sí, como la morbilidad en este grupo. Después de los cambios socioeconómicos y el desarrollo científico-técnico en el mundo se comienza un radical cambio en la concepción y aplicación de la salud pública creándose múltiples programas para mejorar el estado de salud de la población y dentro de estos el Programa Materno Infantil y el de Atención al nacido pre término con bajo peso. Actualmente se ha conseguido disminuir la mortalidad de todos los niños atendidos independientemente del peso de nacimiento y de la enfermedad que presenten, por lo que los resultados obtenidos en cuanto a incremento de la supervivencia son francamente satisfactorios; sin embargo, la introducción de nuevas tecnologías y los avances terapéuticos de los últimos años no han tenido el mismo impacto en la morbilidad a corto y a largo plazo que en la mortalidad. No se ha conseguido, por ejemplo, reducir la frecuencia de la retinopatía de la prematuridad ni de la displasia broncopulmonar, aunque sí ha disminuido su gravedad. Anualmente se estima que el número de nacimientos prematuros en todo el mundo es aproximadamente de 13 millones. A pesar de la atención que ha recibido el problema de la prematuridad tanto desde el ámbito clínico como desde la investigación, su frecuencia se mantiene estable e incluso desde hace algunos años se aprecia cierto incremento en la frecuencia de prematuros extremos. **(Sociedad Peruana de Pediatría, 2012)**

La Organización Mundial de la Salud, considera que un niño es prematuro cuando nace antes de haberse completado las 37 semanas de gestación, acontecido el nacimiento precoz del bebe, necesita cuidados especiales para superar las dificultades propias de su nacimiento pre término, como: temperatura corporal, respiración, problemas neurológicos, alimenticios y visión. **(OMS, 2010)**. Ahora bien, de las dificultades antes mencionadas me he permitido elegir la dificultad de la visón, considero que es el más



preciado de todos nuestros sentidos, debo señalar que los ojos de un nacido pre término sufren una serie de afecciones oftalmológicas una de las más importantes es la retinopatía de la prematuridad, corriendo el riesgo de dañarse irreversiblemente en los 10 primeros días de vida contados desde su nacimiento, para lo cual es importante la atención de profesionales con experiencia y competencia adquirida y por lo tanto el acto médico debe ser responsable moral y ética. Sin perjuicio de lo antes mencionado, expreso que la no atención oportuna, correcta y no ceñida a los Principios Internacionales (Sociedad Iberoamericana de Neonatología y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera) y Nacional (Norma Técnica Salud N° 084-Minsa de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro) Básicos de Salud y el Respeto de los Derechos del recién nacido prematuro, conllevan a desarrollar secuelas devastadoras como la Retinopatía del Prematuro (ceguera total) irreversible, irreparable y difícil de cuantificar económicamente por el daño físico, moral y psicológico que ocasiona al bebé y la familia.

La Retinopatía de la Prematuridad es una enfermedad que ocurre en los pacientes prematuros y de bajo peso, donde se produce un desarrollo anormal de los vasos que irrigan la retina, esto sucede debido a que el ojo se desarrolla rápidamente durante las 28 a 40 semanas de gestación, el suministro de sangre a la retina comienza a las 16 semanas de gestación, en el nervio óptico, y los vasos sanguíneos se desarrollan desde ese punto, hacia los bordes de la retina, hasta la hora de nacer. Cuando un niño nace prematuramente este crecimiento normal se ve interrumpido y comienzan a crecer vasos anormales, con el tiempo, este crecimiento de los vasos produce una cicatriz de tejido fibroso que se adhiere a la retina desprendiéndola y causando ceguera total. La retina inmadura del prematuro puede seguir un proceso de desarrollo normal luego de una oportuna e inmediata intervención quirúrgica ajustada a los parámetros del

Plan de Acción para la Prevención de la Ceguera y Deficiencias Visuales en el mundo. **(OMS, 2010).**

En América Latina y el mundo la ROP se está convirtiendo en una de las principales causas de ceguera infantil, donde el 50% de niños con ceguera en el mundo por esta causa vive en países Latinoamericanos, se estima que dos tercios de los 50 000 niños con ceguera por ROP en todo el mundo viven en América Latina, el ineficiente cuidado neonatal del recién nacido prematuro puede verse comprometido por la falta de conciencia del personal médico calificado en las Unidades Neonatales de muchas ciudades en los países en vías de desarrollo. Teniendo como resultado un alarmante incremento de ceguera por Retinopatía del Prematuro. Ahora bien, de acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada y oportuna. Así, por ejemplo, México a partir del año 2000 en su afán de prevenir la ceguera infantil redoblo los esfuerzos encaminados a difundir conocimiento sobre ROP, creando el 4 de marzo el Consejo Nacional para la Prevención y el tratamiento de las Enfermedades Visuales, quienes elaboraron las “Pautas para el Examen, Detección y Tratamiento de Retinopatía del Prematuro en países de Latinoamérica”, y es en el año 2011 que se publica la Norma Oficial Mexicana 034, para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, lo cual representó un cambio radical en el manejo de la ROP en la República Mexicana. **(Dirección Federal de Salud de México, 2007).**

Posteriormente Argentina mediante Resolución N° 1613/2010 del ministerio de Salud Pública crea el Programa Nacional de Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro. Este Programa Nacional de Prevención de la Ceguera tiene como objetivo general

establecer en todo el Sistema de Salud las medidas de prevención, pesquisa diagnóstico y tratamiento de la ROP, con un alcance a todos los niños nacidos en la Argentina, con riesgo a padecer esta enfermedad puedan acceder a las medidas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de calidad. **(Ministerio de Salud de Argentina, 2015).**

Habría que decir también que los problemas visuales en el Perú son la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, en tal sentido el Estado Peruano a través del Ministerio de Salud ha priorizado como política pública a favor de la infancia emitir la “Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre Término con Riesgo de Retinopatía del Prematuro” que tiene como objetivos generales establecer las disposiciones para la atención de los niños pre termino con riesgo a desarrollar ROP en los establecimientos de todo el país, según los niveles de complejidad y capacidad resolutive y disponer el tamizaje obligatorio a todos los neonatos con riesgo de desarrollar Retinopatía del Prematuro, así como el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación oportuna de los casos. Esta Norma Técnica de Salud refleja la voluntad Política de implementar intervenciones de efectividad científicamente demostrada para reducir la morbilidad en el recién nacido pre término con riesgo a desarrollar Retinopatía y mejorar su calidad de vida, lo que constituye un derecho fundamental de la persona. La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos y sectores de salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, de EsSalud, de la Unidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Clínicas y otros del Subsector Privado), según corresponda. En adelante el diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad que requiere tratamiento quirúrgico es una emergencia y deberá ser manejado como tal. La desatención de esta emergencia, o si no se atiende oportunamente, puede ocasionar graves daños oculares hasta la ceguera. **(Ministerio de Salud del Perú, 2010)**

Sin perjuicio de todo lo antes mencionado, puedo decir que, a pesar de existir normas técnicas de salud que guían la acción médica a los distintos niveles, existen dificultades con su cumplimiento, debido al actuar irresponsable y poco ético de algunos profesionales de la salud, que olvidaron el juramento hipocrático de tener como único objetivo el bien de los enfermos, no debemos olvidar que el precio de un error o inobservancia en materia medica es la muerte de un ser humano, o una discapacidad de por vida. Por eso resulta inconcebible que un médico, como una enfermera que laboran en un servicio especializado de neonatología (área de pacientes nacidos prematuros) no esté entrenado para brindar una atención oportuna, correcta y respetuosa ceñida a los parámetros internacionales de salud. Dicho lo anterior es necesario recalcar que la salud pública no puede seguir tolerando médicos irresponsables, que en su actuar indiferente al dolor ajeno, ocasionan daños irreversibles, irreparables y difíciles de cuantificar económicamente por el daño físico, moral y psicológico que ocasiona a sus pacientes y con ellos a la familia. Por ultimo debemos entender que un niño con Retinopatía del Prematuro no atendido oportunamente está siendo obligado a vivir una vida que no le correspondía, con esto quiero decir que le están robando los ojos de la forma más inhumana y ni siquiera voltean a ver su dolor, hundiéndolo en la oscuridad, tristeza, desesperación y angustia de por vida, negándolo la oportunidad de ver, elegir y aprender, no olvidemos que el dolor de una madre para atender a su niño ciego y el sufrimiento de la familia es indescriptible. (Lo subrayado es nuestro).

## **1.2. TRABAJOS PREVIOS**

### **1.2.1. A Nivel Internacional**

**Rivadeneira. R (2010) “Justiciabilidad del Derecho a la Salud en el Derecho Comparado de Argentina y Colombia”**, por la Universidad Nacional De Colombia, Facultad De Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, en su tesis para optar el título profesional de Médico investiga y concluye que:

**Primero.** - La situación en salud a nivel mundial no es la mejor, los progresos científicos registrados en este ámbito han sido muy desiguales; la propagación de enfermedades transmisibles se mantiene; se verifica una atención no regulada de carácter comercial; el sector de la salud adolece de una enorme falta de fondos en muchos países; los sistemas sanitarios se fijan prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada, evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social, sin obtener los mejores resultados posibles para los recursos invertidos. Latinoamérica no es ajena a la situación mundial de inequidad en materia de salud. Como derecho humano, su disfrute se ha visto condicionado a la pugna entre economía y justicia, dominada actualmente por la primera, que "hace que la salud sea en la práctica más un servicio accesible según el estatus económico que un verdadero derecho humano básico.

**Segundo.** - El Sistema Interamericano de Derechos Humanos ante la vulneración de derechos fundamentales ha establecido el acceso a la justicia como garantía de los derechos sociales. Esto significa contar con recursos judiciales, debido proceso judicial y tutela judicial efectiva, que resulten idóneos para reclamar por la vulneración de estos derechos, lo que implica la obligación de los Estados de no impedir el acceso a esos recursos y la de organizar el aparato institucional de modo que todos los individuos puedan acceder a esos recursos. Dentro de las medidas que consagra el SIDH para la garantía de estos derechos se tienen: a) remover obstáculos económicos o financieros en el acceso a los tribunales, b) disponibilidad de la defensa pública gratuita para las personas sin recursos y los costos del proceso, c) información adecuada a la población sobre los derechos que poseen y los recursos judiciales disponibles para su tutela, d) el debido proceso legal, y e) el derecho a contar con una decisión fundada sobre el fondo del asunto. El SIDH ha identificado, además, un principio de igualdad de armas como

parte integrante del debido proceso legal, por cuanto el tipo de relaciones reguladas por los derechos sociales suelen presentar y presuponer condiciones de desigualdad entre las partes de un conflicto, como entre el beneficiario de un servicio social y el Estado prestador del servicio.

De manera semejante, **Carlos Andrés Giraldo Aristizabal**, en su tesis titulada “**La Acción Constitucional de Tutela como Mecanismo Efectivo para la Materialización del Derecho a La Salud - La Salud - Manizales 2010**”, por la Universidad de Manizales Facultad de Ciencias Jurídicas, para optar del título profesional de médico cirujano concluye que:

**Primero.** - Para que la salud sea reconocida y respetada como un derecho pleno para todos los colombianos, deben modificarse las bases estructurales del actual sistema de salud, el cual ha demostrado su ineficacia durante la última década. La solución definitiva puede ser estableciendo un modelo democrático de salud y no seguir con la intermediación de carácter comercial porque ha degradado el derecho de la población y el ejercicio del profesional médico, se ha lucrado con la enfermedad y ha desviado los recursos de la salud. Las restricciones existentes y preexistentes de los planes obligatorios de salud, la falta de eficacia y eficiencia en la prestación de los mismos, hace necesario que las personas cuenten con una herramienta jurídica como la acción constitucional de tutela encaminada y entendida como un mecanismo que permita y conlleve a la real materialización del goce efectivo al derecho constitucional a la salud.

**Segundo.** - Para la mayoría de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la tutela se ha convertido en un requisito para acceder a los tratamientos que protegen derechos básicos de cualquier ciudadano: la salud, la vida digna. De hecho, a las EPS se les ha vuelto una costumbre y debe decirse, en una macabra

costumbre, sugerir en voz baja a los pacientes que presenten una acción de tutela para conseguir los tratamientos que necesitan. Debido al alto número de tutelas por servicios de salud, la Corte Constitucional decidió establecer jurisprudencia, señalando las condiciones de acceso a tratamientos y medicamentos que, aunque no se encuentren incluidos en el POS, deben prestarse a los pacientes que no cuentan con los recursos necesarios para sufragar esos gastos. No obstante, estos reiterados pronunciamientos de la máxima autoridad constitucional no han logrado impedir que las entidades promotoras de salud, sigan negándose sistemáticamente a prestar determinados servicios y sólo lo hacen cuando media una orden judicial.

Consideremos ahora a Martínez. L. (2011) “**La Negligencia Médica y sus efectos en Materia Penal**”. Por la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad Centroamericana de Managua, Nicaragua, para optar del título profesional de Licenciado en Derecho quien concluye en:

**Primero.** - Un hospital, cuando contrata a su personal médico, debe hacer una investigación fundada en relación con la educación, capacitación y grado académico del postulante. Según la doctrina de "negligencia corporativa", si un hospital no hace una investigación fundada en relación con un miembro de su personal médico, puede ser considerado responsable por supervisión o retención negligente, si un miembro del personal entrega un cuidado negligente a un paciente y le provoca lesiones. Por ejemplo, un hospital puede ser considerado responsable de negligencia cuando no investiga las credenciales de un médico tratante antes de otorgarle privilegios en el hospital, o cuando autoriza a que un médico de quién conocía cierta incompetencia, o del que debió conocer dicha incompetencia, trate a pacientes en el hospital.

**Segundo.** - A los hospitales también se les exige que garanticen que haya siempre un número suficiente de enfermeras de turno registradas para mantener un cuidado de calidad hacia el paciente. Un hospital que no procede de esta manera, puede ser considerado responsable de las lesiones que sufren los pacientes debido a la falta de enfermeras. Otra área de responsabilidad posible surge cuando los empleados de un hospital no cumplen las órdenes de un médico privado que atiende a un paciente. Por el contrario, si un empleado hospitalario considera que el plan de tratamiento de un médico privado puede ser claramente contraindicado, pero no hace una investigación fundada del médico en cuanto al plan de tratamiento, el hospital también puede ser considerado responsable

Llegados a este punto veamos el trabajo de investigación de **Miranda. M. (2014). “Peso menor de 2000 Gramos al Nacer y Retinopatía del Prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial Docente Ambato Período enero 2011–septiembre 2012”**. Por la Universidad de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud, para optar el título profesional de Médico concluye que:

**Primero.** - La visión es el más importante de los sentidos. Es integrador de experiencia en el desarrollo del individuo. La audición, tacto y demás sentidos pueden facilitar el desarrollo del niño, pero nunca compensar la pérdida visual. El invidente y su familia enfrentan importantes necesidades sociales, interfiriendo directa e indirectamente con las actividades cotidianas de ambos. Los niños invidentes presentan alteraciones del desarrollo, menoscabo en la autoestima y limitado acceso a los sistemas de educación. Las implicaciones psicosociales no pueden ser calculadas en términos socioeconómicos: en la vida adulta las oportunidades de empleo son extremadamente limitadas, por lo que el invidente se convierte en una persona sin productividad, un dependiente social.



**Segundo.** - Los niños prematuros presentan mayor peligro y sufren una serie de afecciones oftalmológicas, una de las más importantes es la retinopatía de la prematuridad (ROP). Es una enfermedad en la que se produce un desarrollo anormal de los vasos que irrigan la retina y caracterizada por la detención del crecimiento vascular y luego una anormal maduración de los mismos en los bebés prematuros y de bajo peso al nacer. Con los avances científico-técnicos aumentan la sobrevivencia de prematuros de más bajo peso, lo que incrementa la cantidad de bebés con desarrollo vascular retiniano incompleto; esto provocó, entre los años 1970- 1980, la segunda gran epidemia de niños ciegos. Estudios acerca de esta enfermedad se han realizado en varios países. A pesar de que en las unidades de neonatología se aplica un programa de detección precoz, donde asiste un oftalmólogo adiestrado en la realización de estudios de fondo de ojo, según las normas de cada unidad, se observa que los casos están en aumento y constituyen la principal causa de ceguera infantil.

De manera similar **Madrazo. N. (2007). “Situación Actual de la Retinopatía de la Prematuridad en España”**, por la Universidad Complutense de Madrid Facultad de Medicina, Departamento de Oftalmología y Otorrinolaringología, para optar del título profesional de médico cirujano concluye que:

**Primero.** - El 31% de los centros médicos no existe un protocolo de seguimiento oftalmológico específico a largo plazo, donde la mayoría (82%) de los oftalmólogos encuestados no entrega información escrita a los padres sobre la exploración del fondo de ojo y únicamente la mitad de ellos entrega información escrita sobre la ROP y su tratamiento. Únicamente en el 57,41% de los centros existe una sección específica de oftalmología infantil. Por todo lo expuesto anteriormente, a pesar de la universalización del cribado de la ROP en los centros sanitarios nacionales, parece necesaria

una adecuación en el proceso de cribado, tratamiento, seguimiento e información, que mejore la eficiencia y la efectividad y que debe afectar a aspectos como mejorar la información escrita a los padres sobre retinopatía del prematuro y elaborar pautas de seguimiento oftalmológico tras el alta del nacido pre término.

### 1.2.2. A Nivel Nacional

Podemos afirmar que en nuestro país el respeto al derecho a la salud y las consecuencias que este acarrea cuando se ven vulnerados ha sido temas de constante debate, así por ejemplo Castellón, María. (2006). “Protección Constitucional del Derecho a la Salud Mental y su Aplicación en el Caso de los Afectados por el Conflicto Armado Interno”, Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú, para optar al grado académico de magister en derecho con mención en derecho constitucional, concluye que:

Podemos afirmar que en nuestro país el respeto al derecho a la salud y las consecuencias que este acarrea cuando se ven vulnerados ha sido temas de constante debate, así por ejemplo **Castellón, María. (2006). “Protección Constitucional del Derecho a la Salud Mental y su Aplicación en el Caso de los Afectados por el Conflicto Armado Interno”.**, Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú, para optar al grado académico de magister en derecho con mención en derecho constitucional, concluye que:

**Primero.** – La experiencia de la jurisdicción constitucional en el campo del Derecho a la Salud revela fácilmente que cada derecho social está dotado de un régimen jurídico particular y, por tanto, requiere un tratamiento diferenciado. No se puede olvidar en este sentido, que la constitucionalización de estos derechos constituye un punto de referencia básico y fundamental, así como su ordenamiento jurídico en su conjunto, el mismo que nutre con disposiciones normativas de rango legal y reglamentario el régimen jurídico de este derecho. Así en la Constitución de 1933 se eleva a rango

constitucional la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia, y se establece que el Estado tenía a su cargo “la sanidad pública y cuidado de la salud privada, dictando las leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezcan el perfeccionamiento físico, moral y social de la población”.

**Segundo.** - Los Derechos Sociales de Prestación, consagrados o no dentro las Constituciones, fueron reconocidos por los Estados a través de la implementación de planes de política social que atiendan a las necesidades de cada sociedad. En este contexto y en el marco señalado por las correspondientes legislaciones, ésta garantizaba también la posibilidad de que los ciudadanos puedan exigir al Estado las prestaciones sociales reconocidas como esenciales para la vida del ciudadano, entre ellas, las necesarias para garantizarle a cada uno el Derecho a la Salud.

Cosa parecida sucede también con la tesis de **Vanessa. F. (2016)**, titulada “**Retinopatía de la Prematuridad y su Evolución en Niños Sobrevivientes de Bajo Peso al Nacer Egresados del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Las Mercedes de Chiclayo durante los años 2012-2013**”, por la **Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana**, para optar el título profesional de Médico Cirujano, concluye que:

**Primero.** - Retinopatía de la Prematuridad es una enfermedad de causa multifactorial y emergente en países de mediano y menor desarrollo como lo es Perú, lo que hace necesario el abordaje e intervención urgente para la prevención de esta patología. Algunos de sus factores de riesgo son susceptibles de intervención y prevención, a fin disminuir la incidencia, morbilidad y contribuir de esta manera a mejorar la calidad de vida del recién nacido prematuro. El Ministerio de Salud (MINSA) a través de una

resolución ministerial ha oficializado la Guía de Práctica Clínica para la atención de los pacientes que padecen ROP; sin embargo, la presencia de casos de ROP severa en neonatos con mayor peso y edad gestacional que lo reportado en países desarrollados, ha obligado a tamizar a niños menores 2000 gramos o menor 34 semanas de edad gestacional. A ello se agrega que el manejo de la oxigenoterapia en las unidades de cuidados intensivos neonatales continúa siendo de muy alto riesgo para la presencia de ROP.

**Segundo.** - El Hospital Regional Docente de las Mercedes es un centro de referencia de la macro región norte, donde nacen 3500 niños en promedio por año, y en el servicio de neonatología se hospitalizan 1100 recién nacidos por año en promedio, 28% de los mismos son prematuros con pronóstico de desarrollar Retinopatía de la Prematuridad. A razón de ello EsSalud tiene un sistema de información con indicadores macro desde hace 10 años, que recientemente ha sido ampliado con mayor información de los niños hospitalizados, donde debe quedar incluida tanto la evaluación como el diagnóstico oftalmológico; sin embargo, la consignación de la información se realiza sólo hasta el alta del paciente, por lo que el diagnóstico de ROP debe encontrarse incompleto. El sistema de información perinatal es una tarea impostergable para la gestión de la salud perinatal y de urgente implementación para el Ministerio de Salud.

Algo semejante ocurre con **Raúl. J. (2016). “Prevalencia y Factores de Riesgo para el Desarrollo de Retinopatía de la Prematuridad en el Servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales, enero - diciembre 2014”, por la Universidad Ricardo Palma - Facultad De Medicina Humana**, en su tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, concluye que:

**Primero.** - La retinopatía de la prematuridad es una de las principales causas de ceguera infantil en los países del Tercer Mundo, se debe a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno por deficiencia en programas de prevención. Disminuir la incidencia de esta enfermedad es prioridad mundial, por tratarse de una entidad con gran potencial de prevención y al presentarse en el inicio de la vida, representa un gran número de años de ceguera y de incapacidad de por vida.

**Segundo.** - En el Perú se ha encontrado una incidencia entre 20-70% en recién nacidos con muy bajo peso al nacer y en el Servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales, el porcentaje de prematuridad entre el 2006 y 2013 se ha mantenido en promedio en 23%, sin embargo, las estadísticas mostraron un aumento para el último año, lo que indica la necesidad para el servicio de Neonatología en términos de personal, equipamiento y tecnología. Además, nos permite inferir que, las necesidades para la atención han aumentado, y se deben implementar más recursos.

### **1.2.3. A Nivel Local**

El niño, por la debilidad que le es característica y por la indefensión en que se encuentra, es sujeto de especial protección constitucional. Las autoridades públicas tienen la obligación de velar, dentro de sus respectivas órbitas de competencia, para sean objeto de injusticias, Es así que con fecha 08 de julio del año 2013 el Dr. Félix Enrique Ramírez Sánchez, Juez Titular del Juzgado Especializado en lo Civil de la Provincia de San Martín, en el **Expediente Judicial N° 00682-2013, “Indemnización por Daños y Perjuicios”**, en los seguidos por Marilyn Fasanando Vallejos contra la Dirección Regional de Salud de San Martín y Oficina de Operaciones de los Servicios de Referencia Regional Hospital II - Tarapoto, a efectos de resolver la pretensión de tutela jurisdiccional efectiva solicitada por la demandante, concluye en lo siguiente:

**Primero.** – Que el hecho del nacimiento prematuro de un niño, constituye una intervención más delicada y cuidadosa por parte de los servicios de salud, ello en la medida que todo niño prematuro corre el riesgo de adquirir la retinopatía del prematuro, debiendo seguir un procedimiento técnico dado por el mismo Ministerio de Salud, el cual encuentra contenido en la NTS N.º 084-MINSA/DGSP.V.01 “NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PRE TERMINO CON RIESGO DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO”, norma que es de aplicación obligatoria para todos los establecimientos de salud de los gobiernos regionales. En ella se establece que debe hacerse un tamizaje y que deben recibir tratamiento especializado y detectado una retinopatía requiere un tratamiento quirúrgico y “es una emergencia”. La desatención de esta emergencia, o si no se atiende oportunamente, puede ocasionar graves daños oculares hasta la ceguera.

**Segundo.** – Que de lo anterior podemos colegir que se ha acreditado el daño que se ha originado al menor Renato Sánchez Fasanando quien padece de Retinopatía del Prematuro grado V – Ceguera Toral, debido a la negligencia del servicio de salud brindado a dicho neonato, por lo tanto, es obligación primordial de las entidades estatales como particulares garanticen el debido servicio de salud y que con su actuar no se vulneren derechos fundamentales.

