

## RESOLUCIÓN FINAL EN PROCEDIMIENTO TRILATERAL SANCIONADOR

**Órgano Emisor** : Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización - SAREFIS  
**Expediente PAS** : 0652-2020/IFIS  
**Denunciante** : Gitla Rachel Hochman Giurfa  
**Usuario** : Menor de iniciales J.L.H.  
**Denunciada** : Proyectos Médico S.A.  
Nombre Comercial: Clínica Montesur  
(Código Único de IPRESS N° 00012219 y RUC 20110168803)

### RESOLUCIÓN NÚMERO CINCO

Cercado de Lima, 27 de setiembre de 2021

#### VISTO:

El Informe N° 0989-2021/IFIS, de la Intendencia de Fiscalización y Sanción (IFIS); y,

#### CONSIDERANDO:

##### I. ANTECEDENTES

1. Mediante Ficha de Intervención N° 282696-2020, presentada el 25 de febrero de 2019 (f.11), la señora Gitla Rachel Hochman Giurfa (en adelante, la Denunciante), interpuso una denuncia contra IPRESS Clínica Montesur (en adelante, la Denunciada), por una presunta inadecuada atención médica realizada a su persona como a su menor hijo de iniciales J.L.H. (en adelante, el Usuario).
2. En atención a ello y, luego de realizar el procedimiento de atención de la referida queja, la Intendencia de Protección de Derechos en Salud (en adelante, la IPROT), emitió el Informe de Intervención N° 02196-2020/IPROT del 31 de julio de 2020 (fs. 524 a 531).
3. Mediante escritos presentados el 9 de marzo de 2020 (fs. 534 a 560), 13 de agosto de 2020 (fs. 534 a 568)<sup>1</sup> y 4 de setiembre de 2020 (fs. 569 a 1082)<sup>2</sup>, la Denunciante solicitó que se adjunte a su expediente administrativo las historias clínicas y demás aporte probatorio que presentó, para un mejor resolver del caso.
4. Mediante Memorándum N° 01517-2020-SUSALUD, recibido por esta Intendencia (en adelante, la IFIS), el 20 de setiembre de 2020 (f. 1083), la IPROT remitió el expediente administrativo así como todos los actuados, por haberse identificado hechos presuntivos de comisión de infracciones.
5. Mediante escritos del 16 de octubre de 2020 (f. 1084) y 9 de noviembre de 2020 (fs. 1093 y 1095), la Denunciante presentó medios probatorios, entre otros, un DVD, a efectos de que se considere al momento de resolver.
6. Mediante Resolución Número Uno del 23 de noviembre de 2020 (fs. 1096 a 1104), se dispuso iniciar de PTS contra la Denunciada, quien fue debidamente notificada el 27 de noviembre de 2020, a través de la Carta N° 00625-2020-SUSALUD/IFIS (f. 1106), así como a la Denunciante el 26 de noviembre de 2020, a su cuenta electrónica: [gitlahoch@gmail.com](mailto:gitlahoch@gmail.com) (f. 1105).

---

<sup>1</sup> Tomo III

<sup>2</sup> Tomos IV y V

7. Por medio de la Carta N° 00624-2020-SUSALUD/IFIS (f. 1107), se corrió traslado a la Denunciada la documentación presentada por la Denunciante el 9 de noviembre de 2020.
8. El 9 de diciembre de 2020(fs. 1111 y 1112), la Denunciante remitió un escrito por medio del cual brindó su consentimiento para el acceso de la historia clínica e información obrante en el expediente administrativo, a efectos de que sea remitido al Instituto Nacional Materno Perinatal (en lo sucesivo INMP).
9. El 14 de diciembre de 2020 (fs. 1113 a 1115), la Denunciante presentó un escrito señalado que adicionalmente a las infracciones atribuidas a la Denunciada, ésta habría generado una lesión severa en su menor hijo por la falta de diligencia en la atención del trabajo de parto, la cual encuentra su tipificación en el RIS de SUSALUD.
10. Ese mismo día, la Denunciada presentó un escrito solicitando ampliación de plazo para presentar sus descargos contra las imputaciones efectuadas en su contra (fs. 1116 a 1120).
11. La IFIS, en aras de promover la transparencia de sus actuaciones y que su pronunciamiento mantenga un asidero legítimo dentro del principio de legalidad, a través del Oficio N° 00234-2020-SUSALUD/IFIS recibido el 16 de diciembre de 2020, solicitó al Instituto Nacional Materno Perinatal (en lo sucesivo INMP), en vía de colaboración institucional que emita un pronunciamiento técnico especializado sobre los hechos materia de imputación contenidos en la Resolución Número Uno.
12. Mediante escrito presentado el 29 de diciembre de 2020 (fs. 1124 a 1133), la Denunciada formuló su descargo contra las imputaciones efectuadas en su contra.
13. Mediante Oficio N° 0186-2021-DG/INMP presentado el 29 de enero de 2021 (fs. 1134 a 1141) el INMP remitió la opinión técnica solicitada por esta Intendencia.
14. Por medio del escrito del 11 de marzo de 2021 (fs. 1142 a 1293)<sup>3</sup>, la Denunciante presentó una auditoría médica del caso, así como los registros de monitoreo fetal y de las desaceleraciones cardíacas del menor de iniciales J.L.H, que forman parte constituyente del referido informe y la historia clínica perteneciente a éste; por lo que, solicitó se realice la investigación por las presuntas infracciones atribuidas a la IPRESS.
15. Mediante escrito del 25 de marzo de 2021 (fs. 1294 a 1641)<sup>4</sup>, la Denunciante remitió copia de la historia clínica del neonato.
16. Por escrito del 29 de marzo de 2021 (fs. 1642 a 1709)<sup>5</sup>, la Denunciante remite información adicional sobre la historia clínica del neonato, adjuntando el informe de auditoría complementario.
17. Mediante escrito del 5 de abril de 2021 (fs. 1294 a 1714), la Denunciante adjunta un listado de noventa y ocho (98) presuntos incumplimientos atribuidos a la Denunciada, por lo solicitó a la IFIS que se tomen en consideración para un mejor resolver.
18. Por Resolución Número Dos del 23 de abril de 2021 (fs. 1715 a 1720), se dispuso solicitar al INMP, en vía de colaboración interinstitucional, la reevaluación de las historias clínicas pertenecientes a la Denunciante y el Usuario, respectivamente, ello con la finalidad de que absuelva las interrogantes planteadas por la médica auditora de la IFIS, para cuyo efecto se trasladó un pliego de preguntas.

---

<sup>3</sup> Tomo VI

<sup>4</sup> Tomos VII - VIII

<sup>5</sup> Tomo VIII

19. Debido a que no se obtuvo una respuesta en el plazo otorgado, mediante Oficio N° 00081-2021-SUSALUD/IFIS, recibido el 2 de junio de 2021 (f. 1728), se dispuso reiterar al INMP el requerimiento de información.
20. Mediante Oficio N° 1111-2021-DG/INMP del 14 de junio de 2021 (fs. 1729 a 1737), el INMP remitió parte de la información requerida, adjuntando entre otros documentos, los Memorando N° 068-SUM-INMP-2021 (f. 1734, reverso) y N° 717-2021-DN-INMP (fs. 1729 a 1731) y, señalando, entre otros aspectos que, SUSALUD al ser un órgano técnico también contaba con auditores especializados.
21. El 9 de julio de 2021, vía correo electrónico, la Denunciante presentó un escrito adjuntando medios probatorios, consistentes en los Informes de resonancias magnéticas realizadas al Usuario el 13 de diciembre de 2018 y 26 febrero de 2019, respectivamente.
22. Mediante Resolución Número Tres del 19 de julio de 2021 (fs. 1742 a 1768), la IFIS, emitió pronunciamiento sobre las solicitudes presentadas por la Denunciada y, a su vez, dispuso **la variación y ampliación de las infracciones** contra ésta, lo que fue debidamente notificado el 19 de julio de 2021 (f. 1769), así como a la Denunciante en el mismo día (f. 1770).
23. Frente a ello, con fecha 03 de agosto de 2021 (f. 1772), la Denunciada solicitó ampliación de plazo para presentar su descargo, vencido éste, cumplió presentando escrito (fs. 1774 a 1781).
24. Con fecha 23 de agosto de 2021, la IFIS remitió su Informe Final de Instrucción N° 0989-2021/IFIS.
25. Mediante Resolución de Presentación de Alegatos, de fecha 26 de agosto de 2021, se otorgó el plazo de 03 (tres) días hábiles a las partes, a fin de solicitar el uso de la palabra, y la presentación de alegatos escritos.
26. En relación a ello, mediante escritos del 02 y 03 de setiembre de 2021, tanto la Denunciada como la Denunciante solicitaron el uso de la palabra, respectivamente.
27. Mediante Resolución N° Cuatro, del 03 de setiembre de 2021, se procedió a fijar fecha de la vista de la causa para el 10 de setiembre de 2021, la misma que se llevó a cabo con la participación de ambas partes.
28. El 10 de setiembre de 2021, la Denunciante presentó sus alegatos escritos.
29. En este estado, el expediente se encuentra expedito para la elaboración de la resolución final.

## **II. CUESTIÓN PREVIA**

### **Sobre la nulidad planteada por la Denunciada**

30. Mediante escrito presentado el 3 de agosto de 2021, la Denunciada solicitó se declare la nulidad de la Resolución Número Tres - Resolución de Variación y Ampliación de Infracciones en el PTS, en tanto se habría transgredido, de manera directa, el Principio de Imputación necesaria; y, que, la facultad de variar y ampliar infracciones solo es permitida a la SAREFIS y no a la IFIS, lo que atentaría contra la norma reglamentaria y el derecho constitucional a un debido procedimiento.
31. Sobre el particular, los numerales 1 y 2 del artículo 11° del T.U.O. de la Ley N° 27444, establecen lo siguiente:

**“Artículo 11.- Instancia competente para declarar la nulidad**

**11.1** Los administrados plantean la nulidad de los actos administrativos que les conciernan por medio de los recursos administrativos previstos en el Título III Capítulo II de la presente Ley.

**11.2** *La nulidad de oficio será conocida y declarada por la autoridad superior de quien dictó el acto. Si se tratara de un acto dictado por una autoridad que no está sometida a subordinación jerárquica, la nulidad se declarará por resolución de la misma autoridad.*

*La nulidad planteada por medio de un recurso de reconsideración o de apelación será conocida y declarada por la autoridad competente para resolverlo.*

*(...)*

*(Subrayado agregado)*

32. En atención de la normativa expuesta, cuando los administrados planteen la nulidad de los actos administrativos, deben realizarlo a través de los recursos administrativos previstos en el T.U.O. de la Ley N° 27444, a fin de que la autoridad competente pueda revisarlos y emitir un pronunciamiento al respecto y no a través de otro vehículo jurídico como lo ha efectuado la Denunciada; por lo tanto, corresponde desestimar la solicitud presentada.
33. Sin perjuicio de lo señalado, conviene precisar que con la modificación del Decreto Legislativo N° 1272, publicado en el Diario Oficial “El Peruano” el 21 de diciembre de 2016, se estableció la nueva redacción del artículo 254° del T.U.O. de la Ley N° 27444, disponiendo la diferenciación estructural entre la autoridad que conduce la fase instructora de la que decide la aplicación de la sanción.
34. Así, determinó la obligación de que toda entidad administrativa cuente con un órgano instructor y otro sancionador debidamente diferenciado, en cuanto al desarrollo de sus funciones.
35. En ese escenario, debemos acotar que, la emisión de la Resolución de Variación y Ampliación de Infracciones en el PTS, emitida por la IFIS, responde a un estricto cumplimiento del artículo 254° del T.U.O. de la Ley N° 27444 y, en salvaguarda de lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Derogatoria del mismo<sup>6</sup>; razón por la cual, en el presente PTS no se ha vulnerado el Principio de Debido Procedimiento, como erróneamente alega la Denunciada.
36. Por otro lado, en relación a la presunta vulneración al Principio de Imputación necesaria, conviene indicar que este es uno de los principios que rigen en el proceso penal, o llamado también principio de Imputación Concreta (término acuñado por Alberto Binder<sup>7</sup>) o Imputación Precisa<sup>8</sup>, puesto que no se encuentra taxativamente señalado en nuestra constitución política, sino que tiene que ser ubicado a través de la interpretación del literal d) inciso 24) del artículo 2° y del inciso 14) del artículo 139°, ya que la imputación necesaria es una manifestación del principio de legalidad y del principio de defensa procesal.
37. Castillo Alva<sup>9</sup>, sostiene que *“el principio de imputación necesaria no sólo debe cumplir con describir el hecho, la específica modalidad de conducta, o ante pluralidad de imputaciones o imputados, precisar cada uno de sus aportes, sino que debe necesariamente cumplir con establecer la distinción entre los autores que ostentan el dominio del hecho o infringen*

---

<sup>6</sup> **Primera. - Derogación genérica**

Esta Ley es de orden público y deroga todas las disposiciones legales o administrativas, de igual o inferior rango, que se le opongan o contradigan, regulando procedimientos administrativos de índole general, aquellos cuya especialidad no resulte justificada por la materia que rijan, así como por absorción aquellas disposiciones que presentan idéntico contenido que algún precepto de esta Ley.

<sup>7</sup> BINDER, Alberto M. “Introducción al Derecho Procesal Penal”. Ad Hoc, Buenos Aires, 1993. Alberto Binder es un reconocido Jurista Uruguayo contemporáneo.

<sup>8</sup> Término usado por Luis Miguel Reyna Alfaro en el Anuario de Derecho Penal Económico y de la Empresa 2012. Centro de Estudios de Derecho Penal Económico y de la Empresa CEDPE S.A.C. Lima, 2012.

<sup>9</sup> CASTILLO ALVA, José Luis. Citado por José Nolasco Valenzuela en “Manual de Litigación en Delitos Gubernamentales”, Ara Editores, Tomo 2, Lima, 2011.