### **1.3. Teorías Relacionadas al tema**

#### **1.3.1. Evolución Histórica del Derecho a la Salud.**

Desde la aparición del hombre hace aproximadamente 200.000 años, la salud ha jugado un papel fundamental en la organización social humana. En un principio, la tribu, se encargaba bajo sentimientos de solidaridad y mutua ayuda, de atender las enfermedades de sus miembros por medio de una medicina que tenía dos modelos a saber: (i) un modelo empírico-biológico, basado

en la observación y la aplicación de hierbas o brebajes naturales, y (ii) un modelo mágico-espiritual, basado en una concepción animista de la existencia, en el cual los dioses castigaban por medio de enfermedades a los individuos, y en esa comprensión la redención espiritual era la única salida para obtener la curación. No obstante lo anterior, durante todo ese periodo histórico que va hasta el año 10.000 A.C, el concepto de un “derecho” a la salud, entendido desde un punto de vista más cercano al jurídico, como aquella prestación social radicada en un individuo, la cual busca garantizarle un completo estado de bienestar físico, mental y social, y que puede ser exigible mediante mecanismos efectivos a un deudor, que generalmente es el Estado que para ese periodo no existía y el concepto de un derecho a la salud, público y universal aún estaba muy lejos de construirse, sin embargo se fueron dando elementos que reflejan la naciente preocupación humana por situaciones que circundan el derecho a la salud, como la sanidad pública, o la comprensión de los fenómenos naturales que causaban las enfermedades. **(Castellón, 2006)**

Durante la existencia del imperio Romano y por la actividad militar de ese entonces, generó la necesidad de avances en la medicina y con ello se dieron grandes avances en el concepto de la salud como derecho. Sin embargo, a este punto no existía un derecho a la salud universal. Con el advenimiento del cristianismo en Roma, se da un fenómeno importante en la historia del derecho a la salud. La profunda influencia del concepto de compasión dentro del cristianismo, generó uno de los hechos soberanos dentro de la historia de la sociedad occidental. La aplicación práctica de la caridad, fue probablemente la causa individual más poderosa del éxito cristiano. La salud entonces, bajo el enfoque cristiano fue asumida bajo la concepción de piedad o compasión. Es importante advertir que lejanas están las visiones de una salud desde la

perspectiva de la compasión, a una salud entendida como un derecho humano o fundamental; sin embargo, esto no quiere decir que la piedad, la caridad y la compasión por el débil o enfermo, sean elementos reprochables dentro de la idea del derecho a la salud. A pesar de lo visto hasta aquí, el derecho a la salud se seguía observando como algo individual, que cada quien debía proveerse, es así que, durante el siglo XX, se asegura finalmente la idea de derecho a la salud, donde gran parte de los países del mundo adoptaron la carta de la organización de las Naciones Unidas. A pesar de que este documento no hace referencia expresa al derecho a la salud, si establece que uno de los fines primordiales de la comunidad internacional es “promover el progreso social” y “elevar el nivel de vida” dentro del concepto más amplio de libertad. La salud es considerada como un derecho ciudadano fundamental, formando parte del derecho a la vida, desde el 10 de diciembre de 1948, cuando se celebró en Paris la Asamblea General de la Naciones Unidas, aprobando la Declaración Universal de los Derechos Humanos. **(Castellón, 2006)**

En el orden cronológico expresado hasta aquí, un suceso importante empezará a definir la base de lo que constituirá la idea fundamental del derecho a la salud como lo conocemos hoy, en torno a 1950, surgieron a nivel internacional diversas declaraciones que defendían los Derechos Fundamentales del ser humano, esto es, derechos positivos, inherentes a la propia naturaleza del hombre, que bajo ningún concepto debían ser cuestionados y que todos los seres humanos debían gozar. Se podría decir entonces, trayendo a la modernidad esta filosofía, que no importa en qué lugar del mundo habite el hombre, no importa su raza, religión, su pensamiento político, su preferencia sexual, su origen familiar o social o cualquier otra circunstancia análoga; siempre habrá una justicia natural, y entre ellas podríamos decir que la salud, es un elemento de la



naturaleza humana. El nacimiento de lo que hoy se conoce como Derechos Sociales se inicia con las llamadas "Leyes de Protección" que comenzaron a aparecer en Europa occidental durante las dos últimas décadas del siglo XIX. Este fue un período en el que, además de tener gran fuerza el movimiento socialista, o tal vez a causa del mismo, tienen lugar diferentes manifestaciones y movilizaciones obreras reclamando por condiciones de trabajo dignas y por mínimos de bienestar social. En atención a estas reivindicaciones, en diversos países de Europa occidental se empezó a aplicar diferentes estrategias de atención o protección social, especialmente mediante el recurso de las leyes de protección, como primera expresión de lo que hoy se entiende como sistema de seguridad social. **(Castellón, 2006)**

En la segunda mitad del siglo XX los Estados occidentales en su mayoría se constituyen en Estado social de derecho y esa forma de Estado, dio un nuevo enfoque al reconocimiento y a la protección no sólo del Derecho a la Salud, sino en general a los Derechos de Prestación. En este siglo, los Derechos Sociales de Prestación, consagrados o no dentro las Constituciones, fueron reconocidos por los Estados a través de la implementación de planes de política social que atiendan a las necesidades de cada sociedad. En este contexto y en el marco señalado por las correspondientes legislaciones, está garantizando también la posibilidad de que los ciudadanos puedan exigir jurídicamente al Estado las prestaciones sociales reconocidas como esenciales para la vida del ciudadano, entre ellas, las necesarias para garantizarle a cada uno el Derecho a la Salud. En este grupo de Estados que hoy en día protegen y garantizan varios derechos sociales a la población mediante la emisión de políticas públicas dirigidas a su procura existencia, puede destacarse a un grupo de Estados que en sus Constituciones incluyen cláusulas que los reconocen, como es el caso de Argentina,

Brasil, Chile, Paraguay, entre otros. Esto no significa, que el carácter vinculante de esas cláusulas sea homogéneo entre los diferentes ordenamientos jurídicos, es más, en la mayoría de los Estados donde se reconocen constitucionalmente los Derechos Sociales de Prestación, las cláusulas que los consagran son consideradas como cláusulas programáticas o principios ordenadores de la política social sujetos a un desarrollo legal para su aplicación, por lo que no pueden ser exigidos directamente por los ciudadanos en tanto no obliguen directamente a los poderes públicos. A pesar de todo ello, la protección jurídica directa de los derechos sociales consagrados constitucionalmente se ha hecho una realidad en algunos países, generalmente como expresión del desarrollo de la propia cláusula del Estado Social de Derecho. La determinación de la naturaleza jurídica de los derechos sociales y muy especialmente del Derecho a la Salud en el ordenamiento jurídico peruano todavía se encuentra en sus primeros pasos, pero con una perspectiva prometedora, según se presenta a continuación. **(Castellón, 2006)**

### **1.3.2. Consagración Constitucional del Derecho a la Salud**

En los orígenes del Estado Liberal el concepto de Derechos Sociales es poco utilizado en los discursos políticos, resultando también incomprensible a la luz de las categorías jurídicas. Un paralelismo entre imperium y dominiun, soberanía y propiedad dará lugar a un orden constitucional que se inspira en la idea de unos derechos subjetivos entendidos como límites al poder público. Así como el soberano tiene poder sobre sus súbditos, de la misma forma el individuo es considerado señor de las facultades que el ordenamiento objetivo le reconoce como propias de su esfera personal, como atribuibles a su espacio vital (dominium). La persona se identifica con el sujeto que crea relaciones jurídicas por medio de su voluntad, en cuanto señor absoluto de una esfera de acciones que el poder público no puede traspasar. **(Castellón, 2006)**

En el caso peruano, a partir de la Constitución de 1933 se eleva a rango constitucional la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia, y se establece que el Estado tenía a su cargo “la sanidad pública y cuidado de la salud privada, dictando las leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezcan el perfeccionamiento físico, moral y social de la población”. Observando la historia del constitucionalismo peruano se cae en cuenta que la salud mental y la salud en general no fue considerada como un derecho sino hasta la Constitución de 1979. La salud no fue deber del Estado ni derecho de la persona, sino más bien fue considerada como un acto de caridad o beneficencia a cargo de la familia, los vecinos y la iglesia del cual quedaban exonerados los no cristianos. **(Artículo 50º, 1933)**

Posteriormente, la Constitución de 1979, da un paso significativo al consagrar la salud como un derecho subjetivo de naturaleza integral. Es importante hacer notar que no sólo se refiere al bienestar físico, sino también al bienestar mental, psicológico, social y cultural. Textualmente su artículo 15º señala que, “todos tienen derecho a la protección de la salud integral y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad” A pesar que el Derecho a la Salud está constitucionalmente consagrado a partir de la carta de 1979, éste no ha dado origen a pronunciamientos doctrinarios tan copiosos y diferentes como es el caso de España y de Colombia en América Latina. Por lo que, la mayoría de los pronunciamientos sobre el contenido y el alcance del Derecho a la Salud se le debe a la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia. Esta refleja referencias determinantes para el desarrollo del Derecho a la Salud en el Perú, ya que Colombia es un país cuya realidad se asemeja a la peruana al ser un país en desarrollo al igual que Perú. **(Castellón, 2006)**

En nuestro sistema jurídico, la realización del servicio público de la seguridad social y el Derecho a la Salud tienen como sustento los artículos 7, 9 y 11 de la Constitución, así como también por otros preceptos constitucionales como ser el artículo 2 inciso primero que consagra el derecho a la vida y a la integridad moral, psíquica y física. El artículo 7º de la Constitución peruana consagra el Derecho a la Salud en los siguientes términos: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Este artículo a su vez es concordante el artículo 9º, que establece: “El Estado determina la política nacional de salud. El poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”. Y, el artículo 11º, que a su vez dispone: “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”.

Se observa que, la Constitución Peruana establece explícitamente el derecho de protección a la salud que tiene toda persona dentro de la sociedad, además, confirma el derecho de las personas con deficiencia física o mental. Esta protección al Derecho a la Salud puede realizarse en diferentes formas, las cuales han sido recogidas tanto por la Comisión de Derechos Humanos, así como por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. **(Castellón, 2006)**

El Estado asume el papel regulador de este derecho social con la expedición de la Ley General de Salud en 1997, en cumplimiento a

tales mandatos constitucionales. La Ley General de Salud N° 26842 de 1997 se encarga de definir los propósitos que se persiguen con el reconocimiento del Derecho a la Salud. En ella se reconoce que, el Derecho a la Salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad, señalando como finalidades el fomento de actitudes racionales, responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida. Asimismo, consagra el impulso a la investigación científica y tecnológica, la educación en salud, la promoción de la medicina tradicional, así como promueve la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud. Esta Ley tiene como objeto regular el derecho constitucional a la salud estableciendo funciones generales y específicas para garantizar este derecho, se constituye en el elemento que vela por los intereses de la sociedad y los del individuo, es el medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología, y garantizar la equidad en la prestación de servicios. Entre las funciones específicas de la Ley General de Salud se puede mencionar, el combate a toda conducta perjudicial para la salud, la ejecución de programas y servicios para fomentarla, la asignación de recursos, sistematizar la participación de la sociedad, la vigilancia de la calidad de la atención y de los productos para su uso y consumo humano. En el ámbito de los Derechos Sociales, la salud integral constituye el eje alrededor del cual giran todos los demás derechos. Por tratarse de un derecho que es esencial a la persona, tiene un valor que se remite a la categoría de los derechos fundamentales, básicos para la vida y el libre desarrollo de la personalidad, por lo que, debe entenderse como un derecho tutelable. **(RIVERO, 2000)**

Asimismo, el Derecho a la Salud tutela la integridad física y psíquica de la persona. Su realización no se circunscribe a la simple ausencia de enfermedades, sino que abarca la protección del equilibrio psicológico frente a cualquier amenaza proveniente del ambiente externo. Su protección se proyecta respecto de las agresiones a la salud que se deriven de las condiciones propias del lugar de trabajo, de la escuela, de la ciudad o de cualquier otro ambiente. A pesar que la salud ha adquirido su carta de naturaleza con la llegada del constitucionalismo social, el Derecho a la Salud, considerando su relación con el individuo, tiene una estructura semejante a la de los derechos de libertad clásicos. Supone la titularidad de un bien natural y personal que todos están obligados a respetar. Como Derecho Prestacional, la salud se entiende como una obligación a cargo del Estado de emprender políticas orientadas a asegurar, en el marco del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de 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. En el mismo sentido, el Protocolo de San Salvador, que reconoce en su artículo 10º el derecho de toda persona a la salud, “entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, obliga a los Estados a reconocer a la salud como un bien público y a adoptar medidas para garantizarla. Estas medidas son las siguientes: a) la atención primaria de 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

en contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y 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. **(RIVERO, 2000)**

### **1.3.3. El Derecho a la Salud**

La salud es uno de aquellos derechos que por su carácter inherente a la existencia de todo ser humano se encuentra protegido en nuestro ordenamiento, especialmente en aras de una igualdad real y efectiva, en las personas que por su condición económica, física o mental se hallen en circunstancias de debilidad manifiesta. El derecho a la salud contiene una serie de elementos, que se enmarcan, en primer lugar, como un resultado - efecto del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. El reconocimiento del derecho a la salud prohíbe conductas de los individuos que causen daño a otro, imponiendo a éstos las sanciones y responsabilidades a que haya lugar. Por ello se afirma que el derecho a la salud es un derecho fundamental. **(Leguizamo, 2010)**

El derecho a la salud (o a su protección) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos. Así, por ejemplo, a partir del derecho a la salud, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica una vez que la salud, por la causa que sea, ha sido afectada; esto es lo que se llama el “derecho a la atención o asistencia sanitaria”. El derecho a la salud

también genera, como sucede con todos los derechos sociales, la obligación del Estado de preservar el bien jurídico protegido por la Constitución, es decir, la salud; tal protección supone la obligación del Estado de abstenerse de dañar la salud, que es una obligación negativa; de la misma manera, hace nacer la obligación —positiva— de evitar que particulares, servicios nacionales de salud como hospitales, grupos o empresas la dañen. Podría decirse que el derecho a la salud se despliega en un haz relativamente complejo de derechos y posiciones subjetivas. El derecho a la salud obliga también a los particulares; así, por ejemplo, los establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo. En caso de que el afectado no tenga recursos económicos para permanecer en el hospital o clínica privados, la obligación del establecimiento se limita a estabilizar a la persona, proporcionarle los medicamentos que necesite en lo inmediato y procurar su correcto traslado a una institución pública. Si no lo hiciera se podría configurar el delito de omisión de auxilio y la vulneración a derechos fundamentales protegidos por ley. **(Leguizamo, 2010)**

De acuerdo con una definición de la Organización Mundial de la Salud, como “un Estado de bien- estar físico, psíquico y social, tanto del individuo, como de la colectividad”. Es importante enfatizar la idea, contenida en la definición anterior, de que la salud tiene un componente individual y un componente colectivo o social. Desde luego, el goce de la salud es un bien individual, pues cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud. Pero la salud tiene una dimensión colectiva si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, tales como las epidemias, la contaminación, la circulación de agentes patógenos, la falta de



hábitos higiénicos, las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades, etcétera. La salud como un bien social solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención sanitaria adecuado. La protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales, en términos políticos y económicos de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del Estado de bienestar. **(OMS, 2010)**

De la consideración del derecho a la salud como derecho fundamental deriva que el sistema de prestaciones que se establezca para hacerlo realidad debe tener por lo menos las tres siguientes características: universalidad, equidad y calidad. La universalidad, derivada conceptualmente del carácter de derecho fundamental de la protección a la salud, es recogida también normativamente por vía directa del texto constitucional, al designar como sujeto del derecho a “toda persona”. La equidad implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y no por el pago de cuotas de sus usuarios, salvo de aquellos que tengan capacidad económica suficiente. El derecho a la salud es un derecho fundamental por conexidad, en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueron protegidos en forma inmediata los primeros se ocasionarían la vulneración o amenaza de los segundos. En conclusión, el derecho a la salud es un derecho prestacional, que puede adquirir la connotación de fundamental cuando con su afectación resulten vulnerados o amenazados derechos fundamentales como la vida, la integridad de la persona, la dignidad humana u otro derecho fundamental. **(Usera, 2006)**

#### **1.3.4. Norma Técnica Salud N°084-Minsa/DGSP de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro.**

Establecer las normas para la atención de la niña o niño con riesgo de desarrollar retinopatía del prematuro en los establecimientos del país, según nivel de complejidad y capacidad resolutoria. Dispone el tamizaje obligatorio de todos los neonatos con riesgo de desarrollar retinopatía, así como el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación oportuna de los casos. Los principales objetivos de esta Norma son: difundir en el personal de salud los procedimientos técnicos-administrativos necesarios para realizar el tamizaje obligatorio de la retinopatía del prematuro; Garantizar el acceso oportuno de las niñas y niños prematuros con diagnóstico de ROP al tratamiento especializado y adecuado; Promover la información e involucramiento de los padres de los neonatos en la corresponsabilidad de la prevención de la ceguera por ROP. La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del sector salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, clínicas y otros del subsector privado) según corresponda. Es una herramienta de política pública orientada a mejorar la gestión y respuesta clínicas de la Salud Ocular, desde un modelo de atención primaria en salud, definido por el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la familia y comunidad a nivel nacional, regional y local, como parte del derecho a la salud, la inclusión social y el respeto a los derechos humanos fundamentales. Es de gran importancia para la disminución de la discapacidad visual prevenible y la prevención de la ceguera evitable en el Perú. Hace hincapié que, para los niños el derecho a la salud es vital porque son seres vulnerables, más expuestos a las enfermedades y a las complicaciones de salud. Al proteger a los niños de la enfermedad,

éstos podrán llegar a la edad adulta con buena salud y contribuir así al desarrollo de sociedades más dinámicas y productivas. **(Ministerio de Salud del Perú, 2010)**

Esta Norma Técnica de Salud refleja la voluntad Política de implementar intervenciones de efectividad científicamente demostrada para reducir la morbilidad en el recién nacido pre término con riesgo a desarrollar Retinopatía y mejorar su calidad de vida, lo que constituye un derecho fundamental de la persona. En adelante el diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad que requiere tratamiento quirúrgico es una emergencia y deberá ser manejado como tal. La desatención de esta emergencia, o si no se atiende oportunamente, puede ocasionar graves daños oculares hasta la ceguera. **(Ministerio de Salud del Perú, 2010)**

### **Principios y Ejes de la Norma Técnica Salud N°084-Minsa/DGSP**

#### **❖ Principios:**

- ✓ **Universalidad.** - Es uno de los pilares sobre el cual el Estado debe garantizar el bienestar para todos.
- ✓ **Inclusión Social.** - El Estado brinda los servicios de salud e implementa estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica.
- ✓ **Equidad.** - Es la oportunidad para todos de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores más vulnerables para el desarrollo de sus potencialidades y alcanzar una vida saludable.
- ✓ **Integralidad.** - El Estado asume que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial, por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que

su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad.

- ✓ **Complementariedad.** - La salud tiene diversas dimensiones o factores que la afectan, por tanto, requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas y privadas que de manera articulada podrán tener mayor eficiencia e impacto.
  - ✓ **Eficiencia.** - Porque se espera que las intervenciones y estrategias tengan la capacidad para lograr beneficios en la salud empleando los mejores medios posibles y maximizando el uso de los recursos, las estrategias deberían estar basadas en evidencias y los resultados deberían estar expresados en metas mensurables.
  - ✓ **Calidad.** - El servicio satisface las necesidades del individuo en forma oportuna y eficaz respetando sus derechos.
  - ✓ **Solidaridad.** - Este principio exige que los más ganen contribuyan por los más pobres, el más sano por el menos sano y el más joven por el de mayor edad.
  - ✓ **Sostenibilidad.** - Garantiza la continuidad de las políticas y los compromisos asumidos tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto.
- ❖ **Ejes Transversales:**
- ✓ **Derechos humanos.** - Dentro de los derechos humanos, el derecho a la salud es un derecho social garantizado en las políticas de salud mediante el enfoque de derechos. Este se transversaliza en el marco ético y normativo del desarrollo sanitario, y en todo el ciclo de planificación y programación de las políticas; así como, obviamente en sus mecanismos de vigilancia y seguimiento. Se refiere a que todas las personas puedan acceder en igualdad de condiciones al cuidado de la salud, que tengan las mismas oportunidades

de desarrollo saludable en equidad, y que disfruten de una vida libre de discapacidades visuales evitables o bien disfrutando de condiciones equitativas y óptimas de acceso a servicios oftalmológicos de alta calidad.

- ✓ **Género.** - El género, como uno de los determinantes sociales de la salud de la población, puede condicionar comportamientos de riesgo y patrones de acceso y control de los recursos individuales y sociales para la salud, generando diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, y entre las personas de un mismo género. Políticas e intervenciones en salud con equidad de género implican considerar equitativamente las necesidades de cuidado de salud de ambos géneros, producir información estadística desagregada por sexo y por variables específicas, lograr normas para promover la igualdad de género en el ejercicio del derecho a gozar de salud ocular adecuada.
- ✓ **Interculturalidad.** - La cultura es también un determinante social de la salud de las personas. El Perú se caracteriza por la diversidad de culturas. Cada pueblo tiene su propio sistema de salud, y el sistema de salud médico occidental coexiste con otros sistemas (andino, amazónico son los principales). La interculturalidad significa diálogo entre ciudadanos y ciudadanas de culturas diferentes, con iguales derechos y equidad económica. Un enfoque intercultural en salud implica construir estrategias participativas para abordar las necesidades de salud de las diferentes culturas que habitan el país consideradas como actores sociales, recuperar conocimientos y prácticas nativas de la salud, cambiar paradigmas del personal de salud impulsando el respeto y la tolerancia a la diversidad.
- ✓ **Discapacidad.** - Los programas y políticas del gobierno deben incluir por ley la perspectiva transversal de

discapacidad, la cual implica considerar como discapacitada a la persona que tiene una o varias deficiencias físicas, sensoriales, intelectuales, de carácter permanente, y que al interactuar con las barreras actitudinales existentes o con el entorno no ejerza o se vea impedida en el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones respecto del resto de la población. Los derechos de las personas con discapacidad son interpretados según la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los instrumentos internacionales pertinentes que han sido ratificados por el Perú.

- ✓ **Determinantes de la salud.** - Dentro de la perspectiva sistémica y ecológica, se desea introducir el concepto de determinantes de la salud, como uno de los ejes de análisis. Los determinantes son factores o variables que actúan sobre la salud tanto en el nivel individual como en el de los grupos o comunidades, y en el general o de la sociedad. Los determinantes clave son: ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entornos físicos, características biológicas y genéticas, desarrollo del niño, servicios de salud. Así como también la cultura y el género. (Ministerio de Salud del Perú, 2010)

### **1.3.5. Responsabilidad Civil Profesional**

Antes de entrar a definir concretamente qué es la responsabilidad civil profesional, es conveniente precisar qué es un profesional. Profesional: “es aquella persona que frente a la sociedad realiza una actividad habitual y presta y ofrece sus servicios. El profesional, es una persona dotada de conocimientos, pericias o saberes que, por lo habitual, están respaldados por la ostentación de un título acreditativo de la idoneidad para el desempeño de su función”.

“Cuando con su conducta profesional, el titulado ocasiona un daño que afecta el patrimonio material y moral de una persona asume la responsabilidad civil, que no es más que la obligación de indemnizar, compensar patrimonialmente, todos los perjuicios que con su conducta haya ocasionado el profesional en el ejercicio de su oficio”. La responsabilidad civil del profesional, se compromete cuando se incumple con un deber jurídico a su cargo que trae como consecuencia un daño; es importante, determinar frente a cada actividad los deberes jurídicos a cargo del profesional, para así establecer los daños y el alcance de la responsabilidad que conlleva el incumplimiento de los mismos. **(Trazegnies, 2005)**

La responsabilidad civil profesional puede ser contractual o extracontractual. Será contractual, si las consecuencias del hecho se suscitan por el incumplimiento o el cumplimiento tardío o inoportuno de un contrato de prestación de servicios. El profesional al celebrar un contrato de prestación de servicios, se compromete con el cliente a cumplir las obligaciones derivadas del mismo, ya sean las que expresamente se pactaron o las que son de la naturaleza del contrato y se entienden incorporadas así no se indiquen expresamente, como también lleva implícitas las obligaciones esenciales de cada actividad profesional. Por regla general, las obligaciones contractuales que adquieren los profesionales son obligaciones de medio, es decir que no exigen la obtención un resultado exitoso de las gestiones o actividades profesionales. Los profesionales se comprometen a poner todos sus conocimientos, habilidades y experiencias, pero no se comprometen a obtener un resultado con las gestiones. El acto médico se cumple a cabalidad siempre que el médico haga lo correcto (sin importar si alcanza el resultado querido), o lo incumple si no actúa con la propiedad que la ciencia exige. La diferencia existente entre la obligación de medios y obligaciones de resultados constituye el

criterio que se usa para determinar cuál es el alcance de la obligación a cargo del deudor. En consecuencia, permite determinar cuándo hay incumplimiento. **(Trazegnies, 2005)**

El incumplimiento constituye el hecho o acto culpable que debe acreditarse al igual que el daño y nexo causal para que se genere Responsabilidad Civil. En las obligaciones de resultado, habría incumplimiento cuando no se obtenga resultado, esto hace presumir la responsabilidad de quien adquirió el compromiso y por tanto el perjudicado se liberaría de la carga procesal de demostrar la culpa del causante del daño. En este caso el deudor debe responder por la indemnización; en el caso de las obligaciones de medio si no se obtiene el resultado esperado no habría incumplimiento no teniendo el deudor el deber responder en todos los casos por la indemnización, debido a que éste se puede exonerar de ella demostrando diligencia y cuidado. El médico se compromete a emplear todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo. La responsabilidad civil profesional será extracontractual, cuando por cualquier evento, no existe un acuerdo de voluntades con el cliente<sup>38</sup> o con sus parientes para la prestación del servicio. Un ejemplo puede ser el abogado que tiene que atender una defensa de oficio que es impuesta por un funcionario público sin que medie la voluntad del defendido. **(Trazegnies, 2005)**

#### **1.3.6. Responsabilidad Civil Médica**

Como lo expresa el autor Gilberto Martínez Rave, en su libro “La responsabilidad Civil Extracontractual” El ACTO PROFESIONAL,



“es la conducta profesional que genera el resultado dañoso, es el hecho generador de responsabilidad; ya sea contractual o extracontractualmente.” El hecho generador de responsabilidad en la actividad médica es conocido como ACTO MEDICO, que puede darse por acción o por omisión. El acto médico comprende todas aquellas actividades que profesionalmente deben cumplirse en relación con la atención que debe brindarse al paciente y se define como: “una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivada por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente. La responsabilidad civil médica se define como la institución por la cual los profesionales médicos y los centros hospitalarios responden por los daños ocasionados al paciente al haber incumplido reglas de la medicina en el momento de ejecutar la prestación de salud, sea por el hecho de dependientes, falta de infraestructura, mantenimiento y limpieza de los equipos e instalaciones. **(FERNÁNDEZ SESSAREGO, 1994)**

El acto médico tiene tres momentos diferentes, y son:

❖ **El diagnóstico:** “es la actividad encaminada a conocer, descubrir las causas que originan el malestar, la enfermedad o la necesidad de servicios profesionales del paciente”.<sup>42</sup> En otras palabras, el diagnóstico es la opinión del médico obtenida de la observación directa o de laboratorio, del paciente. Los errores, imprudencias, la impericia y la negligencia generalmente se presentan en esta etapa, y una falla en el diagnóstico puede ser la causa de un fracaso en toda la actividad profesional con ese paciente; por eso es necesario que el médico sea lo más diligente posible en el diagnóstico y practique previamente todos los exámenes y pruebas necesarias para determinar el mejor tratamiento o para recurrir a otros profesionales especializados si

las circunstancias exigen mayores conocimientos. **(FERNÁNDEZ SESSAREGO, 1994)**

- ❖ **El tratamiento:** "Conocida la enfermedad o el trastorno que motiva el acercamiento del paciente al médico, es necesario acertar en el tratamiento que se le va a dar al paciente. Se necesita precisar cuáles son las actuaciones, procedimientos o mecanismos que se van a utilizar para encontrar la curación y recuperación del paciente o para proteger su salud".<sup>43</sup> El tratamiento es la segunda etapa del acto médico, conocida también como etapa terapéutica en donde se buscan las diversas formas de tratamiento para la enfermedad, es también de gran importancia, por eso el médico debe adoptar el mecanismo adecuado, como por ejemplo la cirugía, o el tratamiento terapéutico a base de drogas, o terapias que permitan la recuperación del paciente; es aconsejable que el médico haga conocer al paciente la situación, el procedimiento, los riesgos y molestias que se puedan generar. **(FERNÁNDEZ SESSAREGO, 1994)**
- ❖ **El pos tratamiento:** "es el conjunto de medidas encaminadas a completar la terapéutica para reincorporar al individuo a su entorno personal y social."<sup>44</sup> "Es aquella etapa posterior a la cirugía o a la terapia, que exige el control, cuidado, seguimiento, vigilancia a lo que se vaya dando después". La negligencia, el error o el descuido en cualquiera de las tres etapas del acto médico, pueden generar responsabilidad civil, es decir, puede originar para el profesional médico la obligación de indemnizar todos los daños o perjuicios que se ocasionen. Otra fuente de Responsabilidad Civil médica es la Falta de Información a los pacientes sobre los procedimientos médicos que se les va a llevar a cabo de ahí nace el concepto de consentimiento informado, el cual, "se establece rotundamente como derivada de la dignidad de la persona, en el Convenio relativo a los Derechos

Humanos y a la Biomedicina, conocido como Convenio de Oviedo, suscrito el 4 de abril de 1997, que establece: "Una intervención en el ámbito de la Sanidad sólo puede efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada a cerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias. **(FERNÁNDEZ SESSAREGO, 1994)**

### **1.3.7. Conceptos básicos sobre Responsabilidad Médica**

#### **1.3.7.1. Acto Medico**

Un acto médico se caracteriza fundamentalmente por salvaguardar la salud física y mental de un paciente, y procurando siempre la mejor calidad de vida posible. Ejemplos de actos médicos comunes son la expedición de recetas, certificados e informes directamente relacionados con la atención de pacientes, la ejecución de intervenciones quirúrgicas, la prescripción o experimentación de drogas, medicamentos o cualquier producto, sustancia o agente destinado al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades. La característica del acto médico es que este es realizado por un profesional médico observando los protocolos y reglas de la medicina. Los actos médicos a su vez se clasifican en: (ESPINOZA ESPINOZA, 2003)

**Acto médico eficaz:** Aquel que ha cumplido con la finalidad de recuperar la salud del paciente o mejorarla lo más posible. Ejemplo: se extirpa exitosamente un tumor o el tratamiento eficiente de un mal crónico como la diabetes.

**Acto médico dañino:** Es el acto médico que no ha sido desarrollada observando los protocolos y reglas de la medicina generando perjuicio a la salud física o mental del paciente. Este es el caso del tratamiento equivocado a un

paciente. También aquí se encuentra la omisión o tardía asistencia médica. Ejemplo de ello es la mujer que quedó en estado vegetal tras someterse a una liposucción sin haber recibido sus familiares una explicación coherente de dicho hecho. Otro caso es el sucedido en el Hospital Regional de Ayacucho donde Blanca Arone Martínez ingresa sufriendo un fuerte dolor de estómago y pese a que la paciente era alérgica a un analgésico (metamizol) se le aplicó, lo que le produjo un shock severo.

**Acto médico ilegal:** Es el acto médico que tiene por objeto realizar ilícitos penales o es usado como pretexto para vulnerar derechos fundamentales como la libertad, la educación, la propiedad, etc. del paciente. Este es el caso de un tratamiento médico psiquiátrico mediante el cual se retiene a un paciente en el nosocomio más días de los necesarios con el fin de cobrar unos días o semanas más de tratamiento médico. En este supuesto también encontramos la realización de operaciones innecesarias al paciente para efectos de cobrarle por dicho servicio médico innecesario.

La responsabilidad civil médica es aquella que se genera en ejecución de un acto médico realizado por profesionales de la medicina incumpliendo las reglas de esta profesión o con ocasión de su ejercicio profesional abusan de sus facultades para cometer conductas ilícitas ocasionando no solo un daño a la vida y salud del paciente sino en otros derechos fundamentales. Así lo explica el autor **(ESPINOZA ESPINOZA, 2003)**: Un procedimiento médico que ha inobservado reglas de la medicina puede traer graves complicaciones como males crónicos, pérdida de miembros, órganos, lesiones graves e incluso la muerte, generando responsabilidad administrativa, civil y penal que

solo es posible de salvar con causas de justificación debidamente probadas. Ahora bien la inobservancia de las reglas de la profesión médica no solo puede traer afectaciones a los derechos a la vida, la salud y la integridad física sino además al bienestar psicológico. La omisión de brindar la asistencia médica oportuna es uno de los casos de responsabilidad médica más comunes, como se observa en el caso de Meza García (STC N.º 2945-2003-AA/TC) donde se evidencia que hubo una grave negligencia médica de los médicos a cargo de la paciente y el hospital, al tardarse en aplicarle el tratamiento médico debido, el que luego casi ocho años por mandato del TC se ordenó, aunque demasiado tarde pues al poco tiempo el litigante falleció.

Consecutivamente **(ESPINOZA ESPINOZA, 2003)** sostiene que El daño para ser imputable al profesional médico y/o centro asistencial se debe establecer la relación causal entre el acto médico y el resultado dañoso. En ese orden, la responsabilidad médica tiene una relación directamente proporcional a la previsibilidad del hecho, a mayor previsibilidad mayor responsabilidad y a menor previsibilidad menor responsabilidad. Dentro de las variantes de culpa médica, la legislación comparada establece que existe responsabilidad, penal, civil, administrativa y moral en lo siguiente:

**Impericia:** la impericia como la carencia de pericia (sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte). En ese sentido, podríamos establecer que es la falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad mínimos o básicos necesarios para el correcto ejercicio de una profesión médica y no estar actualizado.

**Imprudencia:** se define como el acto realizado sin las debidas precauciones, contrario a lo que el sentido común aconseja, emprender actos inusitados, hacer más de lo debido o actuar sin cautela cordura o moderación. Este es el caso del médico que pudiendo usar una técnica médica probada, utiliza una técnica experimental y no comprobada en su eficacia.

**Negligencia:** es el "descuido, omisión o falta de aplicación. Viene a ser el descuido, omisión, falta de aplicación o diligencia en la ejecución de un acto médico, hacer menos, dejar hacer o hacer lo que no se debe, no guardar la precaución necesaria por el acto que se realiza o simplemente inobservar las reglas de la medicina de manera flagrante.

#### **1.3.7.2. Mala Praxis Medica**

En la antigüedad, las causas de las enfermedades eran atribuidas a castigos divinos, por lo que el sacerdote realizaba las labores del médico, siendo considerado como un intermediario de Dios, por lo tanto existiendo o no mala praxis, no se aplicaba sanción alguna para los emisarios de Dios en la tierra. Los Egipcios, otra cultura que realizó un interesante aporte de las ciencias a la humanidad, estableció la pena de muerte a aquel médico que en el ejercicio de sus labores cometiere alguna falta en la vida de sus semejantes. En la cultura Griega, donde predominaba la mitología, atribuían a los dioses del Olimpo sus males, catástrofes y sufrimientos por castigos que les imponían a su comportamiento, por lo que la mala praxis no tenía sanción alguna. Registros históricos sobre las sanciones a la mala práctica médica, aparecen en el CÓDIGO DE HAMMURABI que en relación al ejercicio de

la medicina y los mismos médicos establecía "Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo opero de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos". Durante el Gobierno del conquistador Alejandro Magno, el tema de la mala praxis médica toma un sentido más drástico debido a que se ordenaba la crucifixión de aquel médico que haya abandonado voluntariamente al enfermo. **(ESPINOZA R, 1989)**

Ahora bien, si partimos de que "mal" es apócope de malo y "praxis" es un vocablo de origen griego sinónimo de "práctica" (ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas), MALA PRAXIS, significa cualquier forma de ejercicio inadecuado de una profesión. Si partimos de que "mal" es apócope de malo y "praxis" es un vocablo de origen griego sinónimo de "práctica" (ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas), MALA PRAXIS, significa cualquier forma de ejercicio inadecuado de una profesión.

### **Definición**

Mala Praxis Médica o Mala Práctica médica es la práctica inhábil, impropia, inadecuada del desempeño profesional médico; es el ejercicio no idóneo de una actividad; es la ausencia de diligencias apropiadas de conformidad con la naturaleza de la prestación que forma el contenido de una obligación cualquiera. La mala praxis se da cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar, o por inobservancia de los reglamentos o deberes

a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable. Por mala praxis se entiende aquel acto ilícito e inapropiado en el ejercicio de una profesión. En términos sencillos podríamos decir que es la actuación médica que no se adecúa a los conocimientos vigentes de la Medicina, por ignorancia o por desidia, imprudencia o mala organización, que provoca una lesión en el paciente, un daño transitorio, permanente o inclusive la muerte. (Diccionario RAE, 2013).

### **Modalidades**

a).- La Impericia: La impericia que consiste en la incapacidad técnica para el ejercicio de una función, profesión o arte determinada. Son los actos que se ejercen con la ignorancia de las reglas respectivas. Alberto Arteaga la define como "el ejercicio de una actividad profesional o técnicas sin los conocimientos necesarios, o sin la habilidad requerida, pudiendo definirse en síntesis como la falta de habilidad normalmente requerida para el ejercicio de una determinada profesión lo que puede derivar de la carencia de los conocimientos necesarios, o de la necesaria experiencia, o de la ineptitud del profesional. La pericia que se exige es la pericia media, la pericia normal. Esto es, no se es imperito simplemente por no saber, sino por no saber lo que normalmente se debe saber Al médico no se le exige que posea conocimientos extraordinarios o fuera de los normales, sino los que la sana lógica indica que debe poseer un profesional en esta materia. La impericia es un concepto relativo ya que pueden variar con el tiempo, el lugar y las condiciones en que se realice el acto médico y por ello, para determinarlas se tiene en



cuenta la situación en particular y los medios disponibles.  
**(ESPINOZA R, 1989)**

b).- La negligencia: La negligencia es aparentemente una de las formas más frecuentes de mala praxis, es definida como "una actitud negativa carente, por parte del profesional que no ha puesto el empeño necesario, el celo requerido, la diligencia exigible, la preocupación correspondiente, el control debido, la verificación pertinente, el cuidado solícito y hasta la imaginación suficiente, que la atención del paciente demande. La negligencia está presente ya sea que el médico no posea la destreza requerida o que a pesar de poseerla no la ejerza. Por ello algunos autores la consideran la forma pasiva de la imprudencia porque implica el "olvido" de las precauciones impuestas por la prudencia. **(ESPINOZA R, 1989)**

c).- La imprudencia: La imprudencia es la actuación temeraria o precipitada inexcusable, supone "el emprender actos inusitados, fuera de lo corriente y que, por ello, pueden causar efectos dañosos. Es hacer más de lo debido, implica una conducta peligrosa. Es la violación activa de las normas de cuidado o cautela que establece la prudencia. Imprudente es quien actúa sin cordura, moderación, discernimiento, sensatez o un buen juicio. Como vemos, con ésta se pone en peligro la vida o salud del paciente debido a la falta de tiempo o a un excederse por parte del médico. La imprudencia viene a ser una conducta positiva, consistente ya sea en una acción de la cual había que abstenerse o en una acción que se ha

realizado de manera inadecuada, precipitada o prematura.  
**(ESPINOZA R, 1989)**

La inobservancia del reglamento se lleva a cabo cuando un médico viola disposiciones expresamente dispuestas que han sido dictadas por la autoridad pública. También pueden estar predispuestas por los particulares con la finalidad de evitar daños en bienes jurídicos, debido al desarrollo de actividades que implica riesgo y que requieren, por ende de precauciones especiales. El fundamento de la incriminación surge de la indiferencia o menosprecio a esas disposiciones. No basta para que surja la responsabilidad culposa la simple inobservancia de las normas. Se requiere no solo una relación de causalidad entre la inobservancia y el resultado dañoso, sino además que el resultado sea el que se pretendía evitar con la norma.

### **Elementos**

Para que se considere que se ha producido un caso de mala praxis, hay tres elementos esenciales que debe surgir:

1. Que se haya establecido una relación médico-paciente, ya sea en forma voluntaria (medicina privada) o involuntaria (medicina institucional o de empresas). Esto es fácil de establecer mediante el respectivo expediente clínico.
2. Que el médico haya dejado de cumplir alguno de sus deberes para con el paciente. Por ejemplo una atención óptima, oportuna, continua y cuidadosa; interconsulta, etc.
3. Que el incumplimiento de sus obligaciones haya sido la causa inmediata del perjuicio infringido al paciente. **(ESPINOZA ESPINOZA, 2003)**

La relación causa-efecto se establece probando que la acción (u omisión en su caso) del médico causa el daño y que el paciente no intervino en la producción del daño. Un método para establecer esta relación es el de la RES IPSA LOQUITUR (los hechos hablan por sí mismos). Estos consisten básicamente en que:

- ✓ La situación no se habría producido de no haber mediado mala praxis médica.
- ✓ El médico tuvo bajo su control los medios para evitarlo.
- ✓ La producción del daño no intervino acción voluntaria o contribuyente alguna de parte del paciente.

En conclusión, por "mala praxis" se deberá entender entonces la responsabilidad médica de tipo culposa por impericia, negligencia o imprudencia en el ejercicio de su profesión.

#### **1.3.8. La Responsabilidad Civil Médica en el Perú**

La responsabilidad civil derivada de daños médicos es una institución de reciente data que se hace más fuerte conforme aparecen medicamentos más eficaces, tecnología más avanzada y ramas especializadas de la medicina, observándose así una evolución desde la irresponsabilidad de los daños médicos a la responsabilidad por negligencia o culpa del médico hasta llegar a la responsabilidad objetiva de los hospitales. La responsabilidad civil es la institución mediante la cual una persona obtiene una reparación, compensación o indemnización por un daño o perjuicio que ha sufrido y que socialmente es considerado inaceptable. Se trata de principalmente de reparar el daño ocurrido tanto en la esfera patrimonial como extra patrimonial y de manera secundaria prevenir un daño similar en el futuro. Empero, la función principal de la responsabilidad civil es procurar el restablecimiento del bien jurídico afectado a su estado primigenio o lo más cercano a dicho estado.

Sin embargo, cuando ello no es posible esta institución acude a medios de compensación que den al titular del bien jurídico afectado la posibilidad de compensar su pérdida con otro bien similar o con una indemnización económica. Apuntalemos que una de las finalidades menos exploradas de la responsabilidad civil es su función preventiva, que tiene por objeto evitar el acaecimiento de un daño sobre un bien jurídico valioso, un ejemplo emblemático es la responsabilidad civil por daño ambiental que permite la adopción de medidas para evitar que se consume un daño ambiental o que el mismo se manifieste. En ese sentido, la tutela preventiva irá ganando terreno a la función meramente resarcitoria de la responsabilidad civil<sup>7</sup> sin descuidar su rol sancionador o tan relevante en el ámbito de la responsabilidad civil por culpa. **(LORENZETTI, 2005)**

Adicionalmente, se observa un incremento de las demandas por daños médicos en el mundo, cuyas principales causas pueden ser: a) el valor actual que se da a la vida humana y a la salud, producto de los avances de los derechos fundamentales de la persona y los estándares médicos vigentes, y esta distante los días en que los seres humanos vivían guerreando y en los cuales el hombre común era carne de cañón, y sólo tenía el derecho a sobrevivir; b) la protección del consumidor; c) el derecho al consentimiento libre e informado; d) los movimientos civiles de protección al paciente y promoción de la salud. Los servicios médicos en países en vías de desarrollo son de carácter eminentemente estatal, lo cual ha generado que los principales casos de daños médicos se presenten a nivel de hospitales estatales, siendo los daños médicos vinculados cirugías estéticas los casos más conocidos en el ámbito de clínicas médicas particulares. Cabe anotar que la proletarización del profesional médico<sup>129</sup> debido a la alta demanda de personal de hospitales estatales y privados de gran envergadura ha dado lugar a la consolidación de la responsabilidad civil directa de los centros

asistenciales. Si bien en la actualidad existen instrumentos que posibilitan la indemnización por daños médicos, debido a la estandarización de los actos médicos, al reconocimiento de obligaciones médicas de resultado y otras de medios y al constante desarrollo de la medicina forense muy útil para determinar las verdaderas causas de muerte de una víctima de daños médicos estos avances no se han reflejado en una regulación por responsabilidad civil médica específica. El profesional médico asume responsabilidad legal por los efectos de sus actos médicos, respondiendo por el riesgo creado, bajo el principio hipocrático —primero no hacer daño al paciente—. Todo tratamiento médico supone un —riesgo creado permitido”, esta conducta es lícita en tanto se halla basado en una medicina de evidencia y no empírica, esto es un diagnóstico diligente y confiable. Evidentemente la profesión médica desde sus orígenes generó riesgos socialmente aceptados, especialmente en la etapa de vacunación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Empero, el profesional médico solo responderá por un daño cuando halla inobservado las normas técnicas vigentes en la medicina. **(LORENZETTI, 2005)**

En este escenario, las funciones de la responsabilidad civil se pueden resumir de la siguiente forma:

**La función reparadora.-** que involucra el retorno o reparación del bien jurídico afectado al status quo anterior al daño; normalmente es un pago in natura, esto es la restitución del bien dañado en su integridad o lo más cercano a ello, por ejemplo si se ocasiona la pérdida de un vehículo, la reparación sería la entrega de un vehículo de las mismas o similares características con la aceptación del acreedor o víctima. En el ámbito de daños médicos la función restauradora de la responsabilidad civil implicaría reponer las piezas perdidas de una o dos arcadas por colocación de un injerto óseo e implantes dentales, en un caso de pérdida de hueso (reabsorción

ósea) por mal tratamiento ortodóntico (situación médicamente irreversible). Valgan verdades cuando no es posible restituir la pérdida, la reparación permitirá a la víctima conseguir utilidades equivalentes a las pérdidas a causa del acontecimiento dañoso bajo el denominado concepto de indemnización. La denominada reparación in natura del daño no patrimonial se diferencia, sobre todo, de las tutelas dirigidas a prevenir, o hacer cesar, la violación del derecho. Lo que intenta, es reaccionar de la forma más adecuada (y distinta del pago de una suma de dinero) frente al hecho dañoso, garantizando a la víctima una situación equivalentell, en la medida de lo posible, a la que preexistía a la lesión. Salvi, remata bien, cuando sostiene que en la actualidad, la multiplicidad de las figuras del daño va de la mano con una multiplicidad de modelos reparadores, entre los cuales se cuenta, aunque ya no con hegemonía del pasado, el resarcimiento fundado en la equivalencia monetaria. **(LORENZETTI, 2005)**

**La función indemnizatoria.**- en los casos que no se pueda restituir el bien, o efectuarse un pago in natura o especie, como en el caso del daño a la integridad física de la persona y el daño moral, se puede establecer una asignación económica que simbólicamente represente el valor del daño sufrido, por ejemplo la pérdida de una pierna por negligencia médica o la afectación del derecho al honor por un medio de comunicación. Un ejemplo en concreto en el ámbito de la medicina, sería por la reabsorción ósea por ortodoncia mal ejecutada, le correspondería al paciente una indemnización porque se ha interrumpido por negligencia un tratamiento ortóntico ordinario, haciendo que el paciente tenga no solo una pérdida sustantiva de su salud bucal casi irreversible, haciéndolo pasar por complejas cirugías, sin que pueda recuperar en un 100% su salud bucal original. La indemnización también acepta un parte de la doctrina cumple una función aflictivo consoladora o mitigadora en el caso del daño a la persona. **(LORENZETTI, 2005)**

**La función compensatoria.-** que implica la asignación económica o in natura que recibe la víctima por el tiempo en que no pudo gozar del bien jurídico dañado. Ejemplo: en el mismo caso de la reabsorción ósea por ortodoncia le correspondería al paciente una asignación económica por el costo de oportunidad que perdió toda la etapa de recuperación de la lesión. **(LORENZETTI, 2005)**

**La función preventiva.-** implica la tutela preventiva para efectos de resguardar un bien jurídico amenazado por un daño, esto es la responsabilidad civil, puede evitar la consumación de un daño en proceso, mediante una medida cautelar, y a la vez disuadir a otros futuros agentes que realicen esta conducta. Ahora bien, la función de prevención también persigue implícitamente descubrir al sujeto que presuntamente está en mejor posición para reducir la probabilidad de que acontezcan sucesos dañosos, sobre la base del análisis económico de la asignación de los recursos a través del mercado, de manera tal que se produzca una repartición o distribución óptima interna de los riesgos. **(LORENZETTI, 2005)**

**La función sancionadora.-** implica que la responsabilidad civil no solo tiene por función primigenia y más importante la reparación y mitigación del daño, sino que también tiene una función disuasiva, especialmente en el ámbito de la responsabilidad por culpa, donde la indemnización económica no sólo considera el daño efectivamente causado, sino merita la conducta ilícita, y la rechaza, aumentando la indemnización, según la conducta sea negligente o dolosa, para ello el juez tendrá en cuenta el ahorro obtenido al no implementarse las medidas de prevención correspondiente. Otra forma de reconocer esta función es cuando se observa la indemnización por equidad que establecen los jueces cuando no se tiene certeza del monto exacto de la reparación pero se quiere dejar claro la sociedad no quiere que se repitan estas conductas negligentes o dolosas. Recordemos a propósito de ello que una visión económica de la responsabilidad civil observa en ella un

instrumento de distribución de costos y desincentivador de conductas rechazadas por la sociedad, y que en buena cuenta para corregir externalidades injustas. **(LORENZETTI, 2005)**

El daño moral es identificado con las sensaciones aflictivas experimentadas por la víctima, a consecuencia de la lesión de bienes de particular valor afectivo o personal: el honor, la salud, la vida de una persona querida. En el Perú, mediante la indemnización del daño moral, el juez puede estar valorizando no solamente el sufrimiento o afligimiento ocasionado a la víctima, sino el sentir de la sociedad, como una forma de reprocharle socialmente al agente su conducta negligente mediante el incremento de la indemnización a favor de la víctima. Recordemos que una conducta que genera la obligación de reparar tiene más posibilidades de ser evitada debido a motivaciones éticas o sociales si, por ejemplo, se la síndica como conducta ilícita o reprochable de manera pública; sea a través de un reportaje o la difusión de su record de sanciones en el portal de la entidad supervisora de la actividad, lo que seguramente tendrá un efecto adverso en la conducta de los consumidores o usuarios más informados. **(LORENZETTI, 2005)**

En el Perú, en estricto prima la responsabilidad civil médica subjetiva, y en menor grado la responsabilidad civil médica objetiva, pero subordinada a la primera como se observa en la Ley General de Salud y nuestro Código Civil. Recordemos que la dogmática jurídica evolucionó desde la sola imputación culposa hasta la objetivación a través de un paso intermedio que fue la presunción de la culpa. Los casos más característicos de responsabilidad civil objetiva se encuentran en la legislación aeronáutica, de navegación, de accidentes de trabajo, de trabajo agrario, de accidentes en el deporte, reparación de daños ambientales, y más recientemente de determinados casos de responsabilidad civil médica, habiendo en



todos estos casos responsabilidad objetiva cuando el agente solo se puede eximir de su obligación de reparar probando la fractura del nexo causal, esto es alegando el caso fortuito o la fuerza mayor como causante del daño. Ciertamente es que la regla general en la responsabilidad civil, es la imputación subjetiva, en virtud a la cual se reprocha una conducta considerada negativa, siendo la responsabilidad objetiva, prevista solamente para casos en los cuales por solidaridad social la sociedad estima que al haber en conjunto permitido un riesgo, por los beneficios que le genera, cuando acaece un daño por esta actividad económica, le otorga al afectado el beneficio de sólo probar el nexo causal, y no la culpa o el dolo para hacer responder al agente. **(LORENZETTI, 2005)**

### **1.3.9. La Responsabilidad Médica en la Legislación Peruana**

Dentro del espíritu del individualismo napoleónico, el Código de 1852 limita la responsabilidad exclusivamente a los daños causados por dolo o culpa, véase sino su artículo 2210, que prescribe: el que sin culpa alguna causa un daño, no está obligado a la reparación. La concepción de este código es que todo daño tiene un agente provocador, una mano escondida que arrojó la piedra; siempre hay un delincuente oculto tras la cortina de los hechos, de ahí que se hable de cuasi delitos todavía. Sin embargo, desde fines del siglo XIX comienza a observarse casos en los que la teoría de la culpa resultaba incomoda y, a pesar de su aparente moralidad y justicia, producía efectos inequitativos. Por ejemplo, ¿Cómo exigir que los parientes de las víctimas de un accidente de ferroviario o naviero prueben la culpa del conductor o el capitán respectivamente? Para aliviar esta situación, se crearon las presunciones iuris et de iure de responsabilidad, que en el fondo es una forma intelectual de engañar a quienes quieren ser engañados. La ley dice que es así y no importa saber si fue así o no en la práctica porque la ley ha definido la situación incontrovertible. Así, agrega el citado autor, la presunción

iure et de iure no es sino una forma vergonzante de salirse de la teoría de la culpa, encubriéndose con doctos latines todo lo que se quiere decir es que el causante paga en forma irremediable, sea o no culpable moralmente. Esta presunción incuestionable no es sino una mascarada en la que la responsabilidad objetiva concurre al baile de disfrazada vergonzosamente de culpa. **(ESPINOZA ESPINOZA, 2003)**

El nuevo Código Civil de 1936, incorpora discretamente la responsabilidad objetiva a través del artículo 1136: cualquiera que por sus hechos, descuido o imprudencia, cause un daño a otro está obligado a indemnizarlo. En realidad, éste era exactamente el mismo tenor del artículo 2191 del Código Civil de 1852, por lo que no había ningún cambio en principio. Sin embargo, el Código de 1936, ya no incluye el artículo 2210 del Código Civil anterior que dice: El que sin culpa alguna causa daño, no está obligado a la reparación. En esta forma, habiéndose suprimido esa concordancia, los juristas de los años cuarenta interpretan que el artículo 1136 del nuevo Código contiene tres supuestos independientes; el descuido, la imprudencia, pero también los simples hechos. Pese a esta tímida aceptación del Código, la jurisprudencia asumió en su mayor parte una posición objetivista, ordenando frecuentemente el pago de una indemnización cuando el accidente se había producido en circunstancias riesgosas socialmente aceptadas. Si la sociedad toda se beneficia de un riesgo creado, luego la sociedad debe ver la manera de difuminar el daño en la sociedad y hacerse cargo del mismo, en salvaguarda de los individuos afectados. **(ESPINOZA ESPINOZA, 2003)**

La regulación sobre responsabilidad civil por daños médicos es una institución recién contemplada en el siglo XX, con el Código Civil de 1936, en su artículo 1168<sup>o</sup>, inciso 4, según el cual a los tres años, prescribía la acción contra médicos, cirujanos, dentistas y boticarios.