*el deber institucional y los partícipes, cómplices o instigadores que lesionan el bien jurídico de modo accesorio”.*

38. De acuerdo a lo mencionado, pese a que el principio aludido no rige para el presente procedimiento sino para el proceso penal, la IFIS emitió la Resolución de Variación y Ampliación de Infracciones, con la estricta observancia de los principios contemplados en nuestra constitución política y en concordancia con lo establecido en el T.U.O. de la Ley N° 27444.
39. Por ende, habiendo desestimado la solicitud planteada por la Denunciada, corresponde proseguir con el análisis de los hechos materia de imputación.

### **III. SOBRE LOS HECHOS SUSCITADOS**

40. A fin de tener mayor claridad sobre el caso que se discute, a continuación se expondrá de forma sucinta la cronología de los hechos, contrastados con la historia clínica de los afectados, para que así, en el siguiente acápite se desarrolle de forma más amplia las infracciones que dieron mérito al inicio del presente PTS.
41. Así, en el marco de lo mencionado, se advierte del acervo médico legal que, el **27 de noviembre de 2018**, la Denunciante en su semana treinta y ocho (38) de gestación, acude al servicio de emergencia de la Denunciada, por presentar un episodio de disminución de movimientos fetales.
42. El **3 de diciembre de 2018 a las 8:45 horas**, ingresa nuevamente al servicio de emergencia de la Denunciada, por presentar desde las 07:00 horas eliminación de líquido por vía vaginal, por lo que, fue hospitalizada con diagnóstico de Parto Prolongado.
43. A las **10:40 horas**, el médico tratante Gineco Obstetra Erle Andrés Mongrut-Steane Goicochea, visitó a la paciente registrando lo siguiente: “*Ruptura de membranas con líquido amniótico por Test de Helecho positivo y prodromos de trabajo de parto*”.
44. A las **17:00 horas**, el médico tratante indica acentuación del trabajo de parto con oxitocina a ocho (8) gotas por minuto. Luego de 40 minutos (**17:40 horas**), suspende la oxitocina por dolorabilidad materna, reanudándose 35 minutos después a cuatro (4) gotas por minuto.
45. A las **21:20 horas**, la obstetrix de turno registra episodio de desaceleración cardiaca a 88 por minuto, informando al médico tratante quien indicó observación.
46. Al día siguiente, **4 de diciembre de 2018 a las 00:20 horas**, la Denunciante es conducida a la sala de partos, con dilatación completa y aplicación de mayor dosis de analgesia, manteniendo oxitocina a ocho (8) gotas por minuto según el partograma.
47. Desde las **01:00 a 01:45 horas**, se evidencia desaceleración de latidos cardiacos fetales a 110 por minuto, culminando el parto por vía vaginal a las **02:00 horas** con el nacimiento del menor de iniciales J.L.H., sin latido cardiaco y severo asfixia: APGAR<sup>10</sup> 0 al nacer y 2 al minuto, por lo que es trasladado a UCIN.
48. El **12 de diciembre de 2018** fue trasladado a la IPRESS Clínica San Felipe con los diagnósticos: Asfixia severa, síndrome convulsivo, insuficiencia renal y probable sepsis, por lo que, permaneció en UCI.

---

<sup>10</sup> Def. La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. Ver en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm> [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

49. El **13 de diciembre de 2018** se realiza resonancia magnética –RM encéfalo que concluye con lo siguiente: *“Hallazgo consistente con extensa encefalopatía hipóxica isquémica con compromiso principalmente de la corteza y subcorteza de ambos hemisferios cerebrales y en forma parcial a nivel de los ganglios basales y el tronco encefálico con pequeños sangrados a nivel periventricular occipital”*.

#### IV. ANÁLISIS DEL CASO

##### ➤ HECHO IMPUTADO N° 1

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
1	La Denunciada, no habría cumplido con solicitar a la Usaria el consentimiento informado para los procedimientos de presión en fondo uterino (Kristeller) y para la episiotomía, de conformidad a lo establecido en la normativa vigente.	Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas Usarias de los servicios de salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 24°.  NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. Numeral V. Disposiciones Específicas, 5.2 Formatos de la Historia Clínica, 5.2.2 Formatos Especiales, 16) Formato Consentimiento Informado.	Infracción tipificada en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Leves, numeral 3); <b>“No cumplir con solicitar al Usuario (...) el Consentimiento Informado por escrito, previo a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos (...) en la forma prevista por la normativa vigente”</b> .	Con Amonestación escrita, o multa de hasta cien (100) UIT.

#### V. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS

- **Determinar si la Denunciada tiene la obligación jurídica de solicitar el consentimiento informado por escrito, previo a la realización de los procedimientos médicos-quirúrgicos.**
- **De ser lo anterior, establecer si cumplió con solicitarlo para los procedimientos de presión en fondo uterino (Kristeller) y episiotomía.**

#### VI. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS

50. El 29 de diciembre de 2020, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra a través de la Resolución Número Uno, señalando lo siguiente:
- Durante el parto, la Denunciante mostró una conducta errática y nerviosa de una madre primeriza, para posteriormente volverse reacia a las indicaciones médicas, lo cual afectó de manera importante durante el periodo expulsivo (téngase en consideración el propio diagnóstico de ingreso), poniendo en peligro su salud y también la del feto, esto es, una situación de emergencia.
  - Si bien contaba con la presencia del esposo, su actitud distante no colaboraba con tranquilizar a la Denunciante; así, teniendo en consideración los propios

requerimientos previos por la Denunciante para su plan de parto –entre ellos, priorizar el parto vaginal-, ya había sido capacitada en su psicoprofilaxis de la importancia y necesidad que tenía su participación, así como todas las complicaciones que podrían generarse, y como los procedimientos de emergencia que debían ejecutarse para garantizar la vida y salud, tanto de ella como de su bebé.

51. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

**Medios probatorios de cargo**

- a. Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- b. Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- c. Historia Clínica, elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- d. Copia de videos de parto en periodo expulsivo del 04 de diciembre de 2018 (f. 1093).
- f. Oficio N° 0186-2021-DG/INMP, presentado el 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).
- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

**Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane (fs. 1124 y 1125).
- b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes (f. 1123).

**Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoria Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).
- b. Informe de Auditoria complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

**VII. ANÁLISIS DEL PUNTO CONTROVERTIDO**

**Punto Controvertido 1): Determinar si la Denunciada tiene la obligación jurídica de solicitar el consentimiento informado por escrito, previo a la realización de los procedimientos médicos-quirúrgicos.**

52. Sobre el particular, la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, establece en el numeral 16), punto 5.2.2. del capítulo 5, lo referido al Consentimiento informado, según lo siguiente:

**“5. DISPOSICIONES ESPECIFICA**  
**(...)**  
**5.2. FORMATOS DE LA HISTORIA CLINICA**  
**(...)**  
**5.2.2. FORMATOS ESPECIALES**

(...)

**16) Formato de Consentimiento Informado**

*En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia (Ver Anexo N° 12), debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.*

*En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su madre o padre, apoderado o representante legal.*

*Para el caso de pacientes, de cualquier etapa de vida, en condición de discapacidad se requiere contar con el consentimiento para compartir la información de su historia clínica (Ver Anexo N° 8), con la finalidad de ser considerados en los programas de inclusión y protección social del Estado.*

*El consentimiento informado deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones:*

- a. Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona.*
- b. Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes.*
- c. Cuando la persona vaya a ser incluida en un estudio de investigación científica.*
- d. Cuando la persona reciba la aplicación de productos o procedimientos en investigación, según la legislación especial de la materia y la Declaración de Helsinki y el marco legal vigente sobre la materia.*
- e. Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir o continuar un tratamiento, de acuerdo a lo establecido en el artículo del presente Reglamento<sup>11</sup>.*
- f. Cuando el paciente reciba cuidados paliativos.*

*Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. El médico tratante debe registrar en la historia clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda.*

*En caso se requiera conocer los aspectos excepcionales relacionados al derecho a negarse a recibir o continuar un tratamiento se deberá considerar los aspectos regulados en el artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.*

*El uso del formato de consentimiento informado debe contener lo siguiente:*

- Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.*
- N° de Historia Clínica.*
- Fecha, hora.*
- Nombres y apellidos del paciente.*
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención.*
- Descripción de este en términos sencillos.*
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad de atención.*
- Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar.*
- Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.*
- Nombres y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención, o procedimiento o modalidad de atención.*

<sup>11</sup> Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

- *Pronóstico y recomendaciones.*
- *Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso consignando: nombres y apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso.  
También debe registrarse la negativa del procedimiento, o si algún momento retira el consentimiento.*

*El paciente o representante legal del mismo, otorga el consentimiento con la firma manuscrita en el formato oficial respectivo, para los casos de los consentimientos contenidos en un sistema de información, este se realiza, mediante el uso de la firma digital en el formato establecido para tal fin. Estos y otros aspectos relacionados al formato están detallados en la normatividad específica<sup>12</sup>.*

*Se exceptúa del consentimiento informado en caso de intervenciones de emergencia o la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente, según lo dispuesto en los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respectivamente”.*

(Subrayado y énfasis agregado)

53. En esa misma línea, el artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas Usuarias de los servicios de salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, dispone lo siguiente:

**“Artículo 24.- Derecho al consentimiento informado**

*Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se generara la nulidad del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.*

*El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria.*

*La firma del consentimiento informado no exime de responsabilidad a los profesionales de la salud, ni a la IPRESS, frente a eventos de mala praxis que pudieran producirse en desmedro de la salud de las personas usuarias.*

*Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que evidencie el proceso de información y decisión, el cual forma parte de la historia clínica de la persona usuaria, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondiente. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.*

*El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado.*

*El consentimiento escrito deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones:*

***a. Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona.***

*(...)*

*No se requiere del consentimiento informado frente a situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros, o de grave riesgo para la salud pública.*

(Subrayado y énfasis agregado)

54. Complementariamente a lo ya mencionado, el Tribunal de SUSALUD, a través del Acuerdo de Sala Plena N° 006-2018, señaló expresamente en cuanto al consentimiento informado, lo siguiente:

*“1. El Formato del Consentimiento Informado, obligatoriamente, debe incluir el registro en detalle de los riesgos potenciales y/o reales, efectos colaterales, efectos*

<sup>12</sup> Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA, o la que haga sus veces.

*secundarios, efectos adversos y beneficios que con mayor frecuencia ocurran de acuerdo con el procedimiento y/o intervención médica a realizar, en términos sencillos y comprensibles, en virtud de lo dispuesto por la Ley General de Salud, la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento y la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Además, el consentimiento informado se deberá obtener oportunamente, es decir, con la suficiente anticipación de tal modo que se garantice una comprensión real por parte del paciente o su representante legal.*

*2. No obstante la obligatoriedad de contar procedimentalmente con un Formato de Consentimiento Informado que registre en detalle la información que se brinde al paciente, se debe tener presente que el consentimiento informado se constituye en un pilar fundamental de la relación médico – paciente, que debe sostenerse en la confianza de que el interés común de las partes es la recuperación de la salud, siendo este el objetivo en la práctica de la medicina; debiéndose, en consecuencia, de forma obligatoria fomentar una cultura de auténtica información al paciente en todos los establecimientos de salud, sean públicos, privados o mixtos”.*

55. Si bien los servicios médicos constituyen una obligación de medios y no de resultados, debido a que este tipo de servicios conlleva un grado de riesgo, es necesario que los médicos y entidades encargadas de la administración de servicios de salud actúen con la mayor diligencia posible, toda vez que cualquier error podría ocasionar un daño en la salud de las personas.
56. Por su parte, la doctrina establece que, el consentimiento informado, es más que un permiso concedido por el paciente para realizarle un determinado procedimiento, dado que es un proceso progresivo, gradual, de información y confianza, donde el médico da la potestad al paciente de decidir, tras recibir toda la información necesaria el rumbo que tomarán las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas. Además de ello, es el pilar fundamental de la relación médico-paciente moderna, aquella donde prima la autonomía del paciente, su libertad y el respeto por sus derechos<sup>13</sup>.
57. De acuerdo a los alcances normativos señalados y la doctrina invocada, se tiene que los establecimientos de salud, como el caso de la Denunciada tienen la obligación jurídica de solicitar el consentimiento informado por escrito a la paciente, donde se evidencie el proceso de información y decisión de aquella, previa a la realización de los procedimientos médicos; por lo cual, se cumple con el punto controvertido que nos avoca en el presente caso.

**Punto Controvertido 2): De ser lo anterior, establecer si cumplió con solicitarlo para los procedimientos de presión en fondo uterino (Kristeller) y episiotomía.**

58. Como bien se advierte este extremo del segundo punto controvertido se subdivide a su vez, en dos escenarios; primero, sobre el consentimiento informado para el procedimiento de presión en fondo uterino (Kristeller); y, el segundo, respecto al consentimiento informado para el procedimiento de episiotomía; por lo que, a efectos de que este punto controvertido sea desarrollado de una manera más entendible y ordenada, corresponde analizar cada extremo de forma independiente, para lo cual, se subdividirá en los literales a) y b), respectivamente.
- a) Sobre el Consentimiento Informado para el Procedimiento de presión en fondo uterino (Kristeller)**
59. Según la literatura médica, la maniobra de Kristeller, llamada también Expressio Fetus, consiste en la presión del fondo uterino de la gestante durante la segunda fase del trabajo de parto.