El Código en su artículo IX del Título Preliminar estableció que todo acto u omisión intencional que altere o amenace el estado de la salud constituye delito y añadió, en su artículo 17°, que con la concepción nace el derecho a la vida y a la salud. Ello significaría que estaban sancionados los casos de negligencia médica en perjuicio del feto o el que está por nacer. El Código Civil de 1984, con la presunción de culpa consagrada en su artículo 1969, compartía la actitud objetivista de la jurisprudencia peruana, al exigir que el demandado, presunto agente, pruebe la ausencia de culpa, esto es su comportamiento diligente. Por otra parte, el Código de 1984, ya no contempla como su antecesor de manera expresa la responsabilidad por daños médicos, sin embargo, contemplaban normas generales aplicables a la responsabilidad civil por negligencia médica tales como: **(ESPINOZA ESPINOZA, 2003)**

a) El artículo 1325° del Código Civil establece que el deudor que para ejecutar la obligación se vale de terceros, responde de los hechos dolosos o culposos de estos, salvo pacto en contrario. De esta forma, las clínicas, obras sociales benéficas y hospitales cuando se valen de médicos para ejecutar sus prestaciones asumen responsabilidad solidaria por los daños que estos pueden causar con ocasión de la atención médica.

b) El Artículo 1762° establece que si la prestación de servicios implica la solución de asuntos profesionales o de problemas técnicos de especial dificultad, el prestador de servicios no responde por los daños y perjuicios, sino en caso de dolo o culpa inexcusable. La medicina es un ámbito donde no caben culpas leves o pequeñas, pues están en juego bienes jurídicos supremos, como la integridad física, la salud y la propia vida, por lo que este artículo sólo es aplicable a casos de tratamientos experimentales o experimentos médicos, más no a la práctica común médica.

En otras palabras, si la prestación profesional es aquella de las que pueden calificarse de normales en el ejercicio de la actividad

profesional, inevitablemente el profesional se hayan sometido a las reglas generales. Ahora bien, en sendos casos, queda claro que estamos en supuestos de responsabilidad por culpa, lo cual resulta un problema, en supuestos en que no se llegue a probar la negligencia del médico y exista más una responsabilidad de tipo organizacional como defectos en la infraestructura, material o equipo sanitario, o deficientes políticas para la prevención de propagación de infecciones. Olenka Woolcott, por ello acertadamente manifiesta que se necesita abandonar criterios subjetivos y objetivar esta responsabilidad en determinados casos, teniendo en cuenta el riesgo de esta actividad como un factor de atribución válido de ser alegado en los casos de infecciones contraídas en establecimientos de salud. El maestro Fernández Sessarego manifiesta que el consentimiento esté ligado a los derechos fundamentales, el derecho a la salud y el derecho a la intimidad, por ello el médico no puede actuar sin tener el consentimiento del paciente, pues ello vulneraría su libertad personal. Castillo Freyre y Orteling Parodi admiten que determinados profesionales deben asumir ciertas pautas y cuidados especiales en el ejercicio de su profesión para efectos de evitar daños a sus clientes este es el caso de los médicos. El recordado Taboada Córdova, se sitúa en el supuesto de daños en la fecundación asistida, señalando que, si fuera el caso, se configuraría una responsabilidad contractual, por parte del médico, del personal especializado, así como del centro asistencial. **(ESPINOZA ESPINOZA, 2003)**

La Ley General de Salud, Ley N° 26842, de 1997, aborda de manera frontal el tema en su artículo 48° según el cual “el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente, derivados del ejercicio negligente, imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con

relación de dependencia. Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que se ofrece”. La norma se basa específicamente en el primer supuesto se basa en la responsabilidad civil subjetiva y condiciona la solidaridad del establecimiento médico a que exista culpa de parte del personal médico. Empero, en el segundo supuesto se refiere a los daños y perjuicios que se ocasiona al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, esto es infraestructura adecuada, material idóneo y equipo médico en general óptimo, para el tratamiento del paciente. Aquí la responsabilidad es directamente del centro asistencial, quedando exonerado el galeno de responsabilidad. Lamentablemente, no se contemplan de manera expresa supuestos de responsabilidad de la organización hospitalaria, tales como protocolos médicos desactualizados, ausencia de normas de bioseguridad o supervisión del cumplimiento de las normas técnicas médicas referidas a la seguridad del paciente, sin embargo, vía interpretación del segundo párrafo se puede alcanzar dichos eventos adversos. **(EPSTEIN, 2005)**

En el caso de los centros médicos estatales o del seguro social, la falta de personal capacitado y especializado puede ser causante de eventos adversos, por ejemplo se estima que unos 800 casos de cardiopatías congénitas malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento no son atendidos oportunamente, debido a la falta de recursos y personal entrenado, según reveló en el 2009 el jefe del Departamento de Cardio pediatría del Instituto Nacional del Corazón (Incor) de EsSalud, Manuel Adrianzén y quien aseveró “por más esfuerzo que hagamos no podemos atenderlos a todos, puesto

que la lista de espera viene creciendo de manera geométrica”, “La situación de los menores de edad es dramática. Al año en el Incor solo se intervienen 200 casos por cirugía y otros 100 por cardiología intervencionista; y este esfuerzo no es suficiente. Queda claro que tenemos que incrementar en tres o cuatro veces nuestra capacidad para atender la actual demanda”. Se estima que anualmente deberían ser atendidos entre 1.000 y 1.200 niños solo en EsSalud. Es decir, quedan a la deriva unos 800 pequeños, lo cual explicaría por qué la lista de espera crece de manera incontrolable. Esta situación es todavía más difícil en el Ministerio de Salud, que triplica estos números. Nos queda claro que los pacientes del Seguro Social y los beneficiarios del sistema de salud público, vía el Seguro Integral de Salud, al haber contratado el servicio médico, pueden reclamar por los daños médicos que produzca la tardía atención, empero el factor de atribución no será la culpa o falta de diligencias de los médicos sino el incumplimiento contractual de la organización hospitalaria en donde se presume la culpa. **(EPSTEIN, 2005)**

En este supuesto, los profesionales médicos hicieron su trabajo de manera óptima y con lo que disponían, no encontrándose si quiera dolo o culpa inexcusable, sino a lo mucho una culpa leve al no advertir al paciente las condiciones en que lo operarían. Admitimos que este caso es correcto relevar a los profesionales médicos de la obligación de indemnizar sin embargo existe una responsabilidad objetiva del hospital pues tenía la responsabilidad de brindar instalaciones idóneas para el acto médico. Otros casos son los daños médicos en el cual el personal del laboratorio no se percata que uno de sus practicantes ha contaminado accidentalmente las muestras, y los resultados debido a ello arrojan una enfermedad que no tienen los pacientes, los cuales son tratados por esas enfermedades y ocasiona en algunos de ellos graves complicaciones. En estos casos importara poco quien cometió el

error sino lo más importante será que se repare a las víctimas de estos daños y ello se lograra de manera más eficiente si se imputa responsabilidad objetiva al centro asistencial. Existirán casos como hemos adelantado en que se presume la culpa del profesional médico y son aquellos supuestos que entrañan una obligación de resultado que incumple el profesional médico sea porque lo realizo tardíamente o defectuosamente, hecho que acarreo un daño no esperado en el paciente y el deterioro de su salud. Este tipo de supuestos pueden llegar a considerarse de responsabilidad civil objetiva, incluso con estudios médicos se puede llegar a listar una serie de casos específicos donde resulta evidente que si no se obtiene el resultado esperado existe un daño médico indemnizable tal es el caso de una cirugía plástica o una intervención odontológica. Recordemos que el paciente no solo tiene derecho a recibir tratamiento inmediato sino una reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo. Desde el ámbito de los servicios médico podemos sostener que todo profesional médico que no ejecuta sus obligaciones sea con intención de incumplirlas directamente (dolo) o por culpa inexcusable o culpa leve, es responsable por los daños que causen dichas conductas antijurídicas y culpables, y por ende del pago de una indemnización a favor del paciente. **(EPSTEIN, 2005)**

#### **1.3.10. Inobservancia de normas y Procedimientos de Salud**

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. Ante las constantes vulneraciones a derechos fundamentales e inherentes al ser humano como lo es el derecho a

la salud el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: (OMS, 2010)

**Disponibilidad.** Los Estados deben asegurar la provisión de una infraestructura suficiente válida de salud pública e individual en todo su territorio, así como instalaciones de agua y saneamiento seguras, personal capacitado y adecuadamente compensado y todos los medicamentos esenciales, factores determinantes básicos de la salud.

**Accesibilidad.** El acceso a la salud consiste en cuatro elementos clave: La no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad de la información. Las instalaciones y servicios de salud deben ser accesibles a todos, especialmente a los más vulnerables, sin discriminación de ningún tipo. Las instalaciones y servicios, así como los factores determinantes básicos de la salud, tales como los servicios de agua y saneamiento, deben ser accesibles físicamente. Las infraestructuras de salud, bienes y servicios deben estar al alcance de todos, y cualquier pago debe estar basado en el principio de equidad para que las familias más pobres no soporten una carga desproporcionada de los gastos relacionados con la salud. Los Estados deben garantizar que toda persona tiene el derecho a buscar, recibir y difundir información sobre la salud, en equilibrio con la confidencialidad de la información médica. (OMS, 2010)

**Aceptabilidad.** - Las infraestructuras de salud deben ser respetuosas con la ética médica y la cultura de los individuos y las comunidades, así como prestar atención a los requisitos de géneros y relativos al ciclo de la vida.

**Calidad.** - Las infraestructuras de salud deben ser científica y médicamente apropiadas y de buena calidad. Entre otras cosas, esto



requiere la provisión de medicinas y equipos necesarios, profesionales médicos formados y el acceso a agua y saneamiento. La obligación estatal implica la provisión de una atención integral, continua y equitativa. Recoge las dimensiones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Involucra el derecho y responsabilidad de las personas, familias y comunidades de ser protagonistas de su propia salud, por lo que promueve procesos sociales y políticos que les permitan expresar necesidades y percepciones, participar en la toma de decisiones, así como exigir y vigilar el cumplimiento del derecho a la salud. (OMS, 2010)

Llegados a este punto, puedo decir que resulta inexplicable como en un Estado de Derecho como el nuestro, respetuoso y garantista de derechos fundamentales, que crea y promueve Normas Técnicas de Salud al amparo de la población aun tengamos que conocer de atentados y vulneraciones a derechos tan propios del ser humano como es la salud, atropellos cuyas consecuencias son irreparable, la pregunta sería ¿cómo existiendo una exigencia u orden verbal o escrita, dispuesta con fines de prevención de un daño y ordenado por un superior responsable, el profesional médico no le da cumplimiento, generando un daño al paciente? (Lo subrayado es nuestro)

Para comprender mejor se entiende por inobservancia el no acatar o conducirse con apego a lo establecido por las normas o reglas de la legislación vigente. Puede incurrirse en inobservancia de reglamentos de salud, durante el ejercicio profesional, independientemente de practicarse buena o mala práctica médica, cuya presencia coloca al médico en una falta de índole administrativa, y en otras, en materia penal o civil, pero ciertamente, cuando existe mala práctica suele concurrir dicha inobservancia. Una de las causas es la falta de enseñanza continuada para ejercer la profesión médica, ya no basta una habilitación legal, representada

por un título y su registro en el Colegio de Médicos. Es necesaria la continuada habilitación profesional constituida de un permanente aprendizaje, estimulando al profesional en la perspectiva de acompañar razonablemente los pasos de su ciencia. Sumado a esto la precaria fiscalización del ejercicio profesional, aunque el Colegio de Médicos tengan como objetivos primeros las tareas pedagógicas y doctrinarias, no se puede omitir como papel significativo la fiscalización del ejercicio de la medicina, como forma de ajustar al profesional a los dictámenes consagrados en su Código de Ética. **(Sociedad Peruana de Pediatría, 2012)**

La inobservancia de los reglamentos de salud se produce cuando el personal médico incumple las medidas que se le imponen con carácter obligatorio, tanto en los reglamentos generales como específicos, cuando se violen estas normas del adecuado ejercicio profesional queda configurada la MALPRAXIS, la cual se define como la "omisión por parte del Médico, de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a éste", o también "cuando el médico a través de un acto propio de su actividad, y en relación causal y con culpa produce un daño determinado en la salud de un individuo"; Por tanto, el no ceñirse a las normas establecidas (originando un perjuicio) hace al médico responsable de su conducta y de los daños que ocasiona. **(Sociedad Peruana de Pediatría, 2012)**

#### **1.3.11. Definición de Retinopatía**

Retinopatía es un término genérico que se utiliza en medicina para hacer referencia a cualquier enfermedad no inflamatoria que afecte a la retina, es decir a la lámina de tejido sensible a la luz que se encuentra en el interior del ojo. La retinopatía son las enfermedades que afectan la retina, el grupo de células sensibles a la luz que recubren la parte posterior del ojo. La retina contiene células

nerviosas que traducen lo que usted ve en impulsos eléctricos. Estos impulsos son transmitidos al cerebro, que los interpreta. La retina contiene muchos vasos sanguíneos. Las anomalías en estos vasos causan varias formas de retinopatía. La retinopatía puede causar pérdida parcial de la visión o ceguera total; puede desarrollarse lentamente o de repente; puede mejorar por sí sola en cualquier momento o causar daño permanente, según su causa y el grado de propagación. **(OMS, 2010)**

La Retinopatía del prematuro ocurre en algunos niños prematuros o nacidos con bajo peso, los vasos sanguíneos de la retina se desarrollan en la parte posterior del ojo y cubren el área de la retina. En un niño prematuro, no hay tiempo suficiente para que este proceso termine, si nace antes de que la madre cumpla la semana 29 de embarazo o si el bebé pesa menos de 1.200 gramos (1,2 Kg.) al nacer. Los bebés nacidos antes de la semana 35 de embarazo o con un peso menor a 1.500 gramos (1,5 Kg.) podrían también necesitar un examen médico si ellos han tenido otras complicaciones debido a su nacimiento prematuro. Las etapas iniciales de la enfermedad causan daños leves sin la presencia de síntomas claros. En las etapas más avanzadas, la retina puede desprenderse y causar ceguera. (OMS, 2010).

#### **1.3.12. Definición de Retinopatía del Prematuro (ROP)**

Es una enfermedad donde se produce un desarrollo anormal de los vasos que irrigan la retina, que es la membrana que tapiza el interior del globo ocular que ocurre en bebés que nacen muy precoces (prematuros). Es una retinopatía vaso proliferativa donde hay una detención del crecimiento vascular, y luego una anormal maduración de los mismos. La retinopatía del prematuro (ROP) puede definirse como una vitreo retinopatía vaso proliferativa periférica que acontece en los recién nacidos inmaduros, generalmente sometidos

a oxigenoterapia, y de etiopatogenia actualmente aún desconocida. La ROP es la causa más frecuente de ceguera infantil en países desarrollados. Aunque se carece de datos fiables sobre su prevalencia en Europa, se sabe que cada año nacen en EEUU de 14000 a 16500 niños prematuros con peso menor a 1250 gramos (g). De ellos, entre 9000 y 10500 desarrollan algún grado de ROP. Entre 1000 y 1500 RN prematuros requieren tratamiento y de 400 a 600 serán legalmente ciegos. Además, la severidad de la retinopatía neonatal constituye un marcador de la discapacidad funcional tardía de estos pacientes. **(OMS, 2010)**

Cuando se produce un nacimiento prematuro (definido como recién nacido con una edad gestacional estimada menor de 37 semanas), el proceso de vasculogénesis normal de la retina puede alterarse. Una multiplicidad de factores puede provocar primero una detención y luego un crecimiento anormal de los vasos retinales, produciéndose así una Retinopatía del Prematuro. El pronóstico puede ser mejorado si esta patología es detectada, por medio de la realización del examen de fondo de ojo a partir de las 4 a 6 semanas de vida en todo recién nacido menor de 1500 g; y para Latinoamérica corresponde a recién nacidos con peso menor de 2000 g especialmente a aquellos expuestos a oxígeno, con controles seriados cada 1 a 2 semanas hasta la maduración de la retina (45 semanas), evento que marca el límite de la aparición del daño retiniano. Si la lesión aparece en los controles, las lesiones pueden ser evolutivas y requerirán tratamiento con cirugía láser. **(Sociedad Peruana de Pediatría, 2012).**

Esta enfermedad fue identificada por primera vez por Terry en 1942, quien la denominó Fibroplasia. En la década del 40 se presentó como la mayor causa de ceguera en el mundo. En la década del 50 se realizaron estudios y fue así que el oxígeno fue considerado como

el principal agente causal, lo que motivó la disminución de su uso en las incubadoras y por ende de ROP, por supuesto que la morbimortalidad de los prematuros también se incrementó. Por la década del 60 y principios del 70 se inició el monitoreo de oxígeno en sangre arterial y se establece su uso en cantidades no mayores del 40%. En la década del 80 la supervivencia del prematuro de menos de un kilo se eleva a 35% a comparación de la década del 50 donde sólo era de 8%. Actualmente la supervivencia de los prematuros entre 700 a 800 gramos de peso al nacer varían entre un 57 a 68%. **(MADRAZO, 2007)**

La Retinopatía del Prematuro es una retinopatía vaso proliferativa de origen multifactorial y producida por la existencia de una retina inmadura y sólo parcialmente vascularizada al momento de producirse el nacimiento en forma prematura. La alteración en el desarrollo de la vasculatura retinal producto de situaciones de hipoxia o hiperoxia relativa y el desequilibrio de los factores de crecimiento vascular en las semanas que siguen al nacimiento, lleva a la aparición de vasos de neo formación que en etapas posteriores pueden llegar a provocar un desprendimiento de la retina y a la pérdida de su funcionalidad. Es un trastorno en el desarrollo de los vasos sanguíneos retinales del bebé, resultado del parto adelantado. En su forma severa se caracteriza por proliferación vascular retinal, cicatrización, desprendimiento de la retina y ceguera. Los vasos sanguíneos de la retina empiezan a desarrollarse 3 meses después de la concepción y completan su desarrollo en el momento del nacimiento normal. Cuando un bebé nace muy prematuramente, con muy bajo peso, se altera el desarrollo del ojo, los vasos sanguíneos crecen de manera anormal desde la retina dentro del gel normalmente claro que llena el fondo del ojo. En este caso, sin soporte, los vasos son frágiles y, a menudo, ocasionan hemorragias en el interior de este órgano. A esto sigue la producción de tejido

cicatricial, el cual desprende la retina de la superficie interior del ojo y lo trae hacia el centro del globo ocular ocasionando, a su vez, desprendimiento retinal que puede reducir la visión o producir una ceguera total, en caso de ser severo. **(Doig Turkowsky, 2007)**

### **1.3.13. Prematuridad**

Según la definición de la OMS del año 1961, se considera recién nacido prematuro o pre término al niño cuyo parto se produce entre la 22 y 36.6 semanas de amenorrea (154 y 258 días). Esta definición está en relación con el criterio establecido de recién nacido a término si el nacimiento se produce desde la semana 37 a la 42. Por tanto, en el límite alto de la edad de gestación estarían los niños prematuros nacidos con 36 semanas completas y 6 días. El límite inferior se ha ido modificando a lo largo de los tiempos en relación con la mayor supervivencia de niños cada vez más inmaduros. En la actualidad el límite de la viabilidad se ha fijado en 23 y 24 semanas de gestación. **(MADRAZO, 2007)**

En un intento de unificar los recién nacidos prematuros con clínica y evolución similar se ha establecido la siguiente clasificación:

- ✓ **Recién nacido pre término de extremo bajo peso (RNEBP) o extremadamente prematuros:** Recién nacidos con peso al nacer menor o igual a 1000 gramos o con edad de gestación inferior a 28 semanas.
- ✓ **Recién nacido pretérmino de muy bajo peso (RNMBP) o muy prematuros:** recién nacidos con peso al nacer menor o igual a 1.500 gramos o con edad de gestación inferior o igual a 32 semanas.
- ✓ **Recién nacidos de bajo peso (RNP) o prematuros tardíos o prematuros próximos al término:** Recién nacidos con peso al nacer mayor a 1500 y menor a 2500 gramos o con edad de gestación de 33 a 36 semanas.

- ✓ **Edad corregida:** es la que tendría el niño si hubiera nacido el día que cumplía la 40ª semana de gestación. En la actualidad se recomienda usar la edad corregida para hacer la valoración del peso, talla, perímetro cefálico y adquisiciones motoras hasta cumplidos los 2 años de edad corregida, pero en los muy prematuros esta corrección se debe prolongar hasta los 3 años. **(MADRAZO, 2007)**

#### **1.3.14. Principales Factores de Riesgo Asociados a ROP**

Según el estudio cooperativo de la retinopatía del prematuro, Neonatos con peso al nacer menor a 1250 gramos estos tienen una probabilidad del 68% de tener ROP y 18% de alcanzar el estadio 3. La incidencia de ROP en niños con peso de nacimiento menor a 1000 g fue de 81.6%. En los niños nacidos con edad gestacional menor o igual a 27 semanas la incidencia de ROP fue de 83.4%.41.

##### **1.3.14.1. Oxigenoterapia**

El oxígeno es una droga con efectos adversos potencialmente importantes en los recién nacidos pre término y en especial en los menores de 1500 gramos y/o menores de 32 semanas de edad gestacional. El oxígeno fue el primer factor que se relacionó con la Retinopatía ya desde la década de 1950, se suponía que la hiperoxigenación de la retina frenaba su normal vascularización. Estudios como los llevados a cabo por Kinsey y colaboradores, y Lanman y colaboradores, contribuyeron a extender la creencia de que el oxígeno era la causa única de la Retinopatía, por lo que se decidió en la práctica clínica reducir la oxigenoterapia, hecho que provocó un grave incremento de la mortalidad neonatal. Cross concluyó que por cada caso de ceguera prevenida se produjeron 16 muertes por hipoxia. A pesar de la rigurosa monitorización de oxígeno, se constató un

aumento en la incidencia de Retinopatía, describiéndose casos en prematuros sin excesivas demandas de oxígeno. Se consideraba que el mecanismo patogénico del oxígeno se debía a la generación de radicales libres, ya que la vitamina E parecía poseer un efecto positivo en la profilaxis de la enfermedad. **(Doig Turkowsky, 2007)**

Contrariamente a esta idea, hubo otro grupo de investigadores que ya en los años 50 consideraron que el oxígeno no tenía ningún papel patogénico en la retinopatía, sino que era la isquemia retiniana periférica la que desencadenaba la liberación de factores angiogénicos por parte de la retina, patrón similar al de la retinopatía diabética. Por ello se desarrolló una nueva línea de investigación que proponía el uso del oxígeno para tratar la neo vascularización. Recientemente se retomó de nuevo esta línea de trabajo, llevándose a cabo un estudio prospectivo denominado STOP-ROP, incluyéndose en el mismo 649 prematuros con Retinopatía pre umbral, asignándoles al azar un rango de saturación de oxígeno fraccional del 96% o del 99% (grupo experimental, suplementario o de rango de mayor saturación de oxígeno) o entre el 89% y el 94% (grupo de rango de saturación de oxígeno normal, convencional o control). **(Doig Turkowsky, 2007).**

Los resultados obtenidos fueron favorables, ya que se obtuvo una tendencia que señalaba que el oxígeno suplementario reducía la progresión a la retinopatía umbral, pero no alcanzaron significación estadística. Pero al mismo tiempo se observó un aumento de secuelas pulmonares adversas en los prematuros con retinopatía pre umbral cuando se tuvo como objetivo un rango mayor de saturación de oxígeno. La última tendencia en relación con



la oxigenoterapia y la Retinopatía es nuevamente la restricción del oxígeno, limitando las saturaciones en sangre al intervalo 86-95%. Esta tendencia tiene su origen en un estudio reciente realizado por Chow y Sola. El objetivo del estudio era conseguir una saturación de oxígeno percutánea de 88-93%, así como evitar cambios amplios en los valores de la fracción inspirada de oxígeno (FiO<sub>2</sub>) y en la saturación parcial de oxígeno (SpO<sub>2</sub>).