---

<sup>13</sup> Lara M, Ramón de la Fuente J. Sobre el consentimiento Informado. Bol of Sanit Panam 1990;108(5-6):439-444

60. Si bien existen una serie de procedimientos para la asistencia al parto, como la maniobra de Kristeller, lo cierto es que ésta se realiza con la intención de acelerar el descenso del feto en el parto, como una práctica dentro del mismo, por lo cual, propiamente no existe la obligación de solicitar un consentimiento informado para su realización, máxime cuando ninguna GPC establece su obligatoriedad, tal como lo ha señalado el INMP en la opinión vertida a través del Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1139), el cual viene a ser la *institución altamente especializada en nuestro país en salud reproductiva de la mujer con énfasis en la atención materno perinatal y seguimiento coordinado del recién nacido y el niño de alto riesgo hasta los cinco años*.
61. Sin perjuicio de lo mencionado, cabe señalar que, de acuerdo a lo establecido en la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, en caso de intervenciones de emergencia o atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro la vida o la salud de la paciente y/o del bebé, se exceptúa la obligatoriedad de solicitar un consentimiento informado.
62. En atención a lo expuesto, no se encuentra acreditada este extremo de la imputación efectuada en contra de la Denunciada.
- b) Sobre el Consentimiento Informado para el Procedimiento de episiotomía.**
63. Cabe señalar que, una episiotomía es una incisión que se hace en el perineo —el tejido entre la abertura vaginal y el ano— durante el parto<sup>14</sup>.
64. Tal como se ha señalado en los párrafos *supra*, existen una serie de procedimientos para la asistencia del parto, como aquellos que se llevan a cabo durante el mismo, frecuentemente indicados por condicionantes maternos o fetales o de la evolución del parto, como la rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto.
65. No obstante, no existe la obligación de solicitar un consentimiento informado para la realización de dicho procedimiento, máxime cuando ninguna GPC establece su obligatoriedad, de acuerdo a la opinión vertida por el INMP en el Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1139), el cual viene a ser la *institución altamente especializada en nuestro país en salud reproductiva de la mujer con énfasis en la atención materno perinatal y seguimiento coordinado del recién nacido y el niño de alto riesgo hasta los cinco años*.
66. A mayor abundamiento, de la revisión de legislación comparada, se verifica que en España, los establecimientos de salud no utilizan un formato de consentimiento informado para dicho procedimiento, sino que lo incluyen como una de las prácticas dentro del procedimiento de parto. El cual incluso es realizado en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos<sup>15</sup>.
67. Sin perjuicio de lo mencionado, cabe señalar que, de acuerdo a lo establecido en la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, en comentario, en caso de intervenciones de emergencia o atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro la vida o la salud de la paciente y/o del bebé, se exceptúa la obligatoriedad de solicitar un consentimiento informado.

<sup>14</sup> Trabajo de parto, parto y cuidados post parto. Visto en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282#:~:text=Episiotom%C3%ADa-Una%20episiotom%C3%ADa%20es%20una%20incisi%C3%B3n%20que%20se%20hace%20en%20el,se%20realiza%20en%20un%20C3%A1ngulo> [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

<sup>15</sup> Ver en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332014000200011](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011) [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

68. En función a lo expuesto, no se encuentra acreditada este extremo de la imputación efectuada en contra de la Denunciada
69. Por ende, corresponde **ABSOLVER** a la IPRESS por la conducta descrita en el Hecho Imputado N° 1, establecida en el RIS de SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Leves, numeral 3: **“No cumplir con solicitar al Usuario (...) el Consentimiento Informado por escrito, previo a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos (...) en la forma prevista por la normativa vigente”**.

➤ **HECHO IMPUTADO N° 2**

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
2	La Denunciada, no habría cumplido con entregar la información solicitada por SUSALUD mediante Carta N° 2396-2020-SUSALUD/IPROT.	Decreto Supremo N° 002-2019-SA, artículo 34°, numeral 34.2, <i>“La información detallada en el numeral anterior es remitida por la máxima autoridad de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS en físico o a través de medios electrónicos, en un plazo máximo de diez días hábiles contados desde el día siguiente de notificado el requerimiento (...)”</i>	Infracción tipificada en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones leves, numeral 27; <b>“No entregar la información requerida por SUSALUD dentro de la periodicidad o plazos determinados”</b> .	Con Amonestación escrita, o multa de hasta cien (100) UIT.

**VIII. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

- Determinar si la Denunciada tiene la obligación jurídica de entregar la información requerida por SUSALUD dentro de los plazos determinados.
- De ser lo anterior, establecer si la Denunciada cumplió con entregar la información solicitada por SUSALUD, mediante Carta N° 2396-2020-SUSALUD/IPROT.

**IX. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

70. El 29 de diciembre de 2020, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando que, a través de su cuenta electrónica: [secdireccionmedica@clinicamontesur.com](mailto:secdireccionmedica@clinicamontesur.com), con fecha 20 de julio a las 4:41 p.m, cumplió con el requerimiento solicitado, el cual fue dirigido a los correos consignados en la carta como Mesa de Partes, tal como consta con la captura de pantalla del correo debidamente diligenciado; por lo que, si SUSALUD no lo recibió, resulta ser un problema eminentemente tecnológico, ajeno a su responsabilidad.
71. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

**Medios probatorios de cargo**

- a. Cargo de notificación de la Carta N° 2396-2020-SUSALUD/IPROT (f. 520)

**Medios probatorios de descargo:**

*Print* de pantalla del mensaje enviado a la cuenta electrónica de SUSALUD (f. 1130, reverso).

**X. ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

**Punto Controvertido 1): Determinar si la Denunciada tiene la obligación jurídica de entregar la información requerida por SUSALUD dentro de los plazos determinados.**

72. Al respecto, el numeral 2 del artículo 34° del Decreto Supremo N° 002-2019-SA, establece que *“La información detallada en el numeral anterior es remitida por la máxima autoridad de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS en físico o a través de medios electrónicos, en un plazo máximo de diez días hábiles contados desde el día siguiente de notificado el requerimiento (...)”*.
73. De acuerdo a lo mencionado, los establecimientos de salud, como el caso de la Denunciada tienen la obligación jurídica de enviar la información solicitada por SUSALUD en un plazo máximo de diez (10) días hábiles; por tanto, se cumple con el punto controvertido que nos avoca.

**Punto Controvertido 2): De ser lo anterior, establecer si la Denunciada cumplió con entregar la información solicitada por SUSALUD, mediante Carta N° 2396-2020-SUSALUD/IPROT.**

74. De la revisión del expediente administrativo, se advierte que SUSALUD, a través de la Carta N° 2396-2020-SUSALUD/IPROT notificada a la Denunciada por correo electrónico el 15 de julio de 2020 (f. 520), le solicitó que cumpla con presentar la siguiente información: *(i) el informe de las atenciones brindadas al Usuario; (ii) copia de la historia clínica firmada por la máxima autoridad; y, (iii) los documentos que considere relevantes al caso*, para lo cual, estableció que la respuesta debía ser remitida a los correos electrónicos: [emunoza@susalud.gob.pe](mailto:emunoza@susalud.gob.pe) y [jpmlescano@susalud.gob.pe](mailto:jpmlescano@susalud.gob.pe), conforme se observa en las imágenes adjuntas:

**Folio 519:**

**(IMAGEN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)**

EXPEDIENTE N° 02746-2020  
CARTA\_ N° 02396-2020-SUSALUD/IPROT

Señores  
**CLINICA MONTESUR**  
AV. EL POLO NRO. 505 URB. EL DERBY MONTEERRICO  
SANTIAGO DE SURCO  
Presente.-

Asunto : Caso: J.L.H. contra IPRESS Clinica Montesur

De mi consideración:

Previo cordial saludo y en atención a la denuncia<sup>1</sup> presentada por la señora Gilla Rachel Hochman Giufra el 09/03/2020 contra vuestra IPRESS representada, respecto de la atención otorgada al usuario; por medio de la presente se solicita información sobre el caso:

- Remitir informe de las atenciones brindadas al usuario
- Remitir copia de Historia Clínica firmada por la máxima autoridad de IPRESS.
- Presentar documentos que considere relevantes al presente caso

Cabe precisar que la respuesta se deberá remitir a los correos: [emunoza@susalud.gob.pe](mailto:emunoza@susalud.gob.pe), y [jpmlescano@susalud.gob.pe](mailto:jpmlescano@susalud.gob.pe) en el más breve plazo con carácter de urgencia, haciendo referencia al Expediente N° 2746- 2020.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Folio 520:

**Se solicita información - Caso: J.L.H. contra IPRESS Clínica Montesur**

2 mensajes

Vladimir Wilson Casaico Enciso <[vcasaico@susalud.gob.pe](mailto:vcasaico@susalud.gob.pe)>

Para: [jquezada@clinicamontesur.com](mailto:jquezada@clinicamontesur.com)

Cc: Erick Romulo Muñoz Arce <[emunoza@susalud.gob.pe](mailto:emunoza@susalud.gob.pe)>, [jpmlescano@susalud.gob.pe](mailto:jpmlescano@susalud.gob.pe)

Cco: Maritza Geraldine Zevallos Soria <[mzevallos@susalud.gob.pe](mailto:mzevallos@susalud.gob.pe)>

15 de julio de 2020, 19:55

Señores:

Reciban un cordial saludo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.  
Remito adjunto al presente el siguiente documento de notificación:

**CARTA N° 02396-2020-SUSALUD/IPROT**

- **EXPEDIENTE:** 02746-2020

- **ENTIDAD:** CLÍNICA MONTESUR

- **ASUNTO:** SOLICITUD DE INFORMACIÓN

En ese sentido, agradeceremos se sirva a remitir la información solicitada dentro del plazo otorgado haciendo referencia al expediente consignado en la carta que se adjunta, a los correos del mismo.

Así mismo, agradecemos responder acuse de recibo de este correo y se le exhorta que se sirva gestionar la Casilla Electrónica ante SUSALUD <http://app20.susalud.gob.pe/wb-casilla/login.htm> a efectos de que se le pueda notificar las actuaciones administrativas que recaigan en el presente procedimiento.

Saludos cordiales.

--

**VLADIMIR CASAICO E.**

Auxiliar de Mensajería

INTENDENCIA DE PROTECCIÓN Y DERECHOS DE LA SALUD - IPROT  
SUSALUD

2396 - 2746 CLINICA MONTESUR[F].pdf  
313K

Fecha de envío  
15.07.20

Se adjunta la Carta N° 2396-  
2020-SUSALUD/IPROT

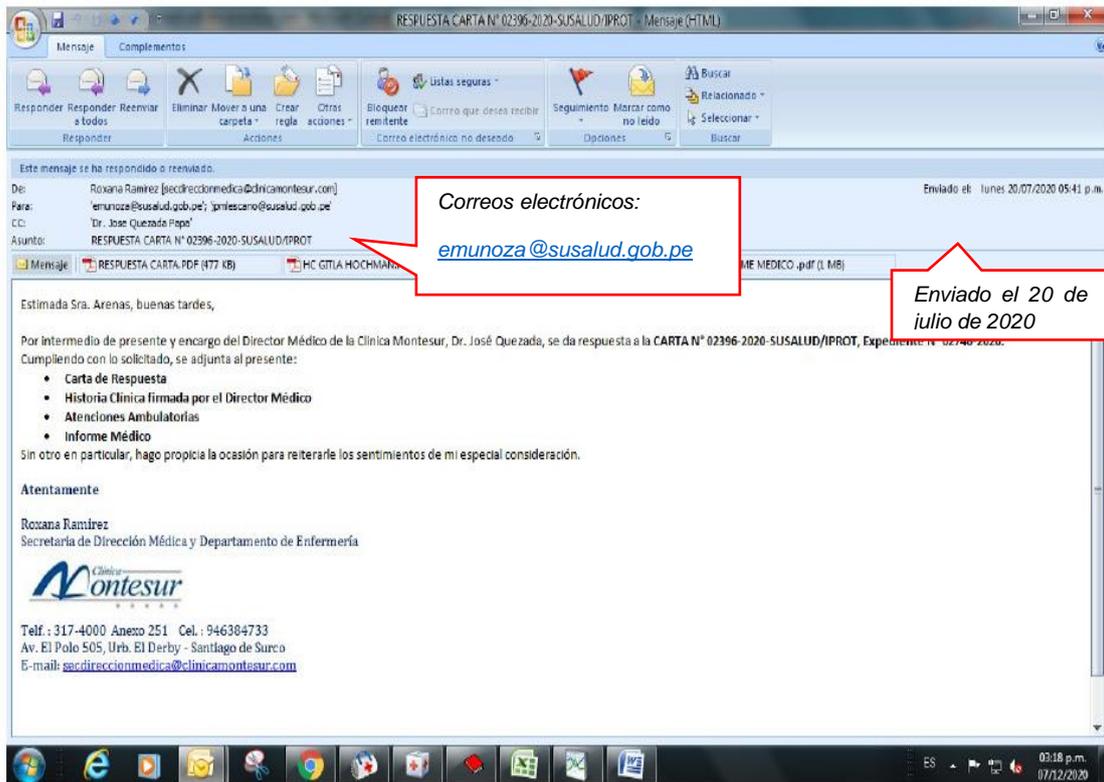
75. De la revisión prolija del expediente administrativo, así como, la verificación del Sistema de Trámite Documentario (STD) no se advierte registro alguno de los documentos que habrían sido presentados por la Denunciada ante el requerimiento efectuado, conforme se muestra a continuación:

N° Prov	PDF	Tipo	Nro. Documento	Referencia	De	Para	Asunto	Fecha Documento
126892		MEMO.	01917-2020-SUSALUD/IPROT		IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	IPIS-AGUSTÍN SEGUNDO SILVA VITE	Remisión del Expediente N° 02746-2020 para la evaluación de posible inicio del procedimiento administrativo correspondiente	07/09/2020
			01917-2020-SUSALUD/IPROT		IPIS-AGUSTÍN SEGUNDO SILVA VITE	IPIS-BRIGITTE SOLEDAD DIPAZ ROMERO		
			01917-2020-SUSALUD/IPROT		IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	IPIS-AGUSTÍN SEGUNDO SILVA VITE		
E 17958		CARTA	<->		GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA	IPROT-ANA ELSA ARENAS ABAD	REMITTE HISTORIA CLINICA PARA QUE SE ANEJEADO A SU EXP 282596-2020. CASO JOSE LIRA HOCHMAN	04/09/2020
E 14289		CARTA	<->	EXP. 282596-2020	GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA	IPROT-ANA ELSA ARENAS ABAD	SOLICITA ADJUNTAR DOCUMENTACION A EXPEDIENTE. 282596-2020	13/08/2020
S 14340		CARTA	03141-2020-SUSALUD/IPROT	Informe 2146-2020/IPROT	IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	CLINICA MONTESUR	Caso J.L.H. contra Clínica Monteur	31/07/2020
			03141-2020-SUSALUD/IPROT	Informe 2146-2020/IPROT	IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	CLINICA MONTESUR		
S 14338		CARTA	03136-2020-SUSALUD/IPROT	Informe N° 2146-2020/IPROT	IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA	Caso J.L.H. contra Clínica Monteur	31/07/2020
			03136-2020-SUSALUD/IPROT	Informe N° 2146-2020/IPROT	IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA		
I 22454		INFORME	02136-2020/IPROT		IPROT - Juan Pablo Martín Lescano Bazan Lescano Bazan	IPROT-ANA ELSA ARENAS ABAD	Caso J.L.H. contra la IPRESS Clínica Monteur	31/07/2020
E 12277		CARTA	SIN	Carta 01279-2020-SUSALUD/IPROT Expediente 02746-2020	AUNA CLINICA DELGADO	IPROT-ANA ELSA ARENAS ABAD	REMITTE INFORMACIÓN EN RELACIÓN AL CASO GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA	23/07/2020
S 17630		CARTA	02396-2020-SUSALUD/IPROT		IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	CLINICA MONTESUR	Caso: J.L.H. contra IPRESS Clínica Monteur	14/07/2020
			02396-2020-SUSALUD/IPROT		IPROT - ANA ELSA ARENAS ABAD	CLINICA MONTESUR		
E 19171		CARTA	SIN	CARTA 01278-2020-SUSALUD/IPROT	CLINICA SAN FELIPE	IPROT-ANA ELSA ARENAS ABAD	REMITTE INFORMACIÓN A LA DENUNCIA PRESENTADA POR GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA	24/06/2020
S 8261 - 1		CARTA	01279-2020-SUSALUD/IPROT	Caso Gitla Rachel Hochman Guífra y J.L.H. contra Clínica Monteur	IPROT - AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	AUNA CLINICA DELGADO	Solicitud de Información	11/03/2020
			01279-2020-SUSALUD/IPROT	Caso Gitla Rachel Hochman Guífra y J.L.H. contra Clínica Monteur	IPROT - AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	AUNA CLINICA DELGADO		
S 8242 - 1		CARTA	01278-2020-SUSALUD/IPROT	Caso Gitla Rachel Hochman Guífra y J.L.H. contra Clínica Monteur	IPROT - AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	CLINICA SAN FELIPE S.A.	Solicitud de Información	11/03/2020
			01278-2020-SUSALUD/IPROT	Caso Gitla Rachel Hochman Guífra y J.L.H. contra Clínica Monteur	IPROT - AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	CLINICA SAN FELIPE S.A.		
S 8222 - 1		CARTA	01276-2020-SUSALUD/IPROT	Caso Gitla Rachel Hochman Guífra y J.L.H. contra Clínica Monteur	IPROT - AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	CLINICA MONTESUR	Solicitud de Información	11/03/2020
			01276-2020-SUSALUD/IPROT	Caso Gitla Rachel Hochman Guífra y J.L.H. contra Clínica Monteur	IPROT - AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	CLINICA MONTESUR		
E 7834		CARTA	<->	EXPEDIENTE. 2746-2020	GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA	IPROT-AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	SOLICITA ADJUNTAR DOCUMENTOS A EXPEDIENTE. 2746-2020 ( 2 ANILLADOS H.C DE MENOR JOSE LIRA HOCHMAN )	09/03/2020
E 6454		FICHA	282596-2020		GITLA RACHEL HOCHMAN GIUFRA	IPROT-AMALIA CELICA MENA BENAVENTE	ASUNTO: PRESUNTA INADECUADA ATENCION IPRESS CLINICA MONTESUR AFECTADO JOSE LIRA HOCHMAN	26/02/2020

Fuente: Sistema de Trámite Documentario de SUSALUD.

76. Sin embargo, la IPROT recomendó el inicio del PAS en este extremo. Frente a ello, la Denunciada ha señalado expresamente que sí cumplió con presentar la información requerida dentro del plazo legal, la que habría sido enviada el 20 de julio de 2020 al correo indicado por el propio órgano de sustento, para lo cual, adjuntó en calidad de medio probatorio el *print* de pantalla del supuesto mensaje enviado con los archivos adjuntos.
77. En efecto, de la revisión de la documentación aportada por la Denunciada y tomando en cuenta el principio de presunción de veracidad, contenido en el T.U.O. de la Ley N° 27444, el cual establece que *“En la tramitación del procedimiento administrativo, se presume que los documentos y declaraciones formulados por los administrados en la forma prescrita por esta Ley, responden a la verdad de los hechos que ellos afirman (...)*”, se verifica que la IPRESS sí habría cumplido con enviar la información requerida por SUSALUD a las cuentas electrónicas señaladas para tal efecto, tal como se muestra a continuación:

**(IMAGEN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)**



78. Por consiguiente, a la luz de los hechos señalados, corresponde **ABSOLVER** a la Denunciada por la conducta descrita en el Hecho Imputado N° 2, establecida en el RIS de SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones leves, numeral 27: **“No entregar la información requerida por SUSALUD dentro de la periodicidad o plazos determinados”**.

➤ **HECHO IMPUTADO N° 3**

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
3	<p>La Denunciada no habría cumplido con el deber de idoneidad brindado a la <b>Denunciante</b> debido a que:</p> <p><b>Sub Hecho 3-A</b> La paciente presentó una ruptura prematura de membranas; no obstante, no se le habría administrado una profilaxis antibiótica dentro de las seis (6) horas de producido dicho evento, conforme a lo establecido en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal<sup>16</sup>.</p> <p><b>Sub Hecho 3-B</b></p>	<p>Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 2°.</p> <p>Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, artículo 15.1, literal e).</p> <p>Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 10°.</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y</p>	<p>Infracción tipificada en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; artículos 18°, 19° y 67° y 68.1</p>	<p>Con amonestación y multas de hasta cuatrocientos cincuenta (450) Unidades Impositivas Tributarias (UIT).</p>

<sup>16</sup> Resolución Directoral N° 048-2014-DG/INMP, que aprueba las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2014, del Instituto Nacional Materno Perinatal. Disponible en : <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimiento%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

<p>Existe incongruencia en el registro de las características del líquido amniótico, lo cual resulta importante, puesto que es un criterio a tener en cuenta para la determinación de hipoxia fetal<sup>17</sup>.</p> <p><b>Sub Hecho 3-C</b>        No se habría valorado el Test de Bishop - criterios para determinar el término del embarazo según su valoración conforme a lo estipulado en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal en los casos Ruptura Prematura de Membranas<sup>18</sup>.</p> <p><b>Sub Hecho 3-D</b>        No se la habría realizado una evaluación del perfil biofísico fetal, la cual se encuentra indicada de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal en los casos de ruptura prematura de membranas<sup>19</sup> y que hubiera conllevado a evaluar la pertinencia de la aplicación de Oxitocina<sup>20</sup>, en el presente caso.</p> <p><b>Sub Hecho 3-E</b>        A pesar de que a la paciente se le administró analgesia y anestesia epidural y se mantuvo más de una hora en período expulsivo (100 minutos) no se habría evaluado la necesidad de realizar una cesárea o un parto instrumentado, conforme lo establece la Guía de Referencia Rápida. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo-2014<sup>21</sup>.</p>	<p>Servicios Médicos de Apoyo, artículo 9°.</p> <p>Resolución Directoral N° 048-2014-DG/INMP, que aprueba las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2014, del Instituto Nacional Materno Perinatal.</p>		
--	--	--	--

<sup>17</sup> Ramírez J.V. Fisiopatología del Líquido amniótico. Visto en: <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-17.pdf>

<sup>18</sup> Resolución Directoral N° 048-2014-DG/INMP, que aprueba las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2014, del Instituto Nacional Materno Perinatal. Disponible en : <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimiento%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

<sup>19</sup> Resolución Directoral N° 048-2014-DG/INMP, que aprueba las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2014, del Instituto Nacional Materno Perinatal. Disponible en : <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimiento%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

<sup>20</sup> Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo - Panamá, octubre 2009. Visto en: [https://www.paho.org/pan/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=295-guias-de-manejos-de-lascomplicaciones-en-el-embarazo&category\\_slug=publications&Itemid=224](https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=295-guias-de-manejos-de-lascomplicaciones-en-el-embarazo&category_slug=publications&Itemid=224)

<sup>21</sup> CENETEC Guía de Referencia Rápida. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de bajo riesgo 2014.

<p><b>Sub Hecho 3-F</b> Se le habría realizado la maniobra de Kristeller sin tener en cuenta los riesgos reales que este procedimiento presenta.</p> <p><b>Sub Hecho 3-G</b> Adicionalmente a lo citado en los literales a) al f), aunado a la presencia de líquido meconial, no se advierte un diligente y continuo monitoreo fetal durante el trabajo de parto, a efectos de evaluar de manera constante el bienestar fetal y evitar un sufrimiento fetal prolongado con consecuencias fatales en el recién nacido.</p>			
<p><b>Sub Hecho 3-H</b> En la atención de emergencia de las 8:30 horas del 03 de diciembre de 2018, realizada por médico ginecólogo Tamayo Zumaeta Jorge Eduardo Miguel, se habría omitido realizar una evaluación clínica completa a la paciente (anamnesis incompleta, no se evidencia examen físico), así como tampoco se habría consignado la prioridad de la atención, el plan de trabajo, la indicación del test no estresante, exámenes solicitados, tiempo de reevaluación, indicaciones que deberían de consignarse, a efectos de brindar una prestación de salud idónea y de calidad.</p> <p><b>Sub Hecho 3-I</b> La obstetra habría realizado el tacto vaginal y la evaluación del feto y no el médico ginecólogo, a quién correspondía realizar la atención completa e integral a la paciente, dado que ésta fue atendida en la emergencia de la Denunciada por el médico ginecólogo, quién al omitir realizar dicha evaluación, no habría establecido la prioridad de atención de la paciente y por tanto, no se estableció la prioridad de los resultados solicitados, lo que vulnera lo estipulado en la Norma Técnica de emergencia la NTS N°042-MINSA/DGSP V01, y por ende una prestación de salud de idónea y de calidad.</p>	<p>Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 2°.</p> <p>Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Denunciantes de los Servicios de Salud, artículo 15.1, literal e), artículo 29.</p> <p>Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 10°.</p> <p>Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN.</p> <p>Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica, Anexo 7 correspondiente a los Elementos a considerar en el formato de atención de emergencias.</p> <p>NTS N°042-MINSA/DGSP V01, numeral 6.1, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 386-2006 – MINSA.</p>		

<p><b>Sub Hecho 3-J</b> Las atenciones prenatales del 8 de junio al 30 de noviembre de 2018, no habrían sido adecuadas, al no indicarse de manera completa el cuadro clínico y tratamiento que debía recibir la paciente.</p> <p><b>Sub Hecho 3-K</b> Habría dado la indicación de deambulación, pese a que la paciente presentaba RPM.</p> <p><b>Sub Hecho 3-L</b> Por haber realizado mayor número de tactos vaginales a lo recomendado en la GPC de atención de parto<sup>22</sup>.</p> <p><b>Sub Hecho 3-LL</b> No habría sugerido la realización de monitoreo continuo durante la aplicación de la oxitocina.</p> <p><b>Sub Hecho 3-M</b> No habría valorado los efectos de la administración del uso de analgésico epidural y de la anestesia epidural.</p> <p><b>Sub Hecho 3-N</b> No habría realizado un adecuado manejo de resucitación intrauterino ante el trazado cardiotográfico sospechoso previo al ingreso de la sala de partos.</p>	<p>Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 2°.</p> <p>Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, literal e) del artículo 15.1.</p> <p>Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 10°.</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, artículo 9°.</p> <p>NTS 105-MINSA DGSP V.01, Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud materna, aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, capítulo 6.2.1.</p> <p>GPC de manejo de RPM que forma parte integrante de las “Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”, aprobada por Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, capítulo VIII.</p> <p>GPC de Atención de Parto, que forma parte integrante de las “Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”, aprobada por Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA</p> <p>Guía de Práctica Clínica: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto, aprobado con Resolución Ministerial 634-2006 MINSA, Capítulo III.</p> <p>Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología –</p>		
--	--	--	--

<sup>22</sup> RM 695-2006/MINSA Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. GPC Atención del parto. MINSA

		2018, del Instituto Nacional Materno Perinatal, aprobada con Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA.		
--	--	---	--	--

## **XI. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

- Determinar si la Denunciada no habría brindado un servicio idóneo a la Denunciante, consistente en los siguientes aspectos:

**Sub Hecho 3-A:** Por no haber administrado una profilaxis antibiótica dentro de las seis (6) horas de producido la ruptura prematura de membranas.

**Sub Hecho 3-B:** Por existir incongruencias en el registro de las características del líquido amniótico.

**Sub Hecho 3-C:** Por no haber valorado el Test de Bishop.

**Sub Hecho 3-D:** Por no haber realizado una evaluación del perfil biofísico fetal ante la RPM.

**Sub Hecho 3-E:** Por no haber evaluado la necesidad de realizar una cesárea o un parto instrumentado, pese a que la paciente se le había administrado analgesia, anestesia epidural y se mantuvo más de una (1) hora en período expulsivo (100 minutos).

**Sub Hecho 3-F:** Por haber realizado la maniobra de Kristeller sin tener en cuenta los riesgos reales que el procedimiento presenta.

**Sub Hecho 3-G:** Por no haber realizado un diligente y continuo monitoreo fetal durante el trabajo de parto.

**Sub Hecho 3-H:** Por no haber realizado una evaluación clínica completa el día 03 de diciembre de 2018 a las 8:30 horas.

**Sub Hecho 3-I:** Por no haber sido evaluada por el médico ginecólogo.

**Sub Hecho 3-J:** Por no haber indicado de manera completa el cuadro clínico y tratamiento que debía recibir la paciente en las atenciones prenatales.

**Sub Hecho 3-K:** Por haber dado la indicación de deambulación, a pesar de que presentaba RPM.

**Sub Hecho 3-L:** Por haber realizado mayor número de tactos vaginales.

**Sub Hecho 3-LL:** Por no haber sugerido la realización de monitoreo continuo durante la aplicación de la oxitocina.

**Sub Hecho 3-M:** Por no haber valorado los efectos de la administración del uso de analgésico epidural y de la anestesia epidural.