Se realizó una monitorización estricta de la SpO<sub>2</sub>, aceptándose saturaciones de oxígeno inferiores a las habituales hasta que la retina madurara. Las tasas de Retinopatía grave obtenidas en los 238 niños incluidos en el estudio disminuyeron desde el 12% (frecuencia correspondiente al período previo al control estricto de la SpO<sub>2</sub>) al 2%, no requiriendo fotocoagulación con láser ninguno de los casos. Igualmente se observó una disminución significativa en la tasa de displasia broncopulmonar. Por todo ello, el papel del oxígeno en la Retinopatía continúa siendo un tema a debate. En el momento actual se sigue sin tener claro el mecanismo de actuación del oxígeno y por tanto no se pueden establecer unas guías de actuación seguras en cuanto a la administración de oxígeno. **(Doig Turkowsky, 2007)**

#### **1.3.14.2. Bajo Peso / Inmadurez**

Son numerosos los factores que se relacionan con el posible desarrollo de la Retinopatía, pero los que más relevancia adquieren por su asociación consistente con la aparición de la misma, referida en numerosos estudios, son el bajo peso y la baja edad gestacional (EG) al nacimiento. Ya Terry en el año 1945 sugirió que esta patología podría deberse a la inmadurez del niño, pero sólo a comienzos de los años 70 se empezó a relacionar la Retinopatía con el

bajo peso, convirtiéndose en una de las asociaciones más estudiadas. El bajo peso, así como la baja edad gestacional parecen estar ligados a la inmadurez vascular retiniana de una manera muy directa, de hecho, la denominada “nueva epidemia de Retinopatía” se atribuyó a la mayor supervivencia de los niños de menor peso y edad gestacional (niños de menos de 1000 gramos y menos de 26 semanas de EG). Sin embargo, este factor no constituye una condición suficiente para el desarrollo de la enfermedad. **(Doig Turkowsky, 2007)**

#### **1.3.14.3. Iluminación Retiniana**

Constituye una de las teorías etiológicas de la Retinopatía, surgida a raíz del trabajo publicado por Glass en el año 1985. Se trataba de un estudio prospectivo sobre el efecto de la exposición a la luz en las unidades de neonatología, obteniéndose como resultado más destacado que los niños menores de 1000 g expuestos a iluminación intensa desarrollaron más frecuentemente Retinopatía que aquellos expuestos a una luz más tenue. El mecanismo patogénico sería la generación de radicales libre en la retina. No debe olvidarse que los niños prematuros exponen sus retinas inmaduras a altas intensidades lumínicas sin ninguna limitación ya que sus pupilas carecen de una adecuada capacidad de contracción. Trabajos posteriores no han podido correlacionar intensidad de luz con incidencia de retinopatía. De hecho, dos estudios multicéntricos llevados a cabo recientemente encuentran que la reducción de la iluminación ambiental no tiene efecto sobre la prevención de la esta. Por tanto, en el momento actual, no parece justificado el uso de protección ocular con el objetivo de disminuir la frecuencia de la patología. **(Doig Turkowsky, 2007).**

### 1.3.15. Clasificación.

La Clasificación Internacional de la Retinopatía de la Prematuridad (ICROP) se publicó en dos partes, la primera en 1984 y posteriormente fue ampliada en 1987, dedicándose esta última parte principalmente al desprendimiento de retina. Se trató de un consenso de un grupo internacional de especialistas en retinopatía de la prematuridad. La introducción en 1984 de este acuerdo internacional sobre la clasificación de la Retinopatía ha constituido uno de los acontecimientos más importantes referentes a esta patología. Constituyó la herramienta adecuada para poder indicar su gravedad, localización y extensión. De esta forma fue posible la comparación directa entre los diferentes centros en múltiples países, permitiendo así unificar los trabajos en común y proporcionando un gran impulso en su investigación. El hecho de disponer de una clasificación común hizo que en muy poco tiempo se pusieran en marcha varios estudios multi céntricos que contribuyeron a un mejor conocimiento de ciertos aspectos de la enfermedad. Recientemente, un grupo de oftalmólogos pediátricos y especialistas en retina han desarrollado un documento consensuado que revisa algunos aspectos de la ICROP. **(Calampa, 2016)**

**Grado I.-** En esta etapa, el crecimiento de los vasos retinianos normales se ha detenido, originando una línea demarcatoria neta entre la retina vascular y avascular.

**Grado II.-** La línea demarcatoria entre la retina vascular y la avascular adquiere volumen. Se presenta clínicamente como un rodete blanquecino al que se da el nombre de ridge. Esta etapa se caracteriza por una tasa de regresión espontánea de 70%. Los vasos retinianos, antes imperceptibles, ahora parecen dilatarse y bifurcarse antes de llegar al ridge, adquiriendo la forma de “vasos en cepillo”.

**Grado III.-** Esta etapa se caracteriza por la presencia de tejido neovascular. Cuando nos encontramos con este tipo de morfología,

muy probablemente estamos realizando el tratamiento en forma tardía.

**Grado IV.-** corresponde a un desprendimiento parcial de retina que, cuando no compromete la mácula, se denomina 4a y, cuando compromete la fovea, se le llama 4b.

**Grado V.-** corresponde a un desprendimiento retiniano total (antes denominada fibroplasia retrolental). Este túnel retiniano puede ser “abierto” o “cerrado”. **(Calampa, 2016)**

#### **1.4. Formulación del Problema**

¿De qué manera la mala praxis médica vulnera el Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016.

#### **1.5. Justificación del Estudio**

##### **1.5.1. Justificación Teórica:**

La investigación realizada es de corte teórico, porque tiene como propósito generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente en materia de Retinopatía del Prematuro en el Hospital MINSA II de Tarapoto y su oportuno diagnóstico y tratamiento conforme a la Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre Término con Riesgo de Retinopatía. El presente Trabajo investigativo cuestiona la inobservancia de una Norma Técnica de Salud y las graves consecuencias de vulneración al derecho a la salud que esta acarrea en los nacidos pre término que no son atendidos conforme lo prescribe la citada norma, buscando mostrar una posible solución a esta inobservancia médica. **(Tamayo, 2004)**

### **1.5.2. Justificación Práctica:**

La investigación realizada es de tipo práctico porque ayuda a resolver o por lo menos propone estrategias a un problema latente y de vital importancia cuya aplicación ayudarán a prevenir y diagnosticar a tiempo posibles casos de Retinopatía del Prematuro. Permitiéndonos analizar un problema para proponer estrategias, formas o planes que de aplicarse mejorarán las condiciones actuales de los nacidos pre término con diagnóstico de retinopatía. **(Tamayo, 2004)**

### **1.5.3. Justificación Social:**

En el mundo y América Latina la Retinopatía de la Prematuridad (ROP) se está convirtiendo en una de las principales causas de ceguera infantil, existen 39 millones de ciegos (13% de la población), en Latinoamérica 2,4 millones de ciegos, y en Perú 160,000 ciegos, donde el 50% de niños con ceguera en el mundo por esta causa vive en países en desarrollo como el nuestro, y para el año 2020 la cifra de ciegos en Latinoamérica alcanzará los 5 millones de habitantes. La ceguera producida por la ROP suele ser una de las secuelas de más grave consecuencia para los prematuros ya que los niños que la padecen deberán convivir con este problema toda la vida siendo limitados y condicionados por ella. Debo recalcar que el dolor de una madre para atender a su niño ciego y el sufrimiento de la familia es indescriptible, debemos entender que un niño con Retinopatía del Prematuro no atendido oportunamente está siendo obligado a vivir una vida que no le correspondía, le están robando los ojos de la forma más inhumana y ni siquiera voltean a ver su dolor, hundiéndolo en la oscuridad, tristeza, desesperación y angustia de por vida, negándole la oportunidad de ver, elegir y aprender, no olvidemos que una imagen vale más que mil palabras. Es por ello que el Gobierno a través del el Ministerio de Salud y Protección Social debe orientar,

coordinar y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con su verdadero rol protector conforme con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, que prescribe: la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

#### **1.5.4. Justificación Metodológica:**

El presente trabajo de investigación está de acuerdo a los lineamientos de la Universidad Cesar Vallejo – Guía de Productos Académicos, así mismo propone un nuevo método y estrategia para generar conocimiento válido y confiable, así como va a buscar nuevas formas de hacer investigación.

#### **1.6. Hipótesis**

La Mala Praxis Médica si vulnera el derecho a la salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016, porque constituye un factor determinante para desarrollar ceguera Infantil.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo General**

Determinar si la Mala Praxis médica vulnera el derecho a la salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”.

### **1.7.2. Objetivos Específicos**

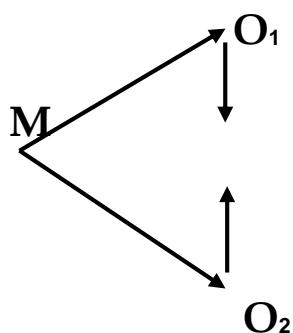
- ✓ Demostrar mediante el instrumento de investigación – Análisis Documental que la Mala Praxis médica al vulnerar el derecho a la salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”, ha sido determinante para incrementar el riesgo de ceguera infantil.
  
- ✓ Evidenciar el nivel de conocimiento del personal médico del área de neonatología, sobre los protocolos de atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la Patología Retinopatía del Prematuro en el Hospital II Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016 y la clara vulneración del derecho a la salud, mediante el instrumento de investigación – cuestionario.

## II. MÉTODO

### 2.1. Diseño de investigación

No Experimental, lo que nos permitió observar fenómenos tal y como se dan en un contexto natural para después analizarlos sin manipular las variables; de tipo correlacional, que nos permitió medir el grado de relación que existe entre nuestras dos variables, permitiéndonos conocer predecir con mayor o menor exactitud; de nivel trasversal, retrospectivo que nos permitió realizar nuestra investigación en un periodo y tiempo determinado, está constituida por una variable y una población de acuerdo al esquema siguiente:

**Dónde:**



**M** = Muestra

**O<sub>1</sub>** = Variable 1

**O<sub>2</sub>** = Variable 2

**r** = Relación entre las dos

### 2.2. Variables:

Variable 1 = Derecho a la salud

Variable 2 = Mala Praxis Medica

### 2.3. Operacionalización de Variables



Tabla 1: Definición de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Derecho a La Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ De acuerdo con una definición de la Organización Mundial de la Salud, como “un Estado de bien- estar físico, psíquico y social, tanto del individuo, como de la colectividad”.</li> <li>✓ La salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano, implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos</li> <li>✓ La salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano, implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos.</li> </ul>	<p>La presente investigación se medirá a través de:</p> <p>Análisis Documental.</p> <p>Encuesta – Cuestionario realizada al personal médico del área de neonatología – Hospital II MINSA:</p> <p>Pediatra de turno</p> <p>Enfermeras</p> <p>Técnicos en Enfermería</p>	<p>Población con acceso a servicio</p> <p>Relación entre médico y paciente</p> <p>Exclusión social</p>	<p>Accesibilidad</p> <p>Calidad</p> <p>Disponibilidad</p>	Nominal
<b>Mala Praxis Medica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Es la práctica inhábil, impropia, inadecuada del desempeño profesional médico; es el ejercicio no idóneo de una actividad; es la ausencia de diligencias apropiadas de conformidad con la naturaleza de la prestación que forma el contenido de una obligación cualquiera.</li> <li>✓ La mala praxis se da cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.</li> <li>✓ Es la obligación de los médicos, de dar cuenta ante la sociedad por los actos realizados en la práctica profesional, cuya naturaleza y resultados sean contrarios a sus deberes, por incumplimiento de los medios y/o cuidados adecuados en la asistencia del paciente.</li> </ul>	<p>Hospital II MINSA:</p> <p>Pediatra de turno</p> <p>Enfermeras</p> <p>Técnicos en Enfermería</p>	<p>Práctica médica impropia</p> <p>Inobservancia de los reglamentos.</p> <p>Daño Moral</p>	<p>Conocimiento de la Norma</p> <p>Incidencia de Retinopatía</p> <p>Responsabilidad Medica</p>	Nominal

## 2.4. Población y Muestra

### 2.4.1. Población

El Total de pacientes nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía del Prematuro en el Departamento de Neonatología del Hospital II – Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016.

### 2.4.2. Muestra

Se trabajará con el Total de pacientes nacidos prematuros, traducidos en 20 Historias Clínicas de Pacientes Pre Termino que fueron tamizados con el diagnóstico de Retinopatía del Prematuro, en el Departamento de Neonatología del Hospital II – Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016

## 2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, valides y confiabilidad.

Tabla 2: Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

TÉCNICAS	INSTRUMENTO	FUENTE
<b>Análisis Documental</b>	Guía de Observación	✓ Se tendrán en cuenta las 20 Historias Clínicas de Pacientes nacidos Pre Termino que fueron tamizados con el diagnóstico de Retinopatía del Prematuro, en el Departamento de Neonatología del Hospital II – Tarapoto, periodo julio - diciembre 2016.
<b>Encuesta</b>	Cuestionario	Se realizará al: ✓ Personal Médico de turno del área de Neonatología del Hospital II MINSa de la Provincia de San Martín, Distrito de Tarapoto: Pediatras, Enfermeras y Técnicos en Enfermería.  ✓ Padres cuyos hijos nacieron prematuros y que fueron diagnosticados con Retinopatía del Prematuro en el Departamento de Neonatología del Hospital II Tarapoto, periodo julio - diciembre 2016.

### **2.5.1. Validez:**

- ✓ La validación de los Resultados se hará mediante la firma de los siguientes Profesionales en Derecho:
  - Doctora Grethel Silva Huamantumba – Asesor Metodológico.
  - Doctor Luis Felipe Cabeza Molina– Asesor Temático.
  - Doctor Oscar Canales Gonzales.
  - Doctor Luis Enrique Da Silva Querevalú.

### **2.5.2. Confiabilidad:**

- ✓ La confiabilidad de los resultados se realizará a través del programa informático alfa de Cronbach.

### **2.6. Métodos de análisis de datos:**

Los Resultados Obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos. Análisis Documental y la Encuesta, se trabajarán a través del Programa Estadístico Denominado EPINFO - SPSS

### **2.7. Aspectos éticos: No Corresponde**

### III.RESULTADOS

#### 3.1. Entrevista

Conforme a nuestros objetivos e instrumento utilizados, entrevistamos a 34 personas, de los cuales 06 corresponden a: un Médico Pediatra, dos Licenciada en enfermería y tres Técnicas en enfermería, del área de neonatología del Hospital II Tarapoto, las 28 personas restantes están conformadas por padres cuyos hijos nacieron prematuros y fueron diagnosticados con Retinopatía del Prematuro, a las preguntas realizadas:

#### 3.2. Validación de Confiabilidad del Instrumento

Tabla 3: Validación de Confiabilidad del Instrumento

Fiabilidad		
Salida creada		30-MAY-2017 17:41:13
Comentarios		
Entrada	Datos Conjunto de datos activo Filtro Ponderación Segmentar archivo N de filas en el archivo de datos de trabajo Entrada de matriz	Desktop\TESIS MERLY\DATOS PADRES.sav Conjunto_de_datos1 <ninguno> <ninguno> <ninguno> 34
Manejo de valor perdido	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos para todas las variables en el procedimiento.
Sintaxis		RELIABILITY /VARIABLES=P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.02
	Tiempo transcurrido	00:00:00.01

Tabla 4: Datos Totales de la encuesta aplicada

DATOS TOTALES DE LA ENCUESTA										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E5	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
E6	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
E7	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
E8	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
E9	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1
E10	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
E11	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
E12	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
E13	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2
E14	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
E15	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
E16	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
E17	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
E18	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2
E19	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
E20	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
E21	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2
E22	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
E23	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
E24	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
E25	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
E26	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
E27	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
E28	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
E29	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
E30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
E31	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
E32	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
E33	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
E34	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Tabla 5: Datos Recopilados de los Médicos

DATOS RECOPIADOS DE LOS MÉDICOS										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E5	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
E6	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2

## Escala: De Variables

Tabla 6: Resumen de Procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	34	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	34	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 7: Estadísticas de Fiabilidad

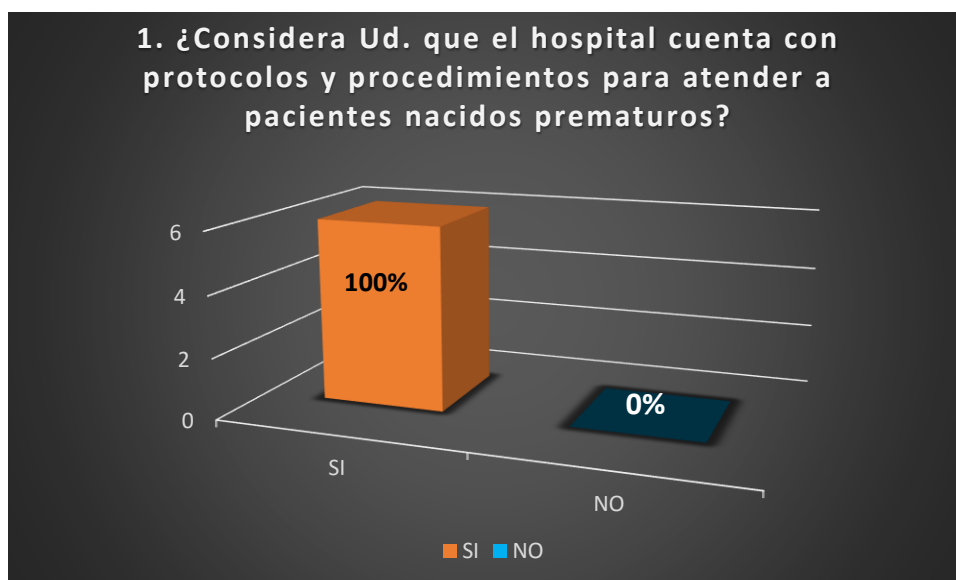
Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,907	10

**3.3. Cuestionario Realizado a: un Médico Pediatra, dos Licenciada en enfermería y tres Técnicas en enfermería, del área de neonatología del Hospital II Tarapoto.**

*Tabla 1: Datos obtenidos al procesar la pregunta 1 de la encuesta al personal de Salud*

1. ¿Considera Ud. que el hospital cuenta con protocolos y procedimientos para atender a pacientes nacidos prematuros?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	100,0	100,0	100,0

*Gráfico 1: Datos obtenidos al procesar la pregunta 1 de la encuesta al personal de Salud*



**Fuente Propia – Encuestados**

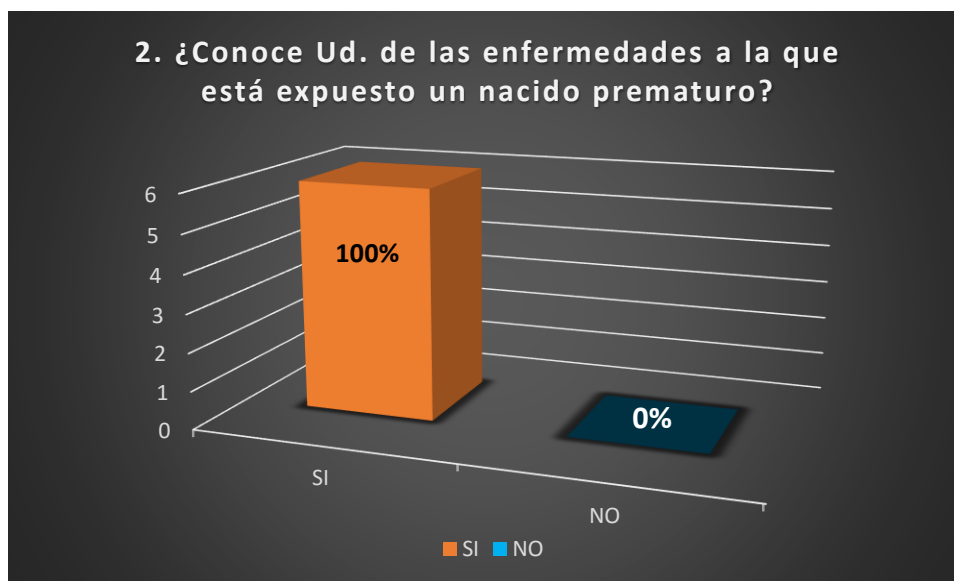
**Interpretación:**

Del gráfico y tabla N° 01 podemos Inferir que el 100% del total de los encuestados considera que el Hospital II – Tarapoto, cuenta con Protocolos y Procedimiento que guían el actuar médico en todos los niveles de la atención neonatal, con el fin de Prevenir y Detectar a niños nacidos prematuros que presentan riesgos de retinopatía y prevenir la ceguera en el mundo.

Tabla 2: Datos obtenidos al procesar la pregunta 2 de la encuesta al personal de Salud

2. ¿Conoce Ud. de las enfermedades a la que está expuesto un nacido prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	100,0	100,0	100,0

Gráfico 2: Datos obtenidos al procesar la pregunta 2 de la encuesta al personal de Salud



**Fuente Propia – Encuestados**

### Interpretación

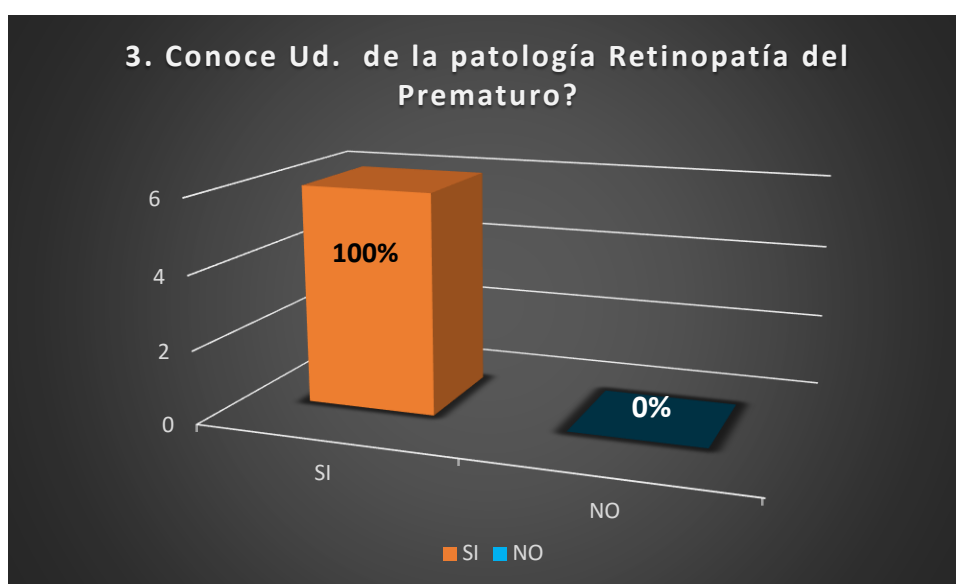
De la tabla y gráfico N° 2, teniendo en cuenta que los encuestados son profesionales que laboran en el área de neonatología, que es un centro especializado para brindar atención oportuna a un nacido prematuro, se observa que el 100% de los encuestados afirman conocer de las enfermedades a la que está expuesto un nacido prematuro y con ello las consecuencias que puede acarrear dicha enfermedad.



Tabla 3: Datos obtenidos al procesar la pregunta 3 de la encuesta al personal de Salud

3. Conoce Ud. de la patología Retinopatía del Prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	100,0	100,0	100,0

Gráfico 3: Datos obtenidos al procesar la pregunta 3 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

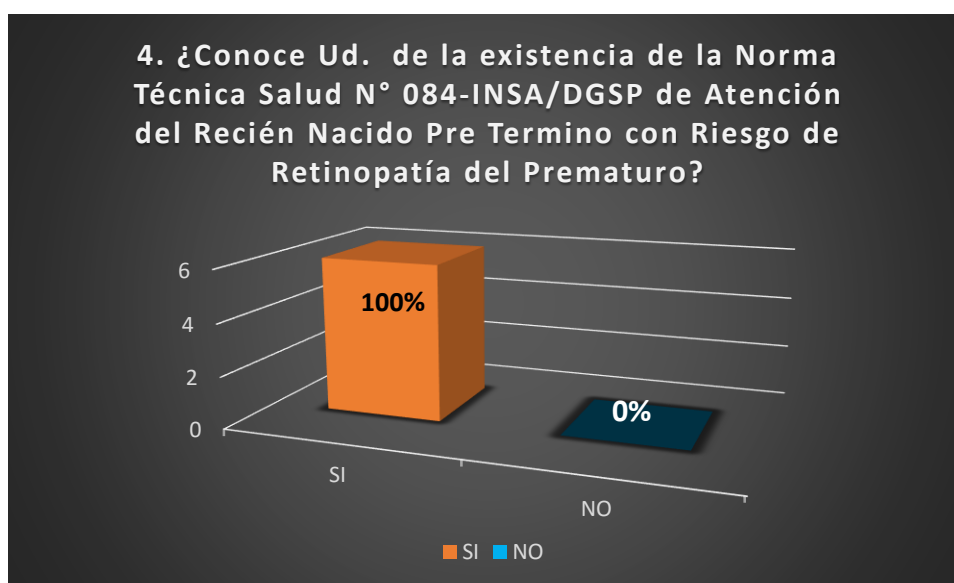
### Interpretación

Consideremos ahora, que en América Latina y el mundo la ROP se está convirtiendo en una de las principales causas de ceguera infantil, donde el 50% de niños con ceguera vive en países Latinoamericanos como el nuestro, entonces podemos inferir de la tabla y gráfico N° 03 que la totalidad de profesionales médicos encuestados conoce de la enfermedad denominada Retinopatía del Prematuro y sus graves e irreversibles consecuencias de no ser diagnosticada y atendida oportunamente.