**Sub Hecho 3-N:** Por no haber realizado un adecuado manejo de resucitación intrauterino ante el trazado cardiotográfico sospechoso previo al ingreso de la sala de partos.

## **XII. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

79. El 29 de diciembre de 2020, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:

- **Con relación al Sub Hecho 3-A**, el sector salud es el Ministerio de Salud quien establece y/o reglamenta los protocolos mínimos que todas las IPRESS deben cumplir, adoptar y/o implementar para garantizar los derechos de los pacientes, como consumidores de servicios médicos. En ese sentido, mediante la Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA se aprobó la Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas, mediante la cual, el órgano rector estableció “*el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas por niveles de atención*” incluyendo la atención en caso de rotura prematura de membranas (RPM). Así, resulta erróneo pretender aplicar estándares distintos a los regulados por el órgano rector del sector, cuyo cumplimiento determina, precisamente, las garantías mínimas del deber de idoneidad de los consumidores de servicios médicos.
- **Con relación al Sub Hecho 3-B**, de acuerdo con la Guía Médica en cuestión, el Test de FERN (o prueba de hehecho), es el examen idóneo aplicable en esta emergencia y que la presencia de líquido meconial fluido se presenta en el 20% de los partos normales. Así el líquido meconial espeso, que no se presentó, puede ser signo de hipoxia fetal pero no resulta concluyente, puesto que dicho diagnóstico se configura, precisamente, con los demás exámenes previstos en la Guía Médica. Un recién nacido, con muchas horas de líquido meconial nace impregnado, lo que no se observa en las fotos del recién nacido proporcionadas por la Denunciante. Por ende, no se detectó inicialmente la presencia de líquido meconial ni siquiera al realizar el Test de FERN ni en el resultado de laboratorio de la misma. El monitoreo fetal evidenciaba que el feto no presentaba sufrimiento fetal agudo (SFA) durante las horas de trabajo de parto.
- **Con relación al Sub Hecho 3-C**, el test de Bishop, es la valoración del estado del cuello uterino y presentación fetal, lo cual habría sido registrado en la Historia Clínica, precisándose las valoraciones realizadas durante el trabajo de parto.
- **Con relación al Sub Hecho 3-D**, de acuerdo con la práctica médica, el perfil biofísico no se realiza durante el trabajo de parto: La valoración más importante es la del monitoreo fetal, la cual se encontraba normal desde el momento de ingreso de la paciente.
- **Con relación al Sub Hecho 3-E**, el periodo expulsivo en una primigesta puede ser hasta dos (2) horas. Sus políticas establecen que, desde el ingreso de la paciente en trabajo de parto, la evaluación para una posible cesárea es permanente, es por ello que, todas sus salas de operaciones están preparadas todo el tiempo.
- **Con relación al Sub Hecho 3-F**, la maniobra de Kristeller se puede realizar en casos de urgencia, cuando no hay colaboración de la paciente, toda vez que su utilidad es reducir el periodo expulsivo y evitar los partos instrumentados. Es por ello que, la madre de la Denunciante, colaboró para que su hija comprendiera en esos momentos el riesgo latente.
- **Con relación al Sub Hecho 3-G**, si bien el requerimiento de la Denunciante implicaba condicionar el monitoreo fetal a su discreción, el monitoreo fetal prestado fue continuo, a pesar que la Denunciante solicitó en repetidas ocasiones que se retire, saliendo incluso del centro obstétrico.
- **Con relación al Sub Hecho 3-H**, la Denunciante acudió por emergencia por pérdida de líquido amniótico, por ello es que, su evaluación pasó directamente a Centro Obstétrico, evitando los tactos vaginales y exámenes innecesarios.

- **Con relación al Sub Hecho 3-I**, la obstetra es parte del equipo profesional encargado de la vigilancia de las gestantes, encontrándose debidamente capacitada no solo profesionalmente, sino también a los procedimientos y protocolos establecidos en la guía.
80. El 18 de agosto de 2021, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:
- **Con relación al Sub Hecho 3-J**, la Denunciante desde el momento de sus controles prenatales tuvo pleno conocimiento de la información necesaria, clara y precisa de todos los procedimientos médicos que involucran el parto y fue gracias a ello que en conjunto de su esposo determinaron su plan de parto.
  - **Con relación al Sub Hecho 3-K**, el médico tratante, dentro de su experiencia, puede y debe recomendar todas las medidas necesarias para salvaguardar la salud y vida de la madre y el neonato, así como facilitar un parto lo menos traumático de lo que por sí resulta; sin embargo, en el presente caso, la Denunciante expresamente exigió la facultad de deambular, a pesar de los requerimientos de las propias profesionales obstétricas que la atendían, pues el someterla contra su voluntad a mantener cama iba a ser una posible violación a su derecho constitucional a la libertad.
  - **Con relación al Sub Hecho 3-L**, se aplica una directiva que no ha sido emitida por un órgano rector, sino por una IPRESS al igual que su condición; por tanto, no tiene fuerza vinculante.
  - **Con relación al Sub Hecho 3-LL**, el plan de parto aprobado y establecido por la paciente condicionaba la ejecución de monitoreo a su aprobación expresa, en su deseo de tener un parto vaginal vivencial, como madre primeriza. La participación casi nula de la Denunciante, así como su negativa en aceptar un parto por cesárea, conllevó a que muchos de los procedimientos médicos ordinarios no se ejecuten, a pesar de las recomendaciones del médico tratante.
  - **Con relación al Sub Hecho 3-M**, el plan de parto aprobado y establecido por la paciente condicionaba la aplicación de analgésicos a su aprobación expresa, en su deseo de tener un parto vaginal vivencial, como madre primeriza.
  - **Con relación al Sub Hecho 3-N**, el cuadro clínico evolutivo del neonato mostró fuera de sus instalaciones no puede ser imputable; por tanto, sus servicios médicos se cumplieron con el nacimiento vivo del neonato, a pesar de las condiciones existentes y la conducta prestada por la Denunciante durante el trabajo de parto.
81. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

**Medios probatorios de cargo**

- a. Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- b. Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- c. Historia Clínica, N° 477442 elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- d. Copia de videos de parto en periodo expulsivo de fecha 04 de diciembre de 2018 (f. 1093).
- f. El Oficio N° 0186-2021-DG/INMP presentado con fecha 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N°

1068-2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).

- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

**Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane  
b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes

**Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoria Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).  
b. Informe de Auditoria complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

**XIII. ANÁLISIS DEL PUNTO CONTROVERTIDO**

82. El punto controvertido que nos avoca, consiste en determinar si la Denunciada no habría brindado un servicio idóneo a la Denunciante, consistente en 15 Sub Hechos, los cuales, a continuación se procederá a analizar de acuerdo a lo registrado en la historia clínica y demás documentos obrantes en el expediente administrativo, contrastándola con el marco legal normativo, literatura médica, normas técnicas existentes en el MINSA, las Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención correspondientes a las patologías descritas y vigentes al momento de las prestaciones de salud.

• **Sub Hecho 3-A:**

**Por no haber administrado una profilaxis antibiótica dentro de las seis (6) horas de producido la ruptura prematura de membranas.**

83. De acuerdo a la descripción del presente sub hecho imputado, se atribuye a la Denunciada el no haber administrado una profilaxis antibiótica dentro de las seis (6) horas de producida la ruptura prematura de membranas, tipificándose dicha conducta como un incumplimiento a la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.
84. Por su parte, en el Hecho Imputado N° 4, se verifica que también se atribuye el mismo hecho a la Denunciada, por no haber administrado el tratamiento antibiótico dentro de las seis (6) horas de producida la ruptura prematura de membranas, siendo tipificada como un incumplimiento al RIS de SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Graves, Numeral 1: *“Postergar injustificadamente el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad (...)”*.
85. Como se puede apreciar, en ambos hechos imputados se ha cuestionado y atribuido la misma responsabilidad a la Denunciada, como es, el no haber administrado a la Denunciante el tratamiento antibiótico dentro de las seis (6) horas de producida la ruptura prematura de membranas.
86. En ese orden de ideas, el presente sub hecho como el Hecho Imputado N° 4 se repiten; sin embargo, la conducta atribuida a la Denunciada tiene su tipificación en el RIS de SUSALUD; por lo que, en aplicación del principio de especialidad, en donde cada norma

tiene un ámbito de aplicación determinado<sup>23</sup> y que la norma especial prima sobre la norma general, en este caso, el RIS de SUSALUD debe primar sobre la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.

87. Por lo expuesto, corresponde que la conducta atribuida a la Denunciada sea analizada en el marco del Hecho Imputado N° 4, ello en función irrestricto al debido cumplimiento del principio de especialidad; por tal motivo, corresponde **ABSOLVER** a la Denunciada en este extremo de la infracción imputada en su contra.

• **Sub Hecho 3-B:**

**Por existir incongruencias en el registro de las características del líquido amniótico**

88. La Denunciada, por medio de su descargo ha señalado que, de acuerdo con la Guía Médica en cuestión, el Test de FERN (o prueba de hehecho), es el examen idóneo aplicable en esta emergencia y que la presencia de líquido meconial fluido se presenta en el 20% de los partos normales. Así el líquido meconial espeso, que no se presentó, puede ser signo de hipoxia fetal pero no resulta concluyente, puesto que dicho diagnóstico se configura, precisamente, con los demás exámenes previstos en la Guía Médica. Un recién nacido, con muchas horas de líquido meconial nace impregnado, lo que no se observa en las fotos del recién nacido proporcionadas por la Denunciante. Por ende, no se detectó inicialmente la presencia de líquido meconial ni siquiera al realizar el Test de FERN ni en el resultado de laboratorio de la misma. El monitoreo fetal evidenciaba que el feto no presentaba sufrimiento fetal agudo (SFA) durante las horas de trabajo de parto.
89. Respecto a lo señalado por la Denunciada, conviene aclarar que en el presente caso se discute es la incongruencia existente entre los registros realizados por el médico y la obstetra referidos a las características del líquido amniótico, más no la pertinencia de la prueba de hehecho, por lo cual, corresponde desestimar su descargo en este extremo al no encontrarse vinculado por el sub hecho controvertido.
90. Ahora bien, del acervo médico legal, se verifica que tanto el médico como la obstetra consignaron distintas características del líquido amniótico en lo que lleva del día 3 de diciembre de 2018, desde las 10:30 hasta las 22:45 horas, siendo más relevante aun que el médico a las 10:40 horas registró lo siguiente: "*Ruptura de membranas con líquido amniótico por Test de Hehecho positivo y pródromos de trabajo de parto*". Sin embargo, no precisó ni se pronunció sobre la característica de amarillo verdoso que fue descrita previamente por la obstetra.
91. Para un mejor entendimiento de lo mencionado, se ilustra en el cuadro adjunto los registros realizados tanto por el médico y la obstetra en la atención brindada a la Denunciante el día 3 de diciembre de 2018:

CARACTERISTICAS DEL LÍQUIDO AMNIOTICO		
Hora	Registros del médico	Registros de la obstetra
10:30		Amarillo verdoso (f. 474)
10:40	Fluido escaso (f. 474, reverso) <i>"Ruptura de membranas con líquido amniótico por Test de Hehecho positivo y pródromos de trabajo de parto"</i>	
13:30	Fluido sanguinolento (f. 474, reverso) TV liquido claro	
14:00		Escaso (f. 461)
17:00	Fluido (f. 474, reverso)	
17:40		Claro (f. 461)
20:00		Meconial fluido (f.461)

<sup>23</sup> Espinoza Espinoza, Juan. Los Principios contenidos en el Título Preliminar del Código Civil Peruano del 1984. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial 2005, pág. 60.

<b>22:45</b>	Claro (f. 473)	
--------------	----------------	--

**Fuente:** Elaboración propia contrastada con la HC

92. De lo advertido, podemos concluir que la Denunciada no realizó registros congruentes sobre las características del líquido amniótico, lo cual era relevante para la determinación de hipoxia fetal, máxime cuando se detalló la presencia del líquido amniótico desde las 10:30 horas, lo que viene a ser una manifestación de alarma sobre el bienestar fetal, tal como se indica en la literatura médica revisada<sup>24</sup>; razón por cual, se determina que la referida IPRESS vulneró el deber de idoneidad en la prestación de servicios de salud de la Denunciante, en este extremo.

• **Sub Hecho 3-C:**

**Por no haber valorado el Test de Bishop.**

93. La Denunciada ha señalado por medio de su descargo que el Test de Bishop es la valoración del estado del cuello uterino y presentación fetal, lo cual habría sido registrado en la Historia Clínica, precisándose las valoraciones realizadas durante el trabajo de parto.

94. Previamente, resulta importante precisar que, la literatura médica<sup>25</sup> establece que la evaluación clínica y sistemática del cuello uterino se debe realizar con dicho método, el cual ha sido ideado por Edward Bishop, quien lo denominó inicialmente "*sistema de puntuación pélvico*", donde se evalúan cinco (5) variables<sup>26</sup>, conforme se muestra a continuación:

**Tabla 1.** Test de Bishop, valoración clínica del cuello.

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Dilatación</b>	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
<b>Borramiento</b>	0-30%	40-50%	60-70%	≥80%
<b>Posición</b>	Posterior	Media	Anterior	
<b>Consistencia</b>	Dura	Media	Blanda	
<b>Altura de la presentación</b>	-3	-2	-1/0	+1/+2

95. El sistema de puntuación de Bishop es aplicable tanto a nulíparas<sup>27</sup>, como a gestantes con parto previo, pero a partir de las treinta y siete (37) semanas de gestación, como el caso de la Denunciante.

96. Ahora bien, la GPC de Rotura Prematura de Membranas, que forma parte integrante de las "Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal", aprobada por Resolución Directoral N° 048-2014-DG/INMP<sup>28</sup>, establece lo siguiente:

**“ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTACIÓN ≥ A 34 SEMANAS, CON O SIN CORIOAMNIONITIS**

<sup>24</sup> Ramírez J.V. Fisiopatología del Líquido amniótico. Ver en: <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-17.pdf> [Consulta realizada el 12 de julio de 2021].

<sup>25</sup> Evaluación del cérvix anteparto: importancia práctica en obstetricia. Ver en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000500012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500012) [Consulta realizada el 12 de julio de 2021].

<sup>26</sup> Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Ver en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf> [Consulta realizada el 12 de julio de 2021].

<sup>27</sup> Def. Se dice de la mujer que nunca ha tenido partos. Ver en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/nulipara> [Consulta realizada el 13 de julio de 2021].

<sup>28</sup> Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2018, del Instituto Nacional Materno Perinatal

(...)

Terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes:

- Si el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado.
- Si el test de Bishop es menor de 7: Maduración Cervical con 2 mU de Oxitocina por 10 horas y luego inducción del parto.

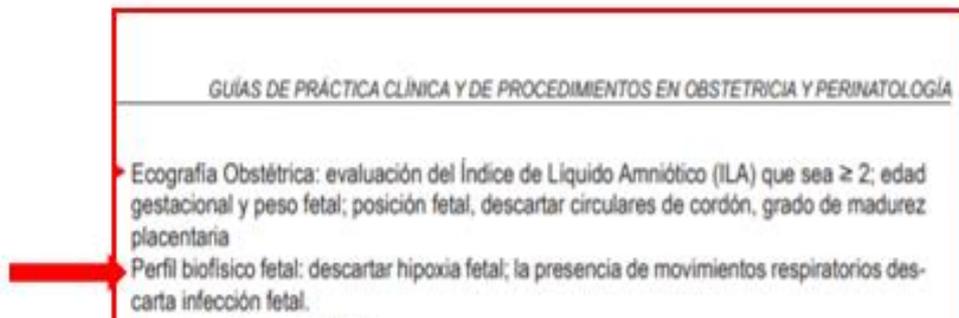
Si la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea”.

97. En el presente caso, se advierte de los registros realizados por el médico tratante a las 10:40 horas, así como las anotaciones de la obstetra a las 9:30 horas, que la Denunciante tenía un índice de Bishop menor a 7 puntos, por lo que, la Denunciada debió iniciar maduración cervical y luego la inducción del parto, tal como lo prevé la GPC en comentario. Sin embargo, no se valoró, razón por la cual, vulneró el deber de idoneidad en la prestación de servicios de salud de la Denunciante, en este extremo.

• **Sub Hecho 3-D:**

**Por no haber realizado una evaluación del perfil biofísico fetal ante la Ruptura Prematura de Membranas**

98. La Denunciada por medio de su descargo, ha señalado que, de acuerdo con la práctica médica, el perfil biofísico no se realiza durante el trabajo de parto, pues la valoración más importante es el monitoreo fetal, el cual se encontraba normal desde el momento de ingreso de la paciente.
99. Al respecto, la GPC de Rotura Prematura de Membranas, que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, establece que se debe realizar la Perfil biofísico fetal ante la ruptura temprana de membranas, de acuerdo al siguiente detalle<sup>29</sup>:



100. Por lo tanto, corresponde desestimar los argumentos de la Denunciada, al acreditarse que vulneró el deber de idoneidad en la prestación de salud de la Denunciante en este extremo.

• **Sub Hecho 3-E:**

**Por no haber evaluado la necesidad de realizar una cesárea o un parto instrumentado, pese a que la paciente se le había administrado analgesia, anestesia epidural y se mantuvo más de una (1) hora en período expulsivo (100 minutos).**

101. La Denunciada por medio de su descargo ha señalado que, el periodo expulsivo en una primigesta puede ser hasta dos (2) horas. Sus políticas establecen que, desde el ingreso

<sup>29</sup> Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2018, del Instituto Nacional Materno Perinatal

de la paciente en trabajo de parto, la evaluación para una posible cesárea es permanente, es por ello que, todas sus salas de operaciones están preparadas todo el tiempo.

102. Al respecto, cabe aclarar a la Denunciada que si bien en los casos de Trabajo de Parto Prolongado, el periodo expulsivo puede demandar más dos (2) horas en núlparas, en el presente caso ello no se discute, **sino el hecho de no haber evaluado la necesidad de realizar una cesárea o un parto instrumentado**, considerando que la analgesia/anestesia epidural producen depresión fetal agudo y, que además, son factores de riesgo asociados al sufrimiento fetal agudo como lo establece la GPC: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto”, aprobado por Resolución Ministerial N° 634-2006/MINSA – ver imagen adjunta-, dado que el feto presentaba desaceleraciones y líquido amniótico anormal, lo cual eran indicios de sufrimiento fetal; razón por la cual, corresponde desestimar sus argumentos en este extremo.

### III FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Las prácticas de analgesia regional deberán evaluarse con cuidado en:

- Inestabilidad hemodinámica materna.
- Coagulopatías.
- Hemorragias del tercer trimestre.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Prematuridad.

103. En consecuencia, queda demostrado que la Denunciada vulneró el deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud brindada a la Denunciante en este extremo.

- **Sub Hecho 3-F:**

**Por haber realizado la maniobra de Kristeller sin tener en cuenta los riesgos reales que el procedimiento presenta.**

104. La Denunciada por medio de su descargo ha señalado que la maniobra de Kristeller se puede realizar en casos de urgencia, cuando no hay colaboración de la paciente, toda vez que su utilidad es reducir el periodo expulsivo y evitar los partos instrumentados. Es por ello que la madre de la Denunciante, colaboró para que su hija comprendiera en esos momentos el riesgo latente.
105. Por su parte, de la consulta realizada al INMP, si bien éste señala que, en ninguna de las guías relacionadas con la atención del parto, tanto del año 2014 como 2018, prohíbe explícitamente la realización de la maniobra de Kristeller, lo cierto es que ello no se discute, **sino el hecho de que la Denunciada no haya tenido en cuenta los riesgos reales que dicho procedimiento presenta y que no lo haya comunicado a la Denunciante, máxime, cuando es conocido que dicha maniobra es poco segura y no recomendada**. Incluso, la OMS la considera riesgosa, pues una maniobra mal hecha podría provocar graves problemas como el desprendimiento de la placenta y ruptura uterina, o bien, fracturas en el bebé, es decir, exponiéndolo en riesgo.
106. A mayor abundamiento, la literatura médica señala que los riesgos reales para el feto o recién nacido son: Hipoxia, falta de oxígeno, fractura de húmero, clavícula o costillas, Incremento de la presión craneal lo que puede causar cefalohematoma o hemorragias

intracraneales, parálisis de Erb, consecuencia de la lesión en los nervios del plexo braquial<sup>30</sup>.

107. En cuanto a los riesgos reales para la madre son: Rotura del útero, inversión uterina, hemorragias graves. En casos extremos puede tener como consecuencia la extirpación del útero, riesgo de desgarros vaginales y perianales, fractura de costillas, hematomas y contusiones en la zona del abdomen y en órganos internos.
108. Sin perjuicio de lo señalado, si bien la Denunciada alega que la madre de la Denunciante habría autorizado la realización de dicha maniobra, lo cierto es que no le informó sobre los riesgos reales que dicho procedimiento representa, pues de la revisión del acervo médico legal (f. 473, reverso), no se evidencia registro alguno al respecto. Asimismo, se debe precisar que no se está analizando si se brindó o no dicha información a la paciente o a sus familiares, sino el propio hecho de realizar el procedimiento sin tener en cuenta que los riesgos que presentaba iban muy por encima de los supuestos beneficios que ésta aportaría.
109. En consecuencia, en base a la revisión de los actuados, se demuestra que la Denunciada vulneró el deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud brindado a la Denunciante, en el presente extremo.

- **Sub Hecho 3-G:**

**Por no haber realizado un diligente y continuo monitoreo fetal durante el trabajo de parto a efectos de evaluar de manera constante el bienestar fetal y evitar un sufrimiento fetal.**

110. La Denunciada por medio de su descargo ha señalado que, si bien el requerimiento de la Denunciante implicaba condicionar el monitoreo fetal a su discreción, el monitoreo fetal prestado fue continuo, a pesar que la Denunciante solicitó en repetidas ocasiones que se retire, saliendo incluso del centro obstétrico.
111. Al respecto, no se evidencia en la historia clínica que la Denunciante haya requerido a la IPRESS que pueda condicionar el monitoreo fetal a su discreción, tal como lo alega, constituyendo afirmaciones subjetivas y carentes de sustento, sin aportar ningún medio probatorio, ni siquiera de carácter indiciario, para acreditar su dicho.
112. En la información remitida respecto al monitoreo en la primera fase del parto, se advierten desaceleraciones, siendo que en los registros del monitoreo se muestra que desde las 16:00 horas hasta las 22:15 horas no se evidencia el comportamiento de los latidos cardíofetales, tal como se muestra a continuación:

	10:30	10:40	11:00	11:30	13:45	14:15	15:00	16:00	17:00	17:15	17:45	18:00	18:15	19:00	20:05	20:20	21:30	22:15	22:45	00:00				
PA	110/60							120/80								110/70								
Frec. Contracc x min	C/3	C/3-4	C/3-4	Irregu	C/3-4	C/5-3	C/3-4	C/4-3	C/4-3	c/3	c/2	C/4	c/4	c/2	c/2		c/2	c/2-3	c/2-3	c/2				
Duración	25-28	25	25	25	28-25	28	28	30	30	30	30	30	30	30	30		30	25-28	25-28					
Intensidad	: +/++	: +	: +/++	: +/++	: +/++	: ++	: ++	: ++	: ++	: ++	: ++	: ++	: ++	: ++	: ++		: ++	: +/++	: +/++	: ++				
Latidos fetales	134	130	132	130	128	130	142	No se vé										150	148	142				
Incorporación	60%							No se vé										93	100	100				
Dilatación	1							No se vé										6	8	10				
Membranas	Rota Líquido meconial							No se vé										R	R	LAC				
Altura uterina	-3				-3			No se vé										-2	0	1				
Inducción								No se vé										oxitocina 8gt x min						
Analgesia epidural								No se vé										analgesia epidural						

113. Es importante tener en cuenta el comportamiento de los latidos cardíofetales para determinar el bienestar fetal, puesto que ante la evidencia de que hubiera un trazado

<sup>30</sup> Qué es la maniobra de Kristeller. Visto en: <https://www.suavinex.com/livingsuavinex/maniobra-de-kristeller/> [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

sostenible de bradicardia junto a líquido amniótico meconial, éstos se convertirían en criterios de término del embarazo, por ello resulta de suma importancia el monitoreo.

114. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que la variabilidad normal de los latidos cardíacos fetales a la contracción uterina es de 5 a 25 latidos por minuto<sup>31</sup>, información con la no se cuenta de la revisión del monitoreo con las cuadrículas, por lo que, se puede deducir que no se realizó un monitoreo fetal idóneo.
115. En consecuencia, se advierte que la Denunciada vulneró el deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud brindada a la Denunciante, en este extremo.

- **Sub Hecho 3-H:**

**Por no haber realizado una evaluación clínica completa el día 3 de diciembre de 2018 a las 8:30 horas.**

116. De la revisión de la Historia clínica perteneciente a la Denunciante, se evidencia a fojas 479 y 480, reverso, que la Denunciada no realizó una evaluación clínica completa a la paciente el día 3 de diciembre a las 8:30 horas, fecha en que ingresó la paciente al servicio de emergencia, pues se observa de la descripción de la anamnesis la indicación “*Gestante de 39 SEM perdida de líquido*”; exámenes de laboratorio: “*Examen directo – GAM*” y el diagnóstico de “*Supervisión de embarazo normal no especificado*”, a pesar de no haberse realizado un examen físico, ni tampoco se indicó la prioridad de la atención, el plan de trabajo, la indicación del test no estresante, ni el tiempo de reevaluación— conforme se muestra en las imágenes adjuntas—, indicaciones que debían consignarse a efectos de brindar una atención adecuada e idónea.

**Folio 480, reverso:**

**(IMAGEN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)**

---

<sup>31</sup>Posted at 21:31h in Sin categoría by . Anna Gracia. Desaceleraciones. Visto en: <https://www.icarectg.com/desaceleraciones/#:-:text=Se%20define%20desaceleraci%C3%B3n%20como%20un,durante%20m%C3%A1s%20de%2015%20segundos.>

**EMERGENCIA**

OA : 000026181 Hora Ingreso : 08:30

Datos Generales			
Apellidos y Nombres	HOCHMAN GIURFA , GITLA RACHEL	Nro H.C.	079154
Edad	33 años, 2 meses y 10 días	Sexo	Femenino
Dirección	AV ANGAMOS 371 DPTO 303	Teléfono	
		Fec Consulta	03/12/2018 08:30
		Aseguradora	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD

HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

ANAMNESIS

GESTANTE DE 39 SEM PERDIDA DE LIQUIDO

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

EXAMEN FISICO

EVOLUCION

Diagnósticos

Código CIE10	Nombre Diagnóstico	Tipo Diagnóstico
1 Z34.9	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	Definitivo

Folio 479:

**EMERGENCIA**

OA : 000026181 Hora Ingreso : 08:30

Datos Generales			
Apellidos y Nombres	HOCHMAN GIURFA , GITLA RACHEL	Nro H.C.	079154
Edad	33 años, 2 meses y 10 días	Sexo	Femenino
Dirección	AV ANGAMOS 371 DPTO 303	Teléfono	
		Fec Consulta	03/12/2018 08:30
		Aseguradora	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD

Plan de Trabajo

EXAMEN LABORATORIO	Prestación	F. Emisión
Laboratorio		
EXAMEN DIRECTO - GRAM		03/12/2018 00:00:00



TAMAYO ZUMAETA , JORGE EDUARDO MIGUELA  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
CMP : 014045 RNE : 000000

117. Frente a ello, la Denunciada por medio de su descargo, ha señalado que la Denunciante acudió por emergencia por perdida de líquido amniótico, por lo que, su evaluación pasó directamente al Centro Obstétrico, evitando los tactos vaginales y exámenes innecesarios.