Tabla 4: Datos obtenidos al procesar la pregunta 4 de la encuesta al personal de Salud

4. ¿Conoce Ud. de la existencia de la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	100,0	100,0	100,0

Gráfico 4: Datos obtenidos al procesar la pregunta 4 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

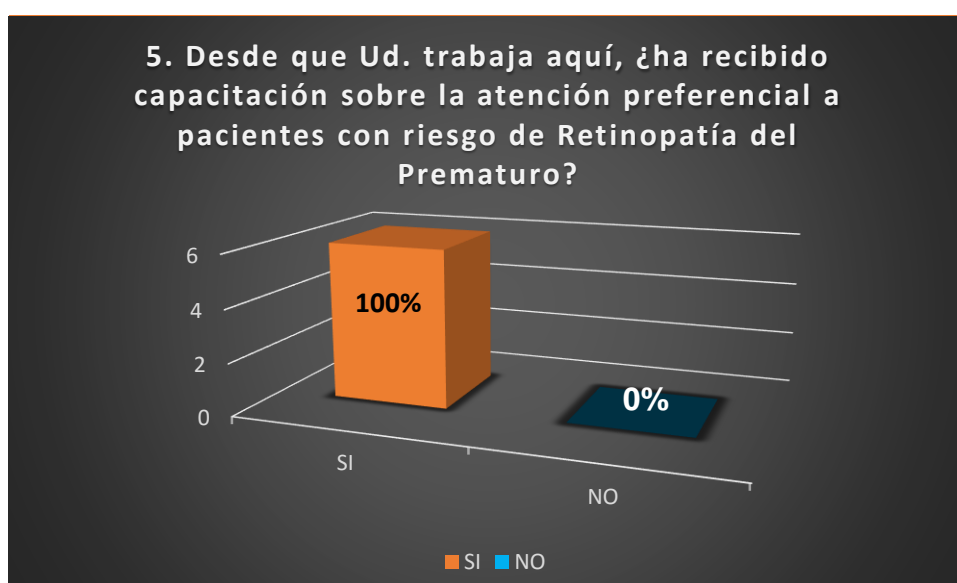
### Interpretación

Si aceptamos, lo descrito en la tabla y gráfico N° 01 y 03, resulta muy entendible que un profesional de la salud, que se desempeña día a día en un área especializada para la atención a nacidos pre termino, conozca de la enfermedad ROP y sus graves e irreversibles consecuencias de no ser atendida oportunamente, vale decir que resulta imposible creer que los encuestados ignoren la existencia de la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro. Y así lo demuestra nuestro gráfico y tabla N° 04, donde la totalidad de los encuestados afirma tener pleno conocimiento de la existencia de la norma antes mencionada.

Tabla 5: Datos obtenidos al procesar la pregunta 5 de la encuesta al personal de Salud

5. Desde que Ud. trabaja aquí, ¿ha recibido capacitación sobre la atención preferencial a pacientes con riesgo de Retinopatía del Prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	100,0	100,0	100,0

Gráfico 5: Datos obtenidos al procesar la pregunta 5 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

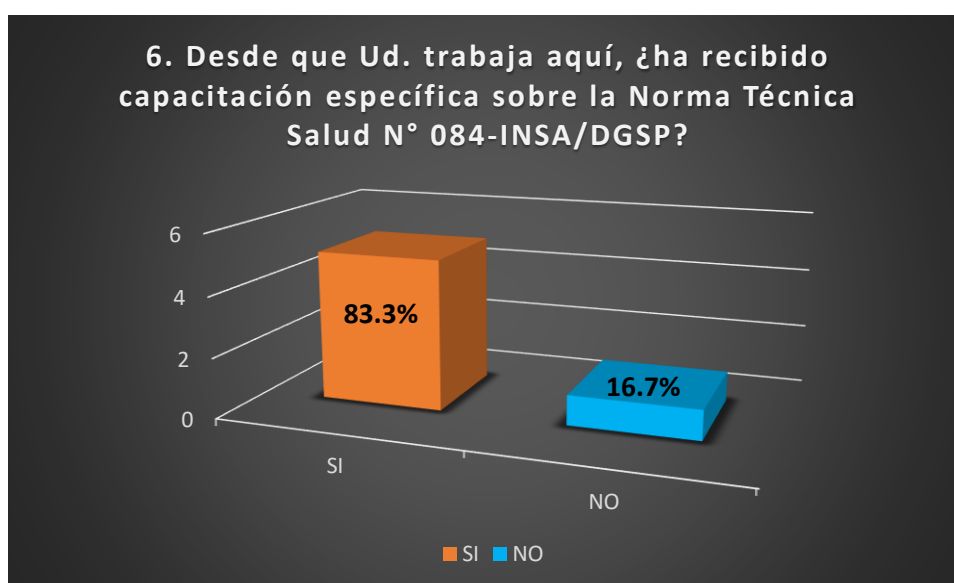
### Interpretación

Llegados a este punto, veamos las respuestas a una pregunta que resulta de vital importancia para lo que queremos demostrar en nuestra investigación. Visto la tabla y gráfico N° 05 podemos diferir que del total de encuestados equivalente al 100% ha recibido capacitación sobre la atención preferente y oportuna a pacientes con diagnóstico de retinopatía, podemos decir entonces que el personal médico que labora en el área de neonatos del hospital II – Tarapoto, tiene pleno conocimiento de cómo debe y tiene que ser la atención a un paciente con ROP, esto tratado con los protocolos de emergencia.

Tabla 6: Datos obtenidos al procesar la pregunta 6 de la encuesta al personal de Salud

6. Desde que Ud. trabaja aquí, ¿ha recibido capacitación específica sobre la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP?,					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	5	83,3	83,3	83,3
	NO	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Gráfico 6: Datos obtenidos al procesar la pregunta 6 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

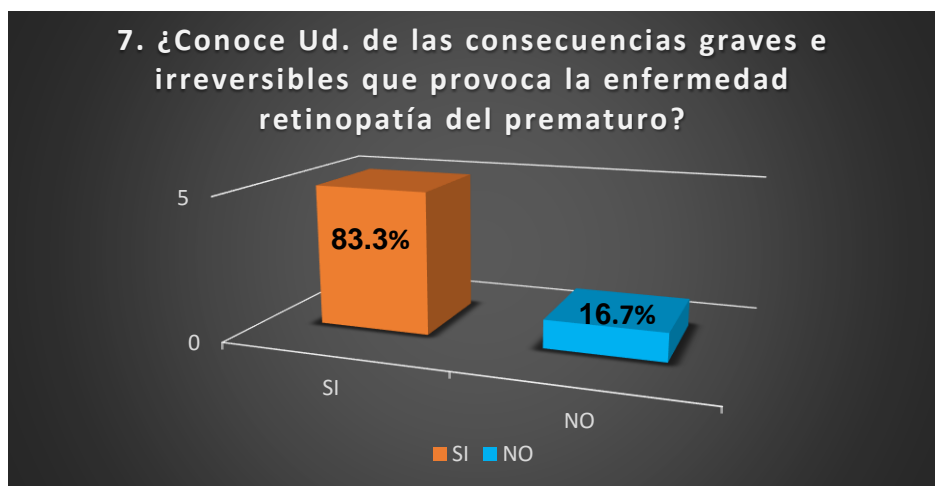
### Interpretación

Avanzando en nuestro razonamiento y para ser más específicos, podemos observar de la tabla y gráfico N° 06, del total de los encuestados el 83.3% afirma haber recibido capacitación pormenorizada a cerca de la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP, norma que tiene como objetivo general establecer disposiciones para la atención de niños pre termino con riesgo a desarrollar ROP en los establecimientos de todo el país, y disponer el tamizaje obligatorio a todos los neonatos con riesgo de desarrollar Retinopatía del Prematuro, así como el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación oportuna de los casos. Así también el 16.7% afirma no haber recibido capacitación respecto de la NTS, sin embargo esto se debe al reciente ingreso como trabajador al nosocomio.

Tabla 78: Datos obtenidos al procesar la pregunta 7 de la encuesta al personal de Salud

7. ¿Conoce Ud. de las consecuencias graves e irreversibles que provoca la enfermedad retinopatía del prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	5	83,3	83,3	83,3
	NO	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Gráfico 7: Datos obtenidos al procesar la pregunta 7 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

### Interpretación

Prosigamos en nuestro análisis, de la tabla y gráfico N° 07 se deduce que el 83.3% del personal del área de neonatología del hospital II- Tarapoto afirma conocer de las consecuencias graves e irreversible que provoca la enfermedad retinopatía del prematuro, ahora debemos tener en cuenta que el Estado en su afán de prevenir el índice de ceguera en el Perú por retinopatía del prematuro crea y publica la NTS-084, norma que es de obligatorio cumplimiento en los establecimientos públicos y privados del sector salud, entonces los resultados obtenidos en la pregunta N° 07 son el claro reflejo de que los encuetados son conscientes de que si no actúan oportunamente cumpliendo los parámetros establecidos en dicha norma, estarán contribuyendo a incrementar el índice de ciegos en nuestro país. Así también es de observarse que el 16.7% no conoce o conoce muy poco de las consecuencias que podría conllevar esta enfermedad y tal como lo explicamos en la tabla N° 06 debe al reciente ingreso como trabajador al nosocomio.

Tabla 89: Datos obtenidos al procesar la pregunta 8 de la encuesta al personal de Salud

8. ¿Dispone el Hospital de programas de prevención destinados a la difusión, orientación y apoyo a padres con niños con riesgo o diagnóstico de Retinopatía?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	16,7	16,7	83,3
	NO	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Gráfico 8: Datos obtenidos al procesar la pregunta 8 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

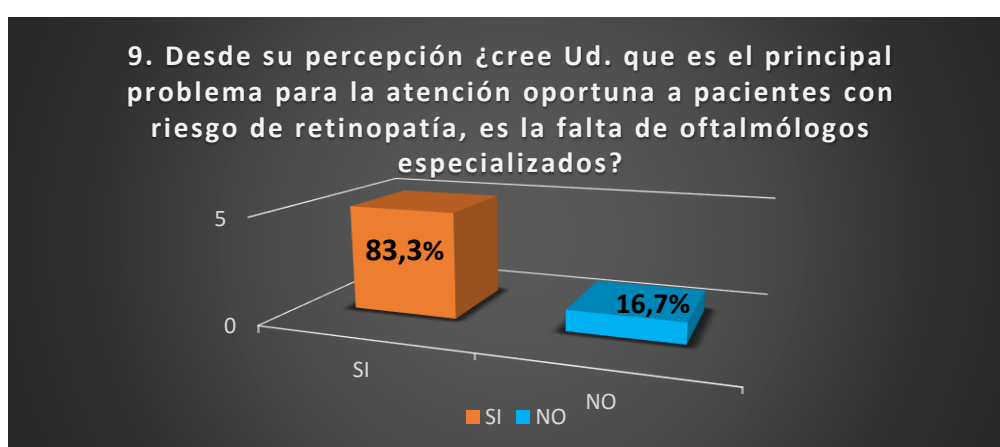
### Interpretación

El Ministerio de Salud pone a disposición de las organizaciones del Sector Salud la “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”, conjunto con la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA, en ambos documentos se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño; identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva. Entonces de la tabla y gráfico N° 08 podemos inferir que el 83,3% de los encuestados considera que el hospital II Tarapoto no cuenta con programas de prevención destinados a la difusión, orientación y apoyo a padres con niños con riesgo o diagnóstico de Retinopatía, respuesta que se contradice totalmente con las tablas y gráficos anteriores, y solo el 16,7% de los encuestados afirma que el hospital si cuenta con programas de prevención destinados a la difusión, orientación y apoyo a padres con niños con riesgo o diagnóstico de Retinopatía.

Tabla 9: Datos obtenidos al procesar la pregunta 9 de la encuesta al personal de Salud

9. Desde su percepción ¿cree Ud. que es el principal problema para la atención oportuna a pacientes con riesgo de retinopatía, es la falta de oftalmólogos especializados?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	5	83,3	83,3	83,3
	NO	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Gráfico 9: Datos obtenidos al procesar la pregunta 9 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

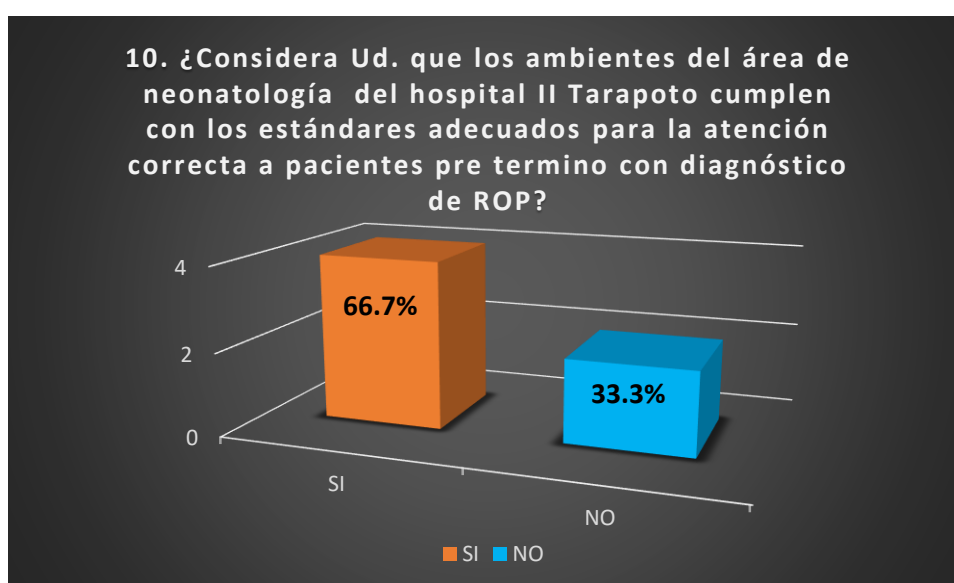
### Interpretación

Llegados a este punto, debemos considerar el Estado es el principal responsable del adecuado desempeño del sistema de salud y en nuestro país es el MINSA el responsable de ello, y por ende es su responsabilidad preservar y mejorar la salud de la población, debiendo cumplir funciones de financiamiento, provisión de servicios, y creación de recursos humanos y físicos. (Dirección General, 2010). A razón de lo descrito líneas arriba podemos inferir que de la tabla y gráfico N° 09 el 83,3% de los encuestados considera que el principal problema para la atención oportuna a pacientes con riesgo de retinopatía, es la falta de oftalmólogos especializados en el hospital II Tarapoto, hecho considerado como un grave atentado al derecho a la salud de la población prematura con diagnóstico de ROP y solo el 16,7% considera que no es un problema la carencia de médicos especialistas en oftalmología.

Tabla 1010: Datos obtenidos al procesar la pregunta 10 de la encuesta al personal de Salud

10. ¿Considera Ud. que los ambientes del área de neonatología del hospital II Tarapoto cumplen con los estándares adecuados para la atención correcta a pacientes pre termino con diagnóstico de ROP?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	66,7	66,7	66,7
	NO	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Gráfico 10: Datos obtenidos al procesar la pregunta 10 de la encuesta al personal de Salud



Fuente Propia – Encuestados

La Unidad Asistencial de Neonatología es una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos. (OMS, 2010). Entonces de la tabla y gráfico Nº 10 podemos colegir que el 66,7% del total de los encuestados considera que los ambientes del área de neonatología del hospital II Tarapoto cumplen con los estándares adecuados para la atención correcta a pacientes pre termino con diagnóstico de ROP y el 33,3% de encuestados



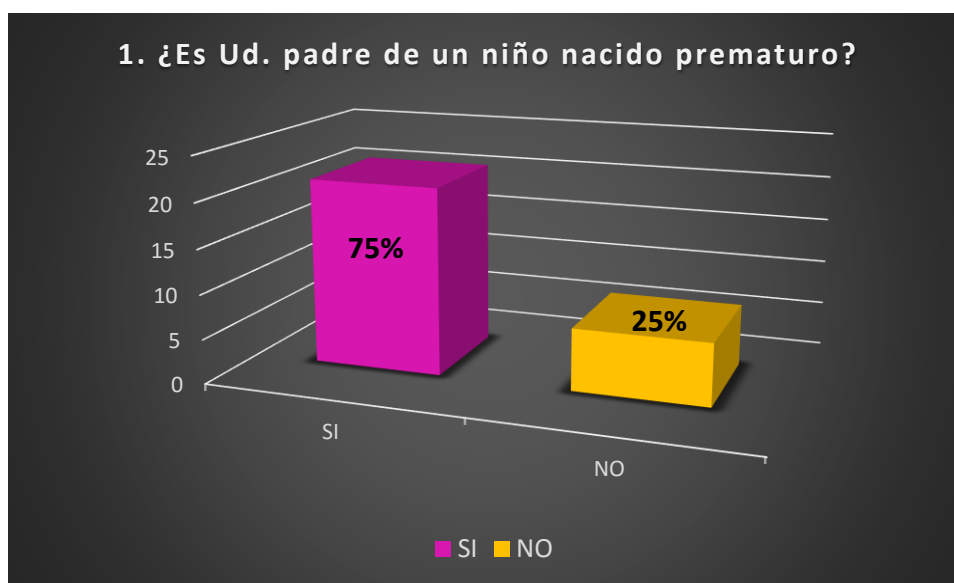
considera que el área de neonatología no cumple con estos estándares de atención a pacientes pre termino.

Cuestionario Realizado a: Padres cuyos hijos nacieron prematuros y fueron diagnosticados con Retinopatía del Prematuro, en el área de neonatología del Hospital II Tarapoto.

Tabla 11: Datos obtenidos al procesar la pregunta 1 de la encuesta a los Padres de Familia

1. ¿Es Ud. padre de un niño nacido prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	21	75,0	75,0	75,0
	NO	7	25,0	25,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 11: Datos obtenidos al procesar la pregunta 1 de la encuesta a los Padres de Familia



Fuente: Propia – Encuestados

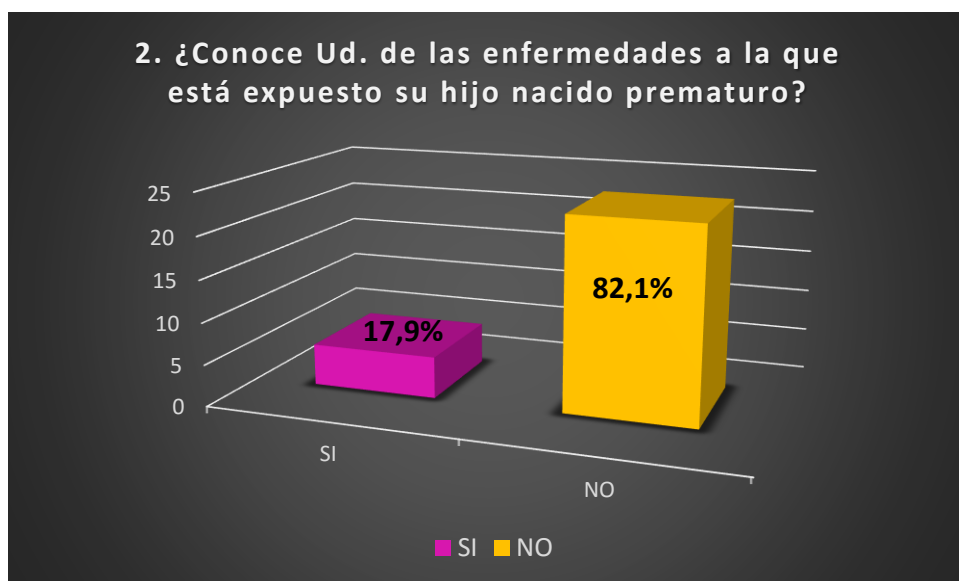
Un embarazo humano completo dura 40 semanas, se considera nacimiento prematuro o pre término todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación. (OMS, 2010). En el Hospital II- Tarapoto aproximadamente nacen 89 niños de los cuales 40 son prematuros y de estos 28 son diagnosticados con Retinopatía del Prematuro, así también de los 28 nacidos pre termino con ROP no todos logran sobrevivir, por las

diversas complicaciones que van surgir en las primeras 4 semanas de vida. Dicho lo anterior, de la tabla y gráfico N° 01 podemos diferir entonces que de la totalidad de nuestra población de estudio el 75% de son padres de niños con diagnóstico de ROP y el 25% restante son padres cuyos niños no lograron sobrevivir.

Tabla 02: Datos obtenidos al procesar la pregunta 2 de la encuesta a los Padres de Familia

2. ¿Conoce Ud. de las enfermedades a la que está expuesto su hijo nacido prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	5	17,9	17,9	17,9
	NO	23	82,1	82,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 12: Datos obtenidos al procesar la pregunta 1 de la encuesta a los Padres de Familia



Fuente Propia – Encuestados

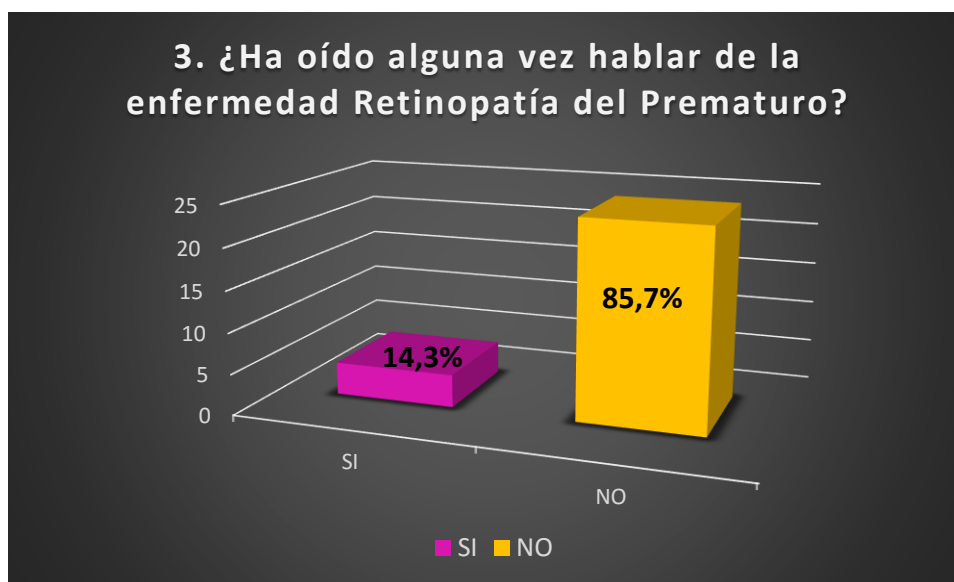
De la tabla y gráfico N° 02 podemos diferir que el 82,1% de los padres encuestados cuyos hijos nacieron prematuros en el hospital II Tarapoto y que fueron diagnosticados con Retinopatía del Prematuro, no tiene conocimiento de las enfermedades a la que está expuesto su hijo, mucho menos las graves e irreversible consecuencias de no ser atendido de una

manera oportuna y diligente; observamos también que el 17,9% de padres afirman conocer solo de algunas enfermedades a la que están expuestos sus menores hijos.

Tabla 123: Datos obtenidos al procesar la pregunta 3 de la encuesta a los Padres de Familia

3. ¿Ha oído alguna vez hablar de la enfermedad Retinopatía del Prematuro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	14,3	14,3	14,3
	NO	24	85,7	85,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 13: Datos obtenidos al procesar la pregunta 1 de la encuesta a los Padres de Familia



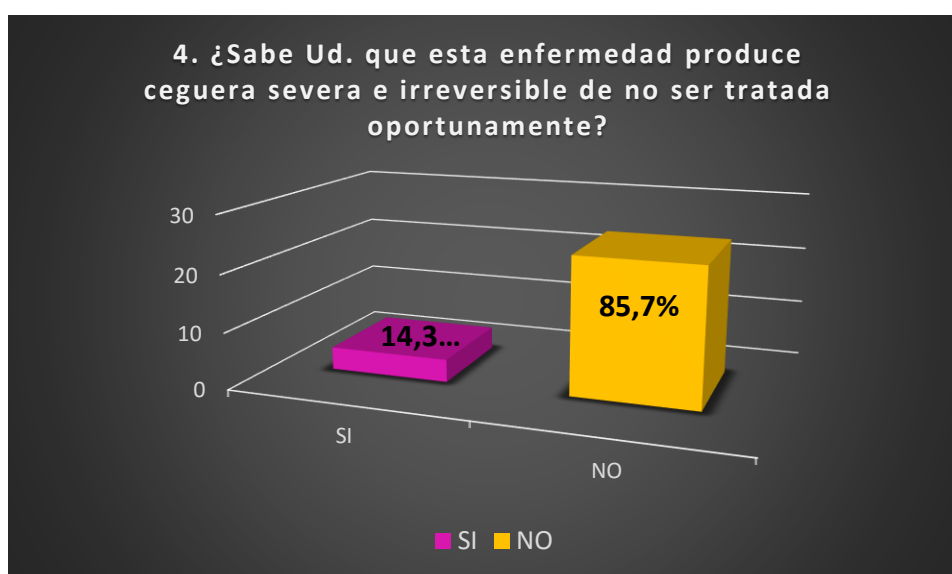
Fuente Propia – Encuestados

De los datos obtenidos podemos observar en la tabla y gráfico N° 02 que el 85,7% de los padres encuestados cuyos hijos nacieron prematuros en el hospital II Tarapoto y que a la fecha cuentan con una historia clínica cuyo diagnóstico es ROP, afirman nunca haber oído a cerca de esta enfermedad y solo el 14,3% traducido a 04 padres del total de los encuetados afirman haber oído a cerca de esta enfermedad por casos en televisión Nacional.