118. Al respecto, corresponde indicar que para establecer una atención adecuada, los exámenes no devienen en innecesarios, por el contrario, éstos resultan ser una herramienta primordial del área médica, por medio del cual se determinan el diagnóstico de las patologías y además, con ello se puede establecer el tratamiento que se debe administrar a la paciente, al igual que el seguimiento del mismo, más aún, cuando existe la obligatoriedad de que todos los establecimientos de salud, como en el presente caso, deben considerar en el formato de atención de emergencias dicha información, tal como lo prevé el Anexo 7 de la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "*Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica*", vigente a la fecha de los hechos suscitados; por lo que, corresponde desestimar sus argumentos en dicho sentido.

119. Por lo expuesto, queda evidenciado que la IPRESS no cumplió con su deber de idoneidad en la prestación de servicios de salud en este extremo, al no haber realizado una atención adecuada e idónea a la paciente el día 3 de diciembre de 2018 a las 8:30 horas.

• **Sub Hecho 3-I:**

**Por no haber sido evaluada por el médico ginecólogo.**

120. La Denunciada por medio de su descargo ha señalado que la obstetra es parte del equipo profesional encargado de la vigilancia de las gestantes, encontrándose debidamente capacitada no solo profesionalmente, sino también a los procedimientos y protocolos establecidos en la guía.

121. Contrariamente a lo señalado por la Denunciada, cabe indicar que a quién correspondía realizar la atención en el servicio de emergencia era el Médico Ginecólogo, tal como lo establece la Norma Técnica de Emergencia la NTS N°042-MINSA/DGSP-V01. Sin embargo, en el presente caso ello no se realizó, incumpliendo su obligación de brindar un servicio idóneo a la Denunciante, al no establecerse adecuadamente la prioridad de su atención ni de la solicitud de los exámenes médicos.

122. Por tal motivo, queda demostrado que la Denunciada vulneró el deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud brindada a la Denunciante en este extremo.

• **Sub Hecho 3-J:**

**Por no haber indicado de manera completa el cuadro clínico y tratamiento que debía recibir la paciente en las atenciones prenatales.**

123. La Denunciada, por medio de su descargo ha señalado que la Denunciante desde el momento de sus controles prenatales tuvo pleno conocimiento de la información necesaria, clara y precisa de todos los procedimientos médicos que involucran el parto y fue gracias a ello que en conjunto de su esposo determinaron su plan de parto.

124. Al respecto, de la revisión del expediente administrativo, no se cuenta con documento alguno que acredite lo manifestado por la Denunciada, por el contrario, de la verificación de las atenciones prenatales realizadas a la Denunciante en los días 8 de junio, 18 de agosto, 12 de setiembre, 4, 18 y 29 de octubre, 2, 9, 16, 23, 27 y 30 de noviembre de 2018, se advierte que no se realizaron de manera adecuada, al no haberse indicado de forma completa el cuadro clínico de la denunciante y el tratamiento que debía recibir, tal como se muestra en el siguiente cuadro elaborado:

Fecha	Evaluación abdominal	Evaluación Fetal	Diagnóstico	Tratamiento/Indicación
08/06/2018	No evaluado		Amenorrea secundaria	Ecografía abdominal
18/08/2018	Incompleto AU 22 cm	Incompleto LCF 144	Sup embarazo normal	Ecografía

			Infección urinaria	
12/09/2018	Incompleto AU 29 cm	Incompleto LCF 144	Sup embarazo normal Amenaza parto prematuro	Hemograma – glucosa
04/10/2018	Incompleto AU 30 cm	Incompleto LCF 144	Sup embarazo normal Amenaza parto prematuro	Clorhidrato de enoxisuprina 1 tab
18/10/2018	Incompleto AU 31 cm	Incompleto LCF 144	Sup embarazo normal	Ecografía abdominal
29/10/2018	No evaluado	No evaluado	Preeclampsia leve presunta	Proteinuria, albuminuria 24 horas
02/11/2018	No evaluado	No evaluado	Sup embarazo normal	
09/11/2018	No evaluado	No evaluado	Sup embarazo normal Vaginitis	
16/11/2018	No evaluado	No evaluado	Sup embarazo normal	
23/11/2018	Incompleto AU 33 cm	Incompleto LCF 144	Sup embarazo normal	
27/11/2018	Incompleto	Incompleto LCF 138	Sup embarazo normal	Ecografía obstétrica
30/11/2018	Incompleto AU 34 cm	Incompleto LCF 144	Sup embarazo normal	

125. Dicha situación vulnera lo establecido en el capítulo 6.2.1 de la NTS 105-MINSA DGSP V.01, Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud materna, aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que establece lo siguiente:

**“6.1.2. ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA**

(...)

**Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores**

**En todas las consultas siguientes:**

- *Interrogar por signos y síntomas de alarmas asociados a la gestación y evaluación integral.  
Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.*
- *Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.*
- *Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.*
- *Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.*
- *Evaluar la edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).*
- *Interpretación de exámenes auxiliares.*
- *Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.*

**A partir de las 28 semanas:**

- *Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos,*
- *Control de latidos cardíacos fetales.*
- *Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.*
- *Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor a 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.*

- *Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio.*
- *Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33.*

**A partir de las 35 semanas**

- *Pelvimetría interna y valoración feto-pelvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).*
- *Determinación del encajamiento fetal.*
- *Determinación de la presentación fetal.*
- *Reevaluación del estado general materno.*
- *Actualizar exámenes de bienestar fetal o test no estresante según el caso.*
- *Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales. Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación”.*

126. Por ende, corresponde desestimar los argumentos vertidos por la Denunciada, en tanto ha quedado acreditado el incumplimiento al deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud a la Denunciante, en este extremo.

- **Sub Hecho 3-K:**

**Por haber dado la indicación de deambulación, a pesar que presentaba Rotura Prematura de Membranas (RPM).**

127. Se denomina RPM cuando se rompen las membranas corioamnióticas después de las veintidós (22) semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto, como fue el caso de la paciente. Sin embargo, se advierte que ésta se encontraba eliminando líquido amniótico por la RPM, pero pese a ello, se le indicó deambulación (f. 461), cuando la GPC de RPM que forma parte integrante de las “Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”, aprobada por Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, establece de manera expresa la indicación de reposo, como se muestra a continuación:

**“ROTURA PRMATURA DE MEMBRANAS (RPM)**

(...)

**VIII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

(...)

*Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales – FONE (Categorías II-1, II-2)*

- *Hospitalización*
  - *Reposo absoluto*
  - *Continuar con antibiótico terapia de establecimiento con FONP/FONB*
  - *Solicitar exámenes auxiliares.*
  - *Examen obstétrico absteniéndose de realizar tactos vaginales repetidos.*
  - *Especuloscopia, Test de Fern.*
  - *Realizar pruebas de bienestar fetal.*
  - *Realizar pruebas de maduración pulmonar*
  - *Si presenta signos de corioamnionitis: Iniciar terapia antibiótica combinada con Ampicilina 1 gr EV cada 6 horas, mas Gentamicina 5 mg por Kg/peso EV cada día. Otro esquema terapéutico sería Clindamicina 600 mg endovenosa c/8 horas, más Gentamicina 5 mg x Kg EV cada 24 horas y terminar la gestación por la vía más rápida.*
- (...)”

(Subrayado agregado)

128. Frente a ello, la Denunciada a través de su descargo ha señalado que, el médico tratante, dentro de su experiencia debe recomendar todas las medidas necesarias para salvaguardar la salud y vida de la madre y el neonato; no obstante, en el presente caso, refiere la Denunciada que habría sido la Denunciante quien expresamente exigió la facultad de deambular, siendo que no podría someterla contra su voluntad a mantener reposo en cama. Al respecto, se debe señalar que lo manifestado por la Denunciada no cuenta con un respaldo, puesto que de la revisión de los actuados no se advierte constancia alguna de que se habría presentado dicha situación, todo lo contrario, se advierte que la indicación fue “deambulación”.
129. Sobre el particular, cabe indicar a la Denunciada que los médicos no pueden apartarse de lo establecido en las GPC, como lo es las Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, aplicable en el presente caso y de obligatorio cumplimiento, en tanto estas contienen un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas para la optimización en la atención sanitaria de los pacientes.
130. A mayor abundamiento, si bien la Denunciada sostiene que fue la propia Denunciante quien le requirió deambular, lo cierto es que ello constituye una afirmación carente de sustento, por cuanto no obra medio probatorio que lo respalde, y más aún, cuando constituye una contraindicación para la salud de la paciente, dado el estado en que se encontraba.
131. En tal sentido, corresponde desestimar los argumentos de la Denunciada, al advertirse un incumplimiento al deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud de la Denunciante, en este extremo.

• **Sub Hecho 3-L:**

**Por haber realizado mayor número de tactos vaginales**

132. La Denunciada, por medio de su descargo ha señalado que, se aplicó una directiva no emitida por un órgano rector, por tanto no tiene fuerza vinculante.
133. Contrariamente a lo señalado por la Denunciada, la GPC de Atención de Parto, que forma parte integrante de las “Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”, ha sido aprobada por la Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, emitida por el Ministerio de Salud, que viene a ser el órgano rector; por tal motivo, corresponde desestimar sus argumentos en este extremo.
134. Ahora bien, conviene señalar que referida GPC, en cuanto a los procedimientos según periodo de trabajo de parto, señala lo siguiente:

**“ATENCION DEL PARTO**

(...)

**PROCEDIMIENTOS SEGÚN PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO**

**1.- Primer periodo: dilatación**

- *Permitir la ingesta de alimentos, mates o líquidos azucarados, toda vez que lo desee.*
- *Ropa adecuada según costumbre de la zona*
- *Permitir la deambulación*
- *Acompañamiento de su pareja o familiar.*
- *La gestante adoptará la posición que le es más cómoda.*
- *Brindar apoyo psicológico y recordarle la técnica de relajación y respiración.*
- *Control de la evolución del trabajo de parto: control de dinámica uterina cada hora durante 10 minutos (frecuencia, intensidad y duración de la contracción uterina).*
- *Elaboración del partograma de la OMS a partir de los 4 cm de dilatación.*

- *Control de descenso de la cabeza fetal (técnica de los quintos).*
- *Tacto vaginal cada 4 horas, siempre cuando la progresión del parto sea normal (procurar no hacer más de 4 tactos).*  
(...)”

(Subrayado agregado)

135. En función a ello, de la revisión de la historia clínica perteneciente a la Denunciante se evidencia que le realizaron seis (6) tactos vaginales, cuando lo recomendado son un máximo de cuatro (4), de acuerdo a la GPC en comentario.
136. Por tanto, se advierte un incumplimiento de la Denunciada al deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud, en este extremo.

- **Sub Hecho 3-LL:**

**Por no haber sugerido la realización de monitoreo continuo durante la aplicación de la oxitocina.**

137. De la verificación de las anotaciones de obstetricia, se verifica que el 3 de diciembre de 2018, se administró a la Denunciante oxitocina a las 17:05 horas a ocho (8) gotas por minuto, siendo retirado a las 17:40 horas, tiempo en el cual, no se le realizó un monitoreo fetal continuo, así como tampoco a partir de las 18:15 horas cuando se reinició la administración de la oxitocina.
138. La literatura médica sugiere que se debe realizar una monitorización fetal continua cuando se administra oxitocina:

*“Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención*

- *En todos los entornos de parto, ofrezca auscultación intermitente a mujeres de bajo riesgo en la primera etapa del trabajo de parto. No realizar cardiotocografía en mujeres de bajo riesgo.*
- *Sugerir la **cardiotocografía continua** si ocurre alguno de los siguientes factores de riesgo durante el trabajo de parto:*
  - *Sospecha de corioamnionitis, sepsis o temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$*
  - *Hipertensión severa ( $\leq 160/110$  mmHg)*
  - **Uso de oxitocina**
  - *Meconio significativo*
  - *Sangrado vaginal reciente”.*

(Énfasis y subrayado agregado)

139. Conforme se advierte, la Denunciada no sugirió realizar un monitoreo continuo durante la aplicación de la oxitocina.
140. Frente a ello, la Denunciada por medio de su descargo ha señalado que el plan de parto aprobado y establecido por la paciente condicionaba la ejecución de monitoreo a su aprobación expresa, en su deseo de tener un parto vaginal vivencial, como madre primeriza. La participación casi nula de la Denunciante, así como su negativa en aceptar un parto por cesárea, conllevó a que muchos de los procedimientos médicos ordinarios no se ejecuten, a pesar de las recomendaciones del médico tratante.
141. Al respecto, no existe evidencia documentaria que respalde lo alegado por la Denunciada; además, con su **manifestación deja en evidencia que no priorizó la salud de la paciente ni la del neonato, al no realizar el monitoreo continuo durante la aplicación de oxitocina**, vulnerando así el deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud a la Denunciante, en este extremo.

- **Sub Hecho 3-M:**

**Por no haber valorado los efectos de la administración del uso de analgésico epidural y de la anestesia epidural.**

142. La Guía de Práctica Clínica: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto”, aprobado con Resolución Ministerial 634-2006/MINSA, sobre los factores de riesgo asociados a la administración de analgesia, señala lo siguiente:

**II. DEFINICIÓN**

**1. Definición**

*Es la aplicación de una variedad de drogas anestésicas y analgésicas en el espacio epidural con la finalidad de aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto.*

*(...)*

**III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

*Las prácticas de analgesia regional deberán evaluarse con cuidado en:*

- Inestabilidad hemodinámica materna.
- Coagulopatías.
- Hemorragias del tercer trimestre.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Prematuridad.