Tabla 0413: Datos obtenidos al procesar la pregunta 4 de la encuesta a los Padres de Familia

4. ¿Sabe Ud. que esta enfermedad produce ceguera severa e irreversible de no ser tratada oportunamente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	14,3	14,3	14,3
	NO	24	85,7	85,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 14: Datos obtenidos al procesar la pregunta 4 de la encuesta a los Padres de Familia



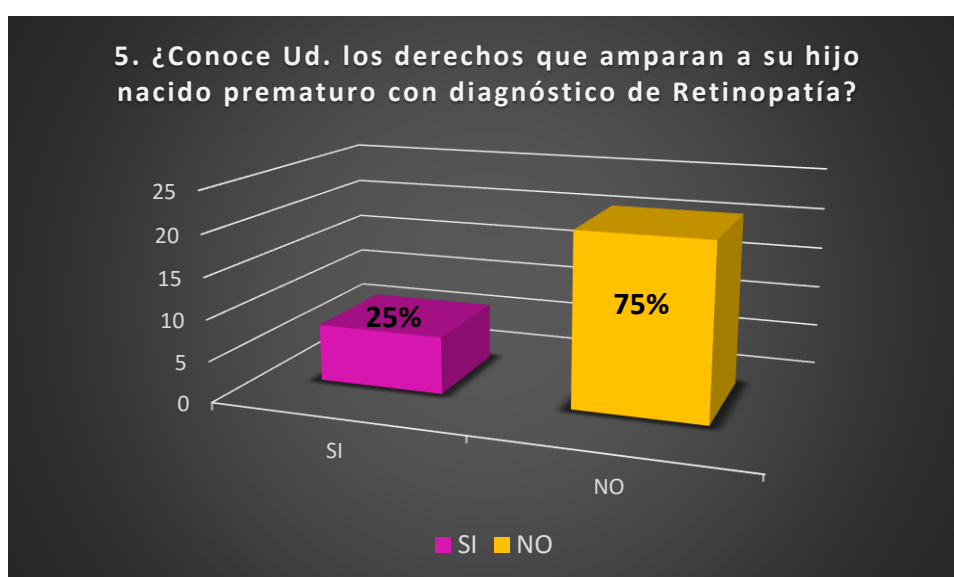
Fuente Propia – Encuestados

Raúl. J. (2016). en su tesis “**Prevalencia y Factores de Riesgo para el Desarrollo de Retinopatía de la Prematuridad en el Servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales, enero - diciembre 2014**”, por la Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina, sostiene que la retinopatía de la prematuridad es una de las principales causas de ceguera infantil en los países del Tercer Mundo y se debe a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno por deficiencia en programas de prevención dentro de los hospitales, pero sobre todo por la escasa información dada a los padres. Con esto quiero decir que el 85,7% de padres encuestados desconocen que esta enfermedad produce ceguera severa e irreversible de no ser tratada oportunamente. Y solo el 14,3% del total de encuestados afirma conocer las secuelas de esta enfermedad por medios de comunicación (televisión), tal como se demostró en el tabla N° 03

Tabla 0514: Datos obtenidos al procesar la pregunta 5 de la encuesta a los Padres de Familia

5. ¿Conoce Ud. los derechos que amparan a su hijo nacido prematuro con diagnóstico de Retinopatía?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	7	25,0	25,0	25,0
	NO	21	75,0	75,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 15: Datos obtenidos al procesar la pregunta 5 de la encuesta a los Padres de Familia



Fuente Propia – Encuestados

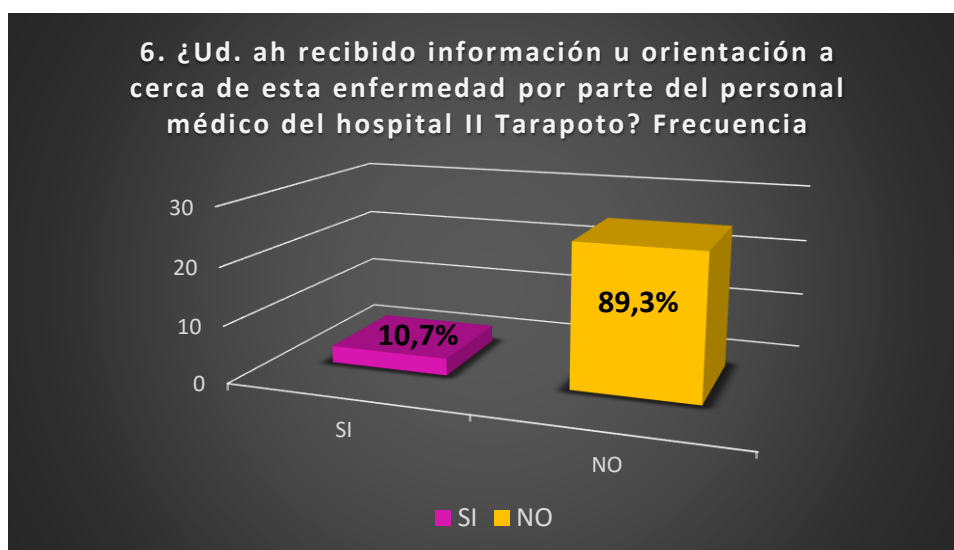
Todas las observaciones hechas hasta ahora se relacionan con los resultados de esta tabla y claro quién no ha oído hablar de los derechos humanos, e incluso exigimos el respeto de ellos, sin embargo podemos advertir de la tabla y gráfico N° 05 que el 75 % de los padres encuestados cuyos hijos nacieron prematuros en el hospital II Tarapoto desconocen cuáles son estos derechos que amparan a su niño. Todo esto parece confirmar la escasa o nada de información que reciben los padres por parte del personal médico del área de neonatología, sumado a esto el bajo nivel socioeconómico y cultural, recordemos que en su mayoría son familias que proviene de pueblos ribereños, con poca o nada oportunidad de educación. Dicho lo anterior también es de observarse que el 25% de padres afirman

conocer los derechos que amparan aun paciente, resultado que tiene que ver directamente con el nivel socioeconómico del padre.

Tabla 06: Datos obtenidos al procesar la pregunta 6 de la encuesta a los Padres de Familia

6. ¿Ud. ah recibido información u orientación a cerca de esta enfermedad por parte del personal médico del hospital II Tarapoto?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	3	10,7	10,7	10,7
	NO	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 16: Datos obtenidos al procesar la pregunta 6 de la encuesta a los Padres de Familia



Fuente Propia – Encuestados

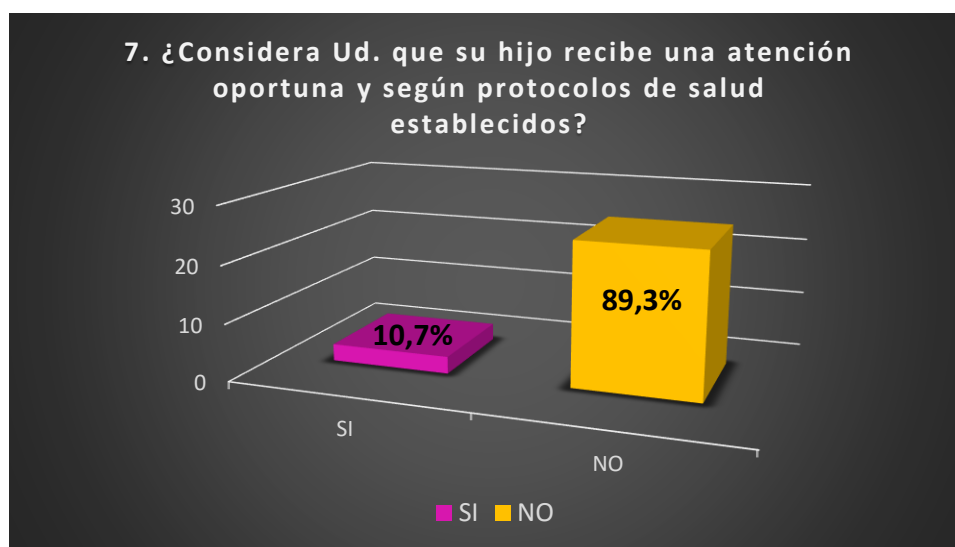
Uno de los derechos que tiene el paciente o usuario de salud es el derecho al Acceso de la Información de su Salud. Este derecho se encuentra señalado en el artículo 15, numeral 15.2 de la Ley General de Salud N° 26842, modificado por la Ley N° 29414. De la tabla y gráfico N° 06, podemos establecer que el 10.7% de los padres encuestados considera que la información recibida sobre la salud de su menor no es la deseada, siendo incompleta y poco entendible. Sin embargo resulta alarmante que el 89.3% de padres equivalente a 25 encuestados no haya recibido información veraz y oportuna a cerca de esta enfermedad; el derecho a ser informados con pleno respeto a nuestra dignidad y sin ningún tipo de discriminación es considerado por la Defensoría del Asegurado de

EsSalud, como uno de los más importantes derechos que tienen las personas que acuden a los diversos establecimientos de salud del país. Acto que se evidencia totalmente vulnerado en esta tabla.

Tabla 0715: Datos obtenidos al procesar la pregunta 7 de la encuesta a los Padres de Familia

7. ¿Considera Ud. que su hijo recibe una atención oportuna y según protocolos de salud establecidos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	3	10,7	10,7	10,7
	NO	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 17: Datos obtenidos al procesar la pregunta 7 de la encuesta a los Padres de Familia



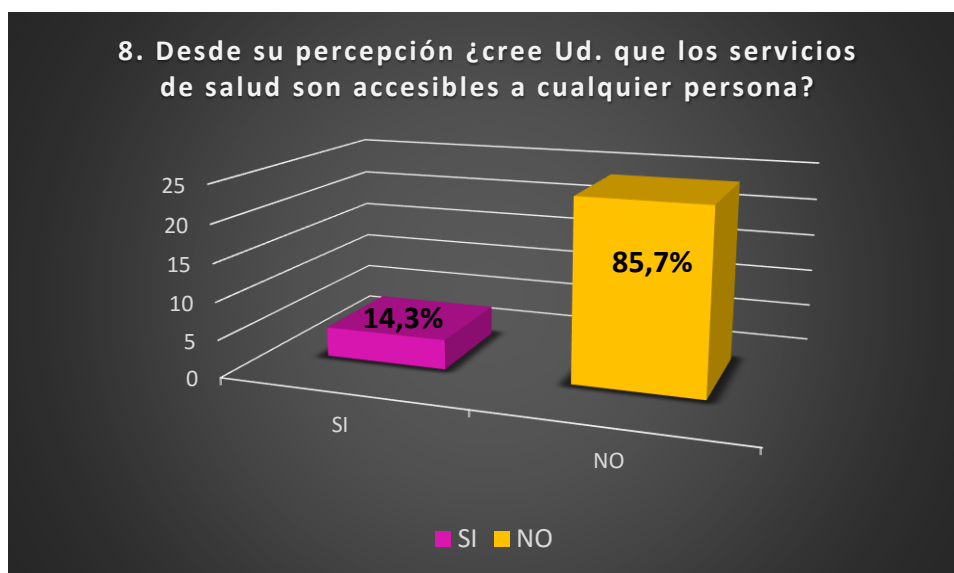
Fuente Propia – Encuestados

De la tabla y gráfico N° 07 podemos inferir que el 89,3% del total de padres encuestados afirma que la actuación del médico está relacionada con la condición económica del paciente. Y que por ser personas de bajo poder adquisitivo se han visto muchas veces discriminados y con ello se ha incrementado los riesgos de salud de su menor hijo. **Traducción Literal:** “señorita creen que por que no traemos un buen vestido y zapatos y no sabemos expresarnos, no tenemos derecho a curar a nuestros hijos”. De igual manera podemos observar que el 10,7% de padres consideran recibir una atención oportuna y ceñida a los protocolos de salud.

Tabla 0816: Datos obtenidos al procesar la pregunta 8 de la encuesta a los Padres de Familia

8. Desde su percepción ¿cree Ud. que los servicios de salud son accesibles a cualquier persona?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	14,3	14,3	14,3
	NO	24	85,7	85,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 18: Datos obtenidos al procesar la pregunta 8 de la encuesta a los Padres de Familia



Fuente Propia – Encuestados

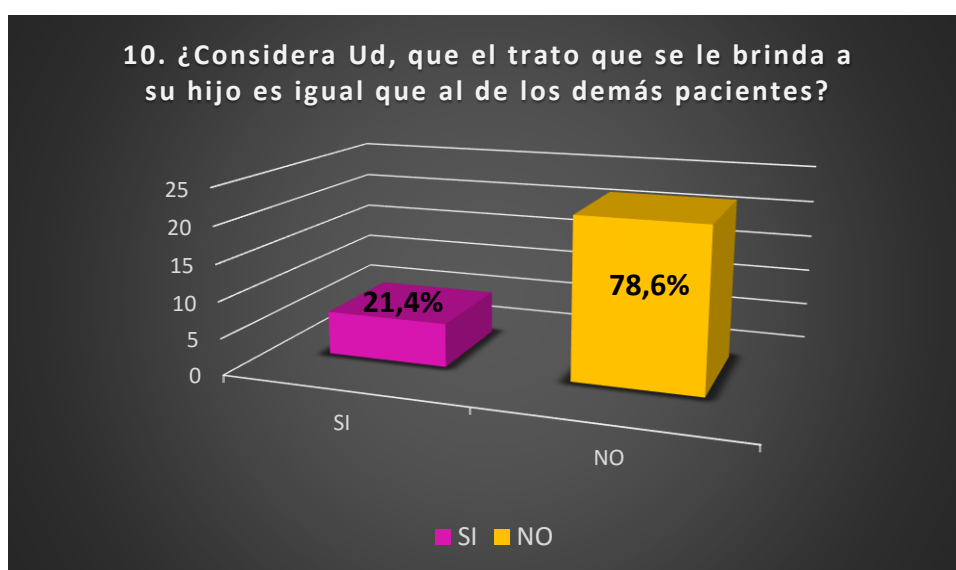
De la tabla y gráfico N° 08 podemos inferir que el 85,7% del total de padres encuestados cuyos hijos nacieron en el hospital II Tarapoto consideran que el servicio de salud no es accesible a cualquier persona y de serlo el tipo de atención y el trato recibido por parte del personal médico carece de empatía y calidad humana. Con eso no minimizamos los esfuerzos que hacen los profesionales de salud, sin embargo los encuestados muestran el descontento de los padres respecto del trato por su condición económica. Así mismo el 14,3% afirma que a diferencia de años pasados el servicio de salud es más accesible por que el personal médico es nuevo y son jóvenes con entusiasmo de brindar apoyo.



Tabla 10: Datos obtenidos al procesar la pregunta 10 de la encuesta a los Padres de Familia

10. ¿Considera Ud. que el trato que se le brinda a su hijo es igual que al de los demás pacientes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	21,4	21,4	21,4
	NO	22	78,6	78,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gráfico 190: Datos obtenidos al procesar la pregunta 10 de la encuesta a los Padres de Familia



Fuente Propia – Encuestados

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, de 1989 en su artículo 2º derecho a la no discriminación y 3º prescribe: Consideración del interés superior. “Los Estados Partes asegurarán las condiciones para que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado y la protección de los niños cumplan las normas establecidas por autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.” Sin embargo de los datos obtenidos podemos observar que el 78,6% de los padres encuestados considera que el trato que le brindan a su hijo no es igual, puesto que como nació prematuro tienes menos probabilidades de

sobrevivir por lo tanto, la oportuna y correcta atención es menor, porque se cree que morirán. Así también el 21,4% de padres afirman que el trato que se le brinda a su hijo es igual que al de los demás pacientes.

## GUÍA DOCUMENTAL

Tabla 17: Aspectos Evaluados en el estudio

Análisis de la Guía de Observación ASPECTOS A EVALUADOS PARA EL PRESENTE ESTUDIO					
N°	N° de Historia Clínica.	Se ha ejecutado el protocolo de atención a pacientes pre término con riesgo de ROP prescritos en la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA.	Se garantiza el acceso oportuno de las niñas y niños con riesgo de ROP a un tratamiento especializado y adecuado.	Se promueve la información oportuna e involucramiento de los padres en la corresponsabilidad de la prevención de la ceguera por retinopatía.	Si se está truncando el proyecto de vida por discapacidad permanente e irreversible de los nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía, debido a la mala praxis médica en el hospital II Tarapoto
d01	008613	NO	NO	NO	SI
02	013875	NO	NO	NO	SI
03	059314	NO	NO	NO	SI
04	093144	NO	NO	NO	SI
05	132556	NO	NO	NO	SI
06	142062	NO	NO	NO	SI
07	142915	NO	NO	NO	SI
08	143389	NO	NO	NO	SI
09	147922	NO	NO	NO	SI
10	148358	NO	NO	NO	SI
11	150257	NO	NO	NO	SI
12	150918	NO	NO	NO	SI
13	150991	NO	NO	NO	SI
14	151287	NO	NO	NO	SI

15	157661	NO	NO	NO	SI
16	158110	NO	NO	NO	SI
17	163167	NO	NO	NO	SI
18	163404	NO	NO	NO	SI
19	163586	NO	NO	NO	SI
20	158111	NO	NO	NO	SI

La retinopatía de la prematuridad es una de las principales causas de ceguera infantil en los países del Tercer Mundo, se debe a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno por deficiencia en programas de prevención. Disminuir la incidencia de esta enfermedad es prioridad mundial, por tratarse de una entidad con gran potencial de prevención y al presentarse en el inicio de la vida, representa un gran número de años de ceguera y de incapacidad de por vida. **(OMS, 2010)**. Habría que decir también que los problemas visuales en el Perú son la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, en tal sentido el Estado Peruano a través del Ministerio de Salud ha priorizado como política pública a favor de la infancia emitir la “Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre Término con Riesgo de Retinopatía del Prematuro”, donde se dispone el tamizaje obligatorio de todos los neonatos con riesgo de desarrollar retinopatía, así como el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación oportuna de los casos. Teniendo como principales objetivos difundir en el personal de salud los procedimientos técnicos-administrativos necesarios para realizar el tamizaje obligatorio de la retinopatía del prematuro; Garantizando el acceso oportuno de las niñas y niños prematuros con diagnóstico de ROP al tratamiento especializado y adecuado; Promoviendo la información e involucramiento de los padres de los neonatos en la corresponsabilidad de la prevención de la ceguera por ROP. Y cuya aplicación es de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos del sector salud a nivel nacional. **(Ministerio de Salud del Perú, 2010)**.

La Norma Técnica de Salud N° 084- MINSA, de Atención a nacidos pre término con diagnóstico de retinopatía es una herramienta de política pública orientada a mejorar la gestión y respuesta clínicas de la Salud Ocular, desde un modelo de atención primaria en salud, definido por el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la familia y comunidad a nivel nacional, regional y local, como parte del derecho a la salud, la inclusión social y el respeto a los derechos humanos fundamentales. Es de gran importancia para la disminución de la discapacidad visual prevenible y la prevención de la ceguera evitable en el Perú. Haciendo hincapié que, para los niños el derecho a la salud es vital porque son seres vulnerables, más expuestos a las enfermedades y a las complicaciones de salud. Al proteger a los niños de la enfermedad, éstos podrán llegar a la edad adulta con buena salud y contribuir así al desarrollo de sociedades más dinámicas y productivas. **(Ministerio de Salud del Perú, 2010)**. Sin embargo de las 20 historias clínicas observadas en este proceso de investigación, es de advertirse que si bien se ha tamizado al paciente pre término con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad, dicho diagnóstico ha sido tardío, se observa que no hay tratamiento pos diagnóstico, menos aún el seguimiento y rehabilitación oportuna. Consecuentemente no se ha ejecutado el protocolo de atención a pacientes pre término con riesgo de ROP prescritos en la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA. Es necesario recalcar que tampoco se está garantizando el acceso oportuno de las niñas y niños con riesgo de ROP a un tratamiento especializado y adecuado. Lo dicho hasta aquí supone que tampoco se está promoviendo la información oportuna e involucramiento de los padres en la corresponsabilidad de la prevención de la ceguera por retinopatía. Y Finalmente me gustaría dejar claro que se está truncando el proyecto de vida por discapacidad permanente e irreversible de los nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía, debido a la mala praxis médica en el hospital II Tarapoto.

#### IV. DISCUSIÓN

La situación en salud a nivel mundial no es la mejor, los progresos científicos registrados en este ámbito han sido muy desiguales contribuyendo poco a la equidad y la justicia social, Latinoamérica no es ajena a la situación mundial de inequidad en materia de salud, y en la práctica resulta ser un servicio accesible según el estatus económico que un verdadero derecho humano básico. Sin embargo en los últimos años, la vida y la salud de los seres humanos, se han articulado como derechos morales fundamentales, que deben ser respetados y protegidos, han pasado a ser no sólo conceptos definidores de lo humano, sino también categorías que aúnan los principales derechos de toda persona, comparto en su totalidad cuando Raúl Usera Canosa en su libro "El Derecho a la Integridad Personal", bien define que, la salud de una persona debe ser abordada en tres perspectivas, a saber: del individuo en particular, dentro de su contexto familiar y en un contexto social, y como tal cuando se vulnera este derecho también se entiende que se estará vulnerando estos tres aspectos vitales en la vida de un ser humano.

La Organización Mundial de la Salud considera que un niño es prematuro cuando nace antes de haberse completado las 37 semanas de gestación, acontecido el nacimiento precoz del bebe, necesita cuidados especiales para superar las dificultades propias de su nacimiento pre término, como: temperatura corporal, respiración, problemas neurológicos, alimenticios y visión. (OMS, 2010). Ahora bien, de las dificultades antes mencionadas Indiscutiblemente, considero que la visión es el máspreciado de todos nuestros sentidos porque el 80% de la información que recibimos entra a través de los ojos; no sólo las imágenes sino también todas las sensaciones que les acompañan, más un en un nacido prematuro, que está expuesto a desarrollar la enfermedad de Retinopatía del Prematuro, para lo cual es importante la atención de profesionales con experiencia y competencia adquirida, donde el acto médico debe ser responsable moral y ético. La retinopatía de la prematuridad es una de las principales causas de ceguera infantil en los países del tercer Mundo y en el Perú son la segunda causa de

discapacidad a nivel nacional, se debe a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno por deficiencia en programas de prevención. De igual modo en el mundo y América Latina la retinopatía de la prematuridad (ROP) se está convirtiendo en una de las principales causas de ceguera infantil, existen 39 millones de ciegos (13% de la población), en Latinoamérica 2,4 millones de ciegos, y en Perú 160,000 ciegos, donde el 50% de niños con ceguera en el mundo por esta causa vive en países en desarrollo como el nuestro, y para el año 2020 la cifra de ciegos en Latinoamérica alcanzará los 5 millones de habitantes. (Sociedad Peruana de Pediatría, 2012).

Lo dicho hasta aquí supone que, los resultados obtenidos deben corroborar nuestra hipótesis, así a la pregunta N° 01 Considera Ud. que el hospital cuenta con protocolos y procedimientos para atender a pacientes nacidos prematuros? podemos Inferir que el 100% del total de los encuestados considera que el Hospital II – Tarapoto, cuenta con Protocolos y Procedimiento que guían el actuar médico en todos los niveles de la atención neonatal, con el fin de Prevenir y Detectar a niños nacidos prematuros que presentan riesgos de retinopatía y prevenir la ceguera en el mundo. Al respecto debo decir, que pese a contar con protocolos de atención a nacidos prematuros con diagnóstico de ROP, el factor prevención, el tamizaje oportuno y posterior seguimiento es insuficiente o casi inexistente. Respecto de la pregunta N° 02 Conoce Ud. de las enfermedades a la que está expuesto un nacido prematuro, resulta evidente que los encuestados siendo profesionales que laboran en el área de neonatología, que es un centro especializado para brindar atención oportuna a un nacido prematuro, sostengan en su totalidad conocer de las enfermedades a la que está expuesto un nacido prematuro y con ello las consecuencias que puede acarrear dicha enfermedad. En relación con la pregunta N° 04 conoce Ud. de la existencia de la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro, si aceptamos, lo descrito en la tabla y gráfico N° 01 y 03, resulta muy entendible que un profesional de la salud, que se desempeña día a día en un área especializada para la atención a nacidos pre termino, conozca de la

enfermedad de ROP y sus graves e irreversibles consecuencias de no ser atendida oportunamente, vale decir que resulta imposible pensar que los encuestados ignoren la existencia de la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro. Así, por ejemplo, resultaría imposible de creer que un abogado especialista en derecho penal, desconozca la existencia del Código Penal Peruano. De manera semejante a la pregunta N° 06 Desde que Ud. trabaja aquí ¿ha recibido capacitación específica sobre la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP, podemos observar de la tabla y gráfico N° 06, que el 83.3% afirma haber recibido capacitación pormenorizada a cerca de la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP, norma que tiene como objetivo general establecer disposiciones para la atención de niños pre termino con riesgo a desarrollar ROP en los establecimientos de todo el país, y disponer el tamizaje obligatorio así como el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación oportuna de los casos. Así también el 16.7% afirma no haber recibido capacitación respecto de la NTS, sin embargo esto se debe al reciente ingreso como trabajador al nosocomio. De la misma forma a la pregunta N° 07 Conoce Ud. de las consecuencias graves e irreversibles que provoca la enfermedad retinopatía del prematuro, vemos que el 83.3% del personal del área de neonatología del hospital II- Tarapoto afirma conocer de las consecuencias graves e irreversible que provoca la enfermedad retinopatía del prematuro, ahora debemos tener en cuenta que el Estado en su afán de prevenir el índice de ceguera en el Perú por retinopatía del prematuro crea y publica la NTS-084, norma que es de obligatorio cumplimiento en los establecimientos públicos y privados del sector salud, entonces los resultados obtenidos en la pregunta N° 07 son el claro reflejo de que los encuestados son conscientes de que si no actúan oportunamente cumpliendo los parámetros establecidos en dicha norma, estarán contribuyendo a incrementar el índice de ciegos en nuestro país. Así también es de observarse que el 16.7% no conoce o conoce muy poco de las consecuencias que podría conllevar esta enfermedad y tal como lo explicamos en la tabla N° 06 debe al reciente ingreso como trabajador al nosocomio.

Ahora bien, de las preguntas realizadas al personal médico del área de neonatología del hospital II Tarapoto considero que la pregunta N° 10 ¿Dispone el Hospital de programas de prevención destinados a la difusión, orientación y apoyo a padres con niños con riesgo o diagnóstico de Retinopatía, resulta de vital importancia puesto que se logró demostrar que pese a que el Estado a través del Ministerio de Salud pone a disposición de las organizaciones del Sector Salud la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA, el 83,3% de los encuestados consideró que el hospital II Tarapoto no cuenta con programas de prevención destinados a la difusión, orientación y apoyo a padres con niños con riesgo o diagnóstico de Retinopatía, respuesta que se contradice totalmente con las tablas y gráficos anteriores; Porque si tenemos en cuenta que el personal reconoce, contar con protocolos de atención, conoce la NTS 084 – MINSA y si a eso le sumamos que afirman estar capacitados, la pregunta es porque no cuentan con programas de prevención destinados a la difusión, orientación y apoyo a padres con niños con riesgo o diagnóstico de Retinopatía?.

Avanzando en nuestro razonamiento, y para tener mayor seguridad de los datos obtenidos, dentro de nuestros objetivos específicos también nos planteamos el realizar una encuesta a padres cuyos hijos nacieron prematuros en el hospital II Tarapoto y fueron diagnosticados con Retinopatía del Prematuro. Debemos tener en cuenta que en el Hospital II-Tarapoto semestralmente aproximadamente nacen 89 niños de los cuales 40 son prematuros y de estos 28 son diagnosticados con Retinopatía del Prematuro, así también de los 28 nacidos pre termino con ROP no todos logran sobrevivir, por las diversas complicaciones que van surgir en las primeras 4 semanas de vida. Dicho lo anterior, de la tabla y gráfico N° 01 podemos diferir entonces que de la totalidad de nuestra población de estudio el 75% de son padres de niños con diagnóstico de ROP y el 25% restante son padres cuyos niños no lograron sobrevivir.

Consideremos ahora los resultados obtenidos a la pregunta N° 06 Ud. ah recibido información u orientación a cerca de esta enfermedad por parte del personal médico del hospital II Tarapoto?, donde el 10.7% de los padres



encuestados considera que la poca información recibida sobre la salud de su menor no es la deseada, siendo incompleta y poco entendible. Sin embargo resulta alarmante que el 89.3% de padres equivalente a 25 encuestados no haya recibido información alguna a cerca de esta enfermedad; no olvidemos que la Defensoría del Asegurado de EsSalud considera que el derecho a ser informados con pleno respeto a nuestra dignidad y sin ningún tipo de discriminación es uno de los más importantes derechos que tienen las personas que acuden a los diversos establecimientos de salud del país. Acto que se evidencia totalmente vulnerado en esta tabla. Llegados a este punto veamos los resultados obtenidos a la pregunta N°10 Considera Ud. que el trato que se le brinda a su hijo es igual que al de los demás pacientes? Donde 78,6% de los padres encuestados considera que la actuación del médico está relacionada con la condición económica del paciente, y que por ser personas de bajo poder adquisitivo se han visto muchas veces discriminados y con ello se ha incrementado los riesgos de salud de su menor hijo.

Ahora puedo decir, respecto de las historias clínicas observadas, mediante nuestra guía de observación, que si bien se ha tamizado al paciente pre término con diagnóstico de ROP, dicho diagnóstico ha sido tardío, se observa que no hay tratamiento pos diagnóstico, menos aún el seguimiento y rehabilitación oportuna. Consecuentemente no se ha ejecutado el protocolo de atención a pacientes pre término con riesgo de ROP, tampoco está promoviendo la información oportuna e involucramiento de los padres en la corresponsabilidad de la prevención de la ceguera por retinopatía. Y Finalmente me gustaría dejar claro que se está truncando el proyecto de vida por discapacidad permanente e irreversible de los nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía, debido a la mala praxis médica en el hospital II Tarapoto.

## V. CONCLUSIONES

1.- La mala praxis si vulnera el derecho a la salud de los Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía en el Hospital II -Tarapoto, debido a que no se está garantizando el acceso oportuno a un tamizaje especializado y adecuado de los nacidos prematuros con riesgo de ROP; consecuentemente no se está difundiendo en el personal de salud los procedimientos técnico – administrativo necesarios para promover y acceder a información completa, veraz y entendida por el usuario respecto de la enfermedad de Retinopatía del prematuro y sus graves e irreversibles consecuencias; así mismo la calidad en salud como justa aspiración, referida a los aspectos técnicos de la atención, la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en beneficios del neonato y las relaciones interpersonales que se establecen entre médico y paciente, es deficiente; siendo que, todo recién nacido prematuro con diagnóstico de ROP, debe recibir atención especializada, no existe disponibilidad de ambientes adecuados para la atención, prevención, recuperación, y rehabilitación del paciente conforme a la Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con Riesgo de Retinopatía de la Prematuridad N° 084-MINSA/DGSP.

2.- Que, existiendo conocimiento de la NTS N° 084-MINSA/DGSP, por parte del personal médico y tomando en cuenta que el diagnóstico de retinopatía que requiere tratamiento quirúrgico es una emergencia y debe ser manejado como tal, no se observa acción administrativa alguna requiriendo adecuada implementación del área neonatología del hospital II Tarapoto. Por lo tanto resulta evidente que existe responsabilidad medica tanto del centro hospitalario como del médico pediatra de turno que recibe la emergencia, siendo estos los principales responsables de difundir, educar y crear conciencia preventiva sobre la importancia de ROP como una prioridad para la prevención de ceguera infantil.

## VI. RECOMENDACIONES

1.- Que, debe implementarse un Programa que establezca el tamizaje obligatorio de todos los neonatos con riesgo de desarrollar retinopatía del prematuro, así como el acceso a un diagnóstico oportuno, especializado y adecuado, para garantizar la calidad en salud, referida a los aspectos técnicos de la atención y las relaciones interpersonales que se establecen entre médico y paciente. Donde exista una estructura hospitalaria idónea, y disponibilidad de ambientes adecuados para la atención, prevención, recuperación, y rehabilitación del paciente prematuro conforme a la Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con Riesgo de Retinopatía de la Prematuridad N° 084-MINSA/DGSP.

2.- Que, ante el incumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con Riesgo de Retinopatía de la Prematuridad N° 084-MINSA/DGSP, por parte del hospital y médico pediatra de turno que recibió la emergencia e inobservó la *lex artis* médica ad hoc (actuación médica aplicable al caso específico teniendo en cuenta la especialización del profesional médico, la complejidad y trascendencia vital para el paciente); y diagnosticado el daño deberán asumir de manera solidaria la indemnización automática como consecuencia de la mala praxis; Debiendo crearse un sistema de indemnización de daños, de víctimas de ROP y sancionadora de errores médicos.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 7.1. Libros:

- ✓ Janeiro, D. (2009). "La Responsabilidad del Médico y Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria". Madrid: Reus, S.A.
- ✓ LEMA, A. (2009). "Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la Salud como Derecho Social". Madrid: Lex Nova.
- ✓ Luemo, A. (2007). "Derecho Sanitario y Responsabilidad Medica" (1ª y 2ª ed.). Valladolid: Lex Nova.
- ✓ Ortiz, C. (1983). "El Derecho a la Salud y Los Derecho de los Enfermos" (1ª y 2ª Ed.). Madrid: Encuentro Ediciones.
- ✓ Posada, O. (2009). "La Responsabilidad Civil Extracontractual". Bogotá, Colombia: Temesis S.A.
- ✓ Tamayo, M. T. (2004). El Proceso de la Investigación Científica (4ª ed.). México: Limusa Noriega Editores.
- ✓ Usera, R. (2006). "El Derecho a la Integridad Personal" (1ª Ed.). Madrid: Lex Nova.

### 7.2. Tesis

- ✓ Aristizabal, C. (2011). "La Acción Constitucional de Tutela como Mecanismo Efectivo para la Materialización del Derecho a La Salud". (Tesis Pregrado). Universidad de Manizales. Manizales. Colombia.
- ✓ Calampa, R. (2016). "Prevalencia y Factores de Riesgo para el Desarrollo de Retinopatía de la Prematuridad en el Servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales, enero - diciembre 2014". (Tesis Pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú.

- ✓ Castellón, María. (2006). "Protección Constitucional del Derecho a la Salud Mental y su Aplicación en el Caso de los Afectados por el Conflicto Armado Interno". (Tesis Postgrado). Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Perú.
- ✓ Fustamante, S. (2016). "Retinopatía de la Prematuridad y su Evolución en Niños Sobrevivientes de Bajo Peso al Nacer Egresados del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Las Mercedes de Chiclayo durante los años 2012-2013". (Tesis Pregrado). Universidad San Martín de Porres. Chiclayo. Perú.
- ✓ Leguizamo, J. (2010). "Justiciabilidad del Derecho a La Salud". (Tesis Pregrado). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.
- ✓ MADRAZO, N. (2007). "Situación Actual de la Retinopatía de la Prematuridad en España". (Tesis Post Grado). Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.
- ✓ Miranda, M. J. (2014). "Peso Menor de 2000 Gramos al Nacer y Retinopatía del Prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial Docente Ambato Período enero 2011– septiembre 2012". (Tesis Pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ambato. Ecuador.
- ✓ Orellana, V. (2013). "Determinar la Incidencia de Retinopatía del Prematuro en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General San Juan de Dios durante el año 2010.". (Tesis Pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

### **7.3. Revistas**

- ✓ OMS, (2010). Retinopathy of Prematurity in Latin America. Washington, D.C., EUA.: Pediatric Res.

- ✓ Sociedad Peruana de Pediatría, P. (2012, enero - abril). Prevalencia de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP) en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo durante los años 2007 - 2009. Revista Peruana de Pediatría, 65(1).

#### **7.4. Normas Técnicas Internacionales de ROP**

- ✓ Dirección Federa de Salud de México. (2007). Lineamiento Técnico del Manejo de la Retinopatía del Recién Nacido Prematuro. México: Dirección Federa de Salud NOM-034-SSA2-2002.
- ✓ Dirección General de Servicios de Salud de Managua. (2008). "Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo". Managua: Acuerdo Ministerial N° 312.
- ✓ Ministerio de Salud de Argentina, N. 1.-2. (2015). "Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Retinopatía del Prematuro. Argentina: Resolución Ministerial N° 1996/2015.
- ✓ Ministerio de Salud, d. P. (2010). Norma Técnica de Salud N° 084-Minsa/DGSP de Atención Del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro. Lima.

#### **7.5. Linkografía.**

- ✓ [http://www.pediatriaperu.org/files/Revista%202013/69932\\_Revista\\_Pediatría\\_1\\_corregida.pdf](http://www.pediatriaperu.org/files/Revista%202013/69932_Revista_Pediatría_1_corregida.pdf).
- ✓ <http://saludintegralincluyente.com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>.
- ✓ <http://www.humanium.org/es/derecho-salud/>.
- ✓ <https://www.escri-net.org/es/recursos/derecho-salud>.

- ✓ [https://www.pfizer.es/salud/salud\\_sociedad/sanidad\\_sociedad/salud\\_derecho\\_fundamental.html#](https://www.pfizer.es/salud/salud_sociedad/sanidad_sociedad/salud_derecho_fundamental.html#).
- ✓ [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/294\\_DGSP207.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/294_DGSP207.pdf).
- ✓ [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6217/soloa-mabel.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6217/soloa-mabel.pdf).
- ✓ <http://www.blog.pucp.edu.pe/item/25670>
- ✓ <http://www.foroacademico.com.pe>
- ✓ <http://www.geosalud.com/malpraxis/seguromedico.htm>
- ✓ [http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios\\_pdf\\_estudios/nro277.pdf](http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios_pdf_estudios/nro277.pdf)

## **VIII. ANEXOS**



## Instrumentos De Investigación - Búsqueda Documental.



Con el claro propósito de elaborar un instrumento adecuado, válido y confiable, que proporcione fundamentos relevantes para el logro de los objetivos planteados se analizó 20 Historias Clínicas de atención a Pacientes Prematuros nacidos tamizados con el diagnóstico de Retinopatía del Prematuro en el Departamento de Neonatología del Hospital II Tarapoto, periodo Julio- Diciembre 2016.

Buenos Días:

Soy estudiante de Pre- grado de la Universidad Cesar Vallejo - facultad de Derecho, y de acuerdo a la temática de mi malla curricular me encuentro realizando mi trabajo de investigación denominado: **“Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA, en el Hospital MINSA II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”**. Agradeceré a usted se sirva analizar mis criterios planteados con la mayor sinceridad posible, a fin de dar validez a mi instrumento de investigación con el único fin de producir resultados consistentes y coherentes.

### CRITERIOS:

- ❖ Si se ha ejecutado el protocolo de atención a pacientes pre término con riesgo de Retinopatía en el Hospital II Tarapoto, prescritos en la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA.
- ❖ Si se garantiza el acceso oportuno de las niñas y niños con riesgo de retinopatía a un tratamiento especializado y adecuado.
- ❖ Si se promueve la información oportuna e involucramiento de los padres de los nacidos pre término en la corresponsabilidad de la prevención de la ceguera por retinopatía.

- ❖ Si se está Truncado el Proyecto de vida por Discapacidad permanente e irreversible de los nacidos prematuros con riesgo de Retinopatía en el Hospital II de Tarapoto, debido a la inobservancia de esta norma.

.....

Firma Abogado

.....

Firma Abogado

.....

Firma Abogado

## Instrumentos De Investigación - Encuesta



Dirigido al Personal Médico del área de Neonatología del Hospital II MINSA de la Provincia de San Martín, Distrito de Tarapoto: Pediatras de Turno, Enfermeras y Técnicos en Enfermería.

Buenos Días:

Soy estudiante de Pre- grado de la Universidad Cesar Vallejo - facultad de Derecho, y de acuerdo a la temática de mi malla curricular me encuentro realizando mi trabajo de investigación denominado: **“Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA, en el Hospital MINSA II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”**. Agradeceré a usted se sirva analizar mis criterios planteados con la mayor sinceridad posible.

El siguiente cuestionario tiene como fin recabar información para llevar a cabo el desarrollo de nuestra tesis final respecto al tema arriba mencionado, para ello necesitamos de su amable colaboración. Las preguntas que siguen no persiguen ningún fin evaluativo; además, sus respuestas serán de carácter anónimo por lo tanto le solicitamos contestar con la mayor sinceridad posible.

Muchas gracias.

### **CUESTIONARIO:**

❖ Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una cruz (x) la alternativa más apropiada según su criterio.

1. ¿Considera Ud. que el hospital cuenta con protocolos y procedimientos para atender a pacientes nacidos prematuros?

SI

NO

2. ¿Conoce Ud. de las enfermedades a la que está expuesto un nacido prematuro?

SI

NO

3. Conoce Ud. de la patología Retinopatía del Prematuro?

SI

NO

4. ¿Conoce Ud. de la existencia de la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP de Atención del Recién Nacido Pre Terminado con Riesgo de Retinopatía del Prematuro?

SI

NO

5. Desde que Ud. trabaja aquí, ¿ha recibido capacitación sobre la atención preferencial a pacientes con riesgo de Retinopatía del Prematuro?

SI

NO

6. Desde que Ud. trabaja aquí, ¿ha recibido capacitación específica sobre la Norma Técnica Salud N° 084-INSA/DGSP?,

SI

NO

7. ¿Conoce Ud. de las consecuencias graves e irreversibles que provoca la enfermedad retinopatía del prematuro?

SI

NO

**8.** ¿Dispone el Hospital de programas de prevención destinados a la difusión, orientación y apoyo a padres con niños con riesgo o diagnóstico de Retinopatía?

SI

NO

**9.** Desde su percepción ¿cree Ud. que es el principal problema para la atención oportuna a pacientes con riesgo de retinopatía, la falta de oftalmólogos especializados?

SI

NO

**10.** ¿Cree Ud. que los ambientes del área neonatología del hospital II Tarapoto cumplen con los estándares adecuados para la atención correcta a pacientes nacidos pre término con riesgo de retinopatía?

SI

NO

¡Muchas Gracias por su Colaboración!

## Instrumentos De Investigación – Encuesta



Dirigido a los padres cuyos hijos nacieron prematuros con diagnóstico de Retinopatía del Prematuro en el Departamento de Neonatología del Hospital II Tarapoto, 2016.

Buenos Días:

Soy estudiante de Pre- grado de la Universidad Cesar Vallejo - facultad de Derecho, y de acuerdo a la temática de mi malla curricular me encuentro realizando mi trabajo de investigación denominado: **“Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA, en el Hospital MINSA II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”** Agradeceré a usted se sirva analizar mis criterios planteados con la mayor sinceridad posible, puesto que la información brindada en esta entrevista será de utilidad para los propósitos a alcanzar en esta investigación. Agradezco por anticipado su colaboración.

Las preguntas que le presentamos a continuación no persiguen ningún fin evaluativo; sus respuestas serán de carácter anónimo por lo tanto le solicitamos contestar con la mayor sinceridad posible.

Muchas gracias.

### **CUESTIONARIO:**

- ❖ Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque con una cruz (x) la alternativa más apropiada según su criterio.

1. ¿Es Ud. padre de un niño nacido prematuro?

SI

NO

2. ¿Conoce Ud. de las enfermedades a la que está expuesto su hijo nacido prematuro?

SI

NO

3. ¿Ha oído alguna vez hablar de la enfermedad Retinopatía del Prematuro?

SI

NO

4. ¿Sabe Ud. que esta enfermedad produce ceguera severa e irreversible de no ser tratada oportunamente?

SI

NO

5. ¿Conoce Ud. los derechos que amparan a su hijo nacido prematuro con diagnóstico de Retinopatía?

SI

NO

6. ¿Ud. ah recibido información u orientación a cerca de esta enfermedad por parte del personal médico del hospital II Tarapoto?

SI

NO

7. ¿Considera Ud. que su hijo recibe una atención de salud de calidad y oportuna, según protocolos establecidos?

SI

NO

8. Desde su percepción ¿cree Ud. que los servicios de salud son accesibles a cualquier persona?

SI

NO

9. Sabe Ud. que como padre tiene el derecho a ser informado en forma oportuna y comprensible acerca de: su estado de salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles y de los riesgos que ello pueda representar.

SI

NO

10.. ¿Considera Ud, que el trato que se le brinda a su hijo es igual que al de los demás pacientes?

SI

NO

¡Muchas Gracias por su Colaboración!



## INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES:

**Apellidos y Nombre del experto:** Mg. Luis Enrique Da Silva Querevalu

**Grado Académico:** Mg. En

**Institución donde labora:** Universidad Cesar Vallejo – Ejército del Perú

**Cargo que desempeña:** Juez Militar del Ejército del Perú - Docente

**Título de la Investigación:** “Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”

**Instrumento motivo de evaluación:**

**Autor del Instrumento:** Merly Fasanando Vallejos

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

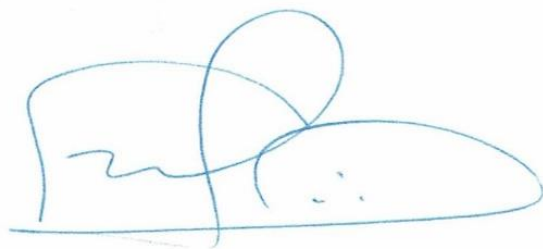
CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán mensurar las variables en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a la acusación directa				X	
ORGANIZACION	Los ítems traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual de las variables, en todas sus dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a la hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia en cantidad y calidad.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems demuestran estar adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencia inherentes a la acusación directa				X	
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y más adecuado.				X	
<b>Subtotal</b>					45	
<b>TOTAL</b>					45	

### II. OPINION DE APLICABILIDAD:

**El instrumento de investigación es aceptable y está listo para su aplicación**

### III. PROMEDIO DE VALORACIÓN

**El promedio de valoración está en el valor de 45 puntos.**



Luis Enrique Da Silva Querevalu  
TTE. CRL. EP

Tarapoto, Julio de 2017

## INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES:

**Apellidos y Nombre del experto:** Abg. Christopher Vásquez Gaviola

**Grado Académico:** Abogado.

**Institución donde labora:** Universidad Cesar Vallejo.

**Cargo que desempeña:** Docente

**Título de la Investigación:** "Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016"

**Instrumento motivo de evaluación:**

**Autor del Instrumento:** Merly Fasanando Vallejos

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán mensurar las variables en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a la acusación directa					X
ORGANIZACION	Los ítems traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual de las variables, en todas sus dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a la hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia en cantidad y calidad.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems demuestran estar adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencia inherentes a la acusación directa					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y más adecuado.					X
<b>Subtotal</b>					50	
<b>TOTAL</b>					50	

### II. OPINION DE APLICABILIDAD:

**El instrumento de investigación es aceptable y está listo para su aplicación.**

### III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

**El promedio de valoración está en el valor de 47 puntos.**

**Tarapoto, Julio de 2017**

  
**Christopher Vásquez Gaviola**  
 Abogado- C. A. L. N° 968

## INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES:

**Apellidos y Nombre del experto:** Abg. Oscar Canales Gonzáles

**Grado Académico:** Abogado

**Institución donde labora:** Municipalidad Provincial de Lamas.

**Cargo que desempeña:** Asesor Legal

**Título de la Investigación:** "Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016"

**Instrumento motivo de evaluación:**

**Autor del Instrumento:** Merly Fasanando Vallejos

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán mensurar las variables en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a la acusación directa				X	
ORGANIZACION	Los ítems traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual de las variables, en todas sus dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a la hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia en cantidad y calidad.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems demuestran estar adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes a la acusación directa					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y más adecuado.				X	
<b>Subtotal</b>					47	
<b>TOTAL</b>					47	

### II. OPINION DE APLICABILIDAD:

El instrumento de investigación es aceptable y está listo para su aplicación.

### III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

El promedio de valoración está en el valor de 47 puntos.

  
Oscar Canales Gonzáles  
Reg. CAS 240  
Firma Abogado

## Matriz de Consistencia

TITULO			PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	INSTRUMENTOS
<p><b>“Vulneración del Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía por Mala Praxis Médica Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”</b></p>			<p>¿De qué manera la mala praxis médica Vulnera el Derecho a la Salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II - Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016.</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b>                      Determinar si la Mala Praxis médica vulnera el derecho a la salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</b>                      *Demostrar mediante el instrumento de investigación – Análisis Documental que la Mala Praxis médica al vulnerar el derecho a la salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II -Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016”, ha sido determinante para incrementar el riesgo de ceguera infantil.</p> <p>* Evidenciar el nivel de conocimiento del personal médico del área de neonatología, sobre los protocolos de atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la Patología Retinopatía del Prematuro en el Hospital II Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016 y la clara vulneración del derecho a la salud, mediante el instrumento de investigación – cuestionario.</p>	<p>La Mala Praxis Médica si vulnera el derecho a la salud de Nacidos Pre término con Diagnóstico de Retinopatía, Respecto de la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA en el Hospital II - Tarapoto, periodo Julio - Diciembre 2016, porque constituyó un factor determinante para desarrollar ceguera Infantil.</p>	<p>ANÁLISIS DOCUMENTAL                      Guía de observación                      Encuesta</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN                      No Experimental</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN                      Descriptiva                      Simple</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN                      Transversal                      Correlacional</p>
VARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN				
<p><b>Variable 1</b>                      Derecho a la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accesibilidad</li> <li>✓ Calidad</li> <li>✓ Disponibilidad</li> </ul>	<p>Escala Nominal</p>				
<p><b>VARIABLE 2</b>                      Mala Praxis Medica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocimiento de la norma</li> <li>✓ Incidencia de Retinopatía</li> <li>✓ Responsabilidad Medica</li> </ul>	<p>Escala Nominal</p>				



Nombre y apellidos del observador: Merly Fasanando Vallejos

Institución a observar: Hospital N° II - Tarapoto

Fecha de la Observación: enero a diciembre de 2011

ASPECTOS A EVALUADOS PARA EL PRESENTE ESTUDIO					
N°	N° de Historia Clínica.	Se ha ejecutado el protocolo de atención a pacientes pre término con riesgo de ROP prescritos en la NTS N° 084-MINSA.	Se garantiza el acceso oportuno de niñas y niños con riesgo de ROP a un tratamiento especializado y adecuado.	Se promueve la información oportuna e involucramiento de los padres en la corresponsabilidad de la prevención de la ceguera.	Si se está truncando el proyecto de vida por discapacidad permanente e irreversible de los nacidos prematuros con diagnóstico de ROP, por la mala praxis médica en el hospital II Tarapoto
01	008613	NO	NO	NO	SI
02	013875	NO	NO	NO	SI
03	059314	NO	NO	NO	SI
04	093144	NO	NO	NO	SI
05	132556	NO	NO	NO	SI
06	142062	NO	NO	NO	SI

07	142915	NO	NO	NO	SI
08	143389	NO	NO	NO	SI
09	147922	NO	NO	NO	SI
10	148358	NO	NO	NO	SI
11	150257	NO	NO	NO	SI
12	150918	NO	NO	NO	SI
13	150991	NO	NO	NO	SI
14	151287	NO	NO	NO	SI
15	157661	NO	NO	NO	SI
16	158110	NO	NO	NO	SI
17	163167	NO	NO	NO	SI
18	163404	NO	NO	NO	SI
19	63586	NO	NO	NO	SI