*(Énfasis y subrayado agregado)*

143. De la revisión de la historia clínica, se verifica que el día 3 de diciembre de 2018 a las 20:05, la Denunciada administró a la paciente el analgésico epidural y a las 20:40 horas le administró anestesia epidural (f. 473), sin haber valorado los efectos de los mismos, dado que ello ralentiza la fase expulsiva<sup>32</sup>, pues en el caso de la paciente demoró 100 minutos y, además, para su uso debía evaluarse con cuidado en casos de sufrimiento fetal, más aún, teniendo en cuenta que la gestante tuvo líquido amniótico amarillo verdoso y desaceleraciones; por tanto, no era recomendado el hacer uso de los mismos.
144. Sin embargo, en el presente caso la Denunciada no valoró los efectos de la administración del uso de analgésico epidural y de la anestesia epidural.
145. Frente a ello, la Denunciada, por medio de su descargo ha señalado que, el plan de parto aprobado y establecido por la paciente condicionaba la aplicación de analgésicos a su aprobación expresa, en su deseo de tener un parto vaginal vivencial, como madre primeriza; sin embargo, no ha presentado medio probatorio alguno que respalde lo alegado.
146. En consecuencia, se advierte un incumplimiento el deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud a la Denunciante, en este extremo.

• **Sub Hecho 3-N:**

**Por no haber realizado un adecuado manejo de resucitación intrauterino ante el trazado cardiotográfico sospechoso previo al ingreso de la sala de partos.**

147. De acuerdo a la literatura médica se define a la desaceleración como un periodo transitorio de disminución de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) por debajo de la línea basal (FCFb) de >15 latidos durante más de 15 segundos. Se trata de una respuesta refleja del feto al estrés hipóxico o mecánico (compresión del cordón/cabeza) para mantener el metabolismo aeróbico del miocardio<sup>33</sup>.
148. Del cuadro *infra*, elaborado en base a reporte de monitoreo tococardiográfico, se evidencia que los latidos cardíacos a las 10:09 horas fue de 105 LCF por minuto, a las 16:12 horas de 95 LCF por minuto y aun así la Denunciada administró oxitocina a las 17:05 horas hasta

<sup>32</sup> Bupivacaína 0,25% peridural, en la analgesia de parto; efectos hemodinámicos en la madre y feto. Ver en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n3/a07v67n3> [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

<sup>33</sup> Las Desaceleraciones. Ver en: <https://www.icarectg.com/desaceleraciones/> [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

las 17:40 horas y, luego, reinició a las 18:15 horas, no habiendo evidencia de su suspensión, presentando el feto a las 20:37 horas 80 LCF por minuto.

Hora LCF	Hora tocógrafo	Línea basal LCF	Desaceleración						Observaciones
			Desciende a	Disminución LCF lpm	Amplitud segundos	Recuperación	Tipo de desaceleración	Variabilidad	
10:09	11:05	130	110	20	20	Rápida	Precoz	Normal	
10:09	11:53	120	105	15	30	Rápida	Precoz	Normal	
13:41	15:19	140	118	22	20	Rápida	Precoz	Normal	
16:12	17:13	130	95	35	45	Lenta	Tardía	Normal	
17:05									Oxitocina
17:40									Reitro de oxitocina
18:15									Reinicio oxitocina
20:08									Dilatación 3 cm
20:37	21:17	140	80	60	90	Lenta	Tardía	Mínima marcado	Hidratación a chorro
Ilegible	22:14	150						Mínima marcado	
20:37	22:43	150	128	22	30	Lenta	Variable	Mínima	
20:37	22:53	150	112	45	60	Lenta	Tardía	Mínima marcado	
20:37	23:03	150						Mínima marcado	
20:37	23:22	150						Mínima marcado	
20:37	23:31	150						Mínima marcado	
20:37	00:10	150	90	40	15	Rápida	Variable	Mínima marcado	
21:30			88						DCLI- oxigenoterapia
01:30			110						Recuperación rápida
02:00									Nacimiento

149. Resulta importante mencionar que, de acuerdo a la Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – 2018, del INMP, aprobado con Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, cataloga los trazados en tres (3) categorías, con las siguientes características:

**Trazados de Categoría I: Normales:** Alta Predicción de Estado Ácido Base Normal. Incluye todo lo siguiente:

- Línea de Base: 110 a 160 latidos x minuto.
- Variabilidad: Moderada.
- Desaceleraciones Tardías o Variables: Ausentes.
- Desaceleraciones Tempranas: Presentes o Ausentes.
- Aceleraciones: Presentes o Ausentes.

→ **Trazados de Categoría II: Indeterminado:** No Predictivos de Estado Ácido Base Anormal, pero no hay evidencia adecuada para clasificarlo como Categorías I o II y requiere vigilancia y reevaluación, tomando en cuenta circunstancias asociadas. Incluye cualquiera de lo siguiente:

**Línea de Base**

- Bradicardia no acompañada por Variabilidad ausente.
- Taquicardia.

**Variabilidad**

- • Variabilidad mínima.
- • Variabilidad ausente no acompañada por desaceleraciones recurrentes.
- • Variabilidad marcada.

**Aceleraciones**

- Ausencia de aceleraciones inducidas por estimulación fetal.

**Desaceleraciones Periódicas o Episódicas**

- • Desaceleraciones variables recurrentes acompañadas por Variabilidad Mínima o Moderada.
- Desaceleración Prolongada  $\geq 2$  minutos pero  $< 10$  minutos.
- Desaceleraciones Tardías Recurrentes con Variabilidad Moderada.
- Desaceleraciones Variables con retorno lento al basal, "sobredisparos", u "hombreras".

**Trazados de Categoría III: Anormal**

Predictivos de Estado Ácido Base Anormal. Incluye cualquiera de lo siguiente:

- Variabilidad ausente y alguno de lo siguiente:
  - Desaceleraciones Tardías Recurrentes.
  - Desaceleraciones Variables Recurrentes.
  - Bradicardia.
- Patrón Sinusoidal.

150. Aunado a ello, la Guía de manejo de las complicaciones en el embarazo Ministerio de Salud de Panamá 2015<sup>34</sup>, detalla la categoría II de la siguiente manera:

<sup>34</sup> Ministerio de Salud de Panamá. Guía de manejo de las complicaciones en el embarazo Ministerio de Salud de Panamá 2015. Ver en: [https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo\\_diciembre\\_2015.pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf) [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

**Categoría II.**

Los trazos de la FCF incluyen todo los trazos no categorizados en la 1 y en la 3

- Bradicardia con variabilidad mínima o normal.
- Taquicardia.
- Variabilidad mínima.
- Variabilidad ausente sin desaceleraciones repetidas.
- Variabilidad marcada
- Aceleraciones ausentes aun después de estimulación fetal
- Desaceleraciones variables recurrentes acompañados de variabilidad mínima o moderada
- Desaceleraciones prolongadas de 2 a 10 minutos de duración
- Desaceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada
- Desaceleraciones variables con otras características como lento retorno a la línea de base, con picos o mesetas.

151. Conforme se aprecia, las Guías nacionales y otras fuera del país, establecen la clasificación del monitoreo fetal intraparto en tipo I, II y III, siendo el tipo I el trazado normal; el tipo II indeterminado sospecha de hipoxia; y, el tipo III que confirma el sufrimiento fetal.
152. Tomando en cuenta lo mencionado y de acuerdo al cuadro resumen del comportamiento de la medición tocográfica de la Denunciante, al evaluarse el trazado, se observa desaceleraciones variables, tardías y con variabilidad mínima marcada, los cuales, no se encontrarían dentro de trazados normales, siendo sospechoso de sufrimiento fetal y más aún porque hubo pérdida de líquido amarillo verdoso.
153. En el cuadro elaborado, se tiene que, la primera desaceleración tardía se presentó a las 16:12 horas, donde la frecuencia cardiaca fetal llegó a 95 latidos por minuto; sin embargo, no se indicó ninguna medida de apoyo.
154. Asimismo, se evidencia que se administró oxitocina a ocho (8) gotas por minuto a las 17:05 horas (f. 47, reverso) por un lapso treinta y cinco (35) minutos, siendo suspendida a las 17:40 horas (f. 461), luego, se reinició la administración a las 18:15 horas a cuatro (4) gotas por minuto (f. 461).
155. Posteriormente, a las 20:37 horas se presenta otra desaceleración tardía, desciende 60 lpm, llegando a 80 lpm y de recuperación lenta, luego a las 21:30 horas llega a 88 lpm. Las otras desaceleraciones evidencian la disminución de la variabilidad; sin embargo, no se verifica que se haya suspendido la administración de oxitocina.
156. La literatura médica define como desaceleraciones tardías que:
- Su inicio y final es tardío respecto a la contracción (El nadir de la desaceleración ocurre 20" después del acmé de la contracción).
  - Tienen un inicio o una recuperación a la FCFb muy gradual. También pueden tener disminución/incremento de la variabilidad intra-desaceleración.
  - Son generalmente debidas a insuficiencia útero-placentaria y al desarrollo de acidosis. Debido a la falta de oxígeno y acumulación de CO<sub>2</sub>, requiere que la contracción haya finalizado y haya entrada de sangre oxigenada en las sinusoides placentarios para que se recupere y vuelva a la normalidad. Por tanto, requiere más tiempo y son "tardías".
  - Se da por estimulación de quimiorreceptores.
  - Requiere intervención para mejorar la circulación útero-placentaria: Disminuir la dinámica uterina (stop oxitocina, tocolisis), colocar a la paciente en DLI,

*administración de líquidos. Si no mejorara y aparecieran signos de descompensación (disminución de la variabilidad) sería necesario finalizar el trabajo de parto.*

157. La literatura examinada también menciona que: “(...) si se está administrando oxitocina y aparecen alteraciones de la FCF, la primera medida es interrumpir su infusión<sup>35</sup>.
158. De acuerdo a lo previsto hasta este punto, cuando se encuentra ante un trazado tipo II, como el caso de la paciente, debe realizarse una reanimación uterina<sup>36</sup>.
159. Se debe mencionar que las medidas de reanimación intraútero están encaminadas a corregir las deficiencias de la función respiratoria de la placenta mejorando el flujo sanguíneo uteroplacentario y umbilical y, por tanto, el aporte de oxígeno al feto, para así revertir una situación de hipoxia y acidosis. Las medidas de reanimación intraútero consisten en lo siguiente<sup>37</sup>:

(...)

- i. *Lateralización de la madre: Existe evidencia en la literatura que avala que la posición lateral es mejor que el decúbito supino en lo que respecta a maximizar el gasto cardíaco materno y la oxigenación fetal*
- ii. *Administración de líquidos intravenosos: El flujo uterino carece de mecanismos de autorregulación, por lo que la caída de la tensión arterial materna produce de forma lineal una disminución del flujo uteroplacentario, y por tanto de la oxigenación fetal.*
- iii. *Hiperoxigenación materna: Si la madre respira oxígeno al 100% en ese momento, la PO<sub>2</sub> materna aumenta a su valor máximo, y la saturación de oxígeno fetal aumenta un 34% y la PO<sub>2</sub> un 68%<sup>14,22</sup>. Este efecto fetal comienza a los pocos minutos de su administración, alcanza su valor máximo a los 10 minutos, y puede persistir hasta 30 minutos después del cese de la oxigenoterapia.*
- iv. *Tocolisis intraparto: Cese de la administración de la oxitocina o administrando fármacos tocolíticos. Si se está administrando oxitocina y aparecen alteraciones de la FCF, la primera medida es interrumpir su infusión. Si el cuadro persiste, el uso de tocolíticos intravenosos de urgencia ha demostrado su utilidad, incluso en presencia de dinámica uterina normal. Recientemente se ha descrito hiperdinamia materna asociada al uso de opioides en la analgesia epidural. En ausencia de registro interno de presión uterina, un aumento del tono uterino basal puede pasar desapercibido, e incluso un ritmo normal de contracciones puede afectar a un feto con baja reserva”.*

160. Dicho esto, se advierte que la primera desaceleración tardía se presentó a las 16:12 horas, siendo que recién luego de la desaceleración de las 20:37 horas se indica hidratación, la misma que se realiza una hora después, dándose la indicación de decúbito lateral izquierdo y oxigenoterapia, a pesar que la literatura médica señala lo siguiente:

*“(...) la resucitación intrauterina son una serie de medidas orientadas a mejorar el bienestar fetal.*

<sup>35</sup> Resucitación fetal intrauterina. Clínica en investigación en obstetricia y ginecología. Visto en: [https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-resucitacion-fetal-intrauterina-S0210573X12000299#:~:text=1.&text=La%20resucitaci%C3%B3n%20fetal%20intra%C3%BAtero%20o,frecuencia%20cardiaca%20fetal%20\(FCF\)](https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-resucitacion-fetal-intrauterina-S0210573X12000299#:~:text=1.&text=La%20resucitaci%C3%B3n%20fetal%20intra%C3%BAtero%20o,frecuencia%20cardiaca%20fetal%20(FCF).). [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

<sup>36</sup> Directrices de conceso en la FIGO sobre la monitorización fetal intraparto: cardiocotografía. 2015. Medicine on the body!s own terms. Ver en: <http://cursopartoseguro.cl/wp-content/uploads/2019/03/06-Presentacio%CC%81n-Dra-Di%CC%81az.pdf> [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

<sup>37</sup> Resucitación fetal intrauterina. Clínica en investigación en obstetricia y ginecología. Visto en: [https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-resucitacion-fetal-intrauterina-S0210573X12000299#:~:text=1.&text=La%20resucitaci%C3%B3n%20fetal%20intra%C3%BAtero%20o,frecuencia%20cardiaca%20fetal%20\(FCF\)](https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-resucitacion-fetal-intrauterina-S0210573X12000299#:~:text=1.&text=La%20resucitaci%C3%B3n%20fetal%20intra%C3%BAtero%20o,frecuencia%20cardiaca%20fetal%20(FCF).). [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

*La resucitación fetal intraútero o reanimación intrauterina constituye un conjunto de técnicas no operatorias aplicadas a la madre con el objetivo de mejorar la oxigenación fetal, revirtiendo la causa del deterioro del estado fetal, determinado por un patrón no tranquilizador de frecuencia cardíaca fetal (FCF)<sup>38</sup>.*

161. En función a lo expuesto, se advierte que la Denunciada no brindó un adecuado manejo de resucitación intrauterino ante el trazado cardiográfico sospechoso previo al ingreso de la sala de partos, lo cual vulnera el deber de idoneidad en la prestación de servicios de salud, en este extremo.
162. Frente a ello, la Denunciada, por medio de su descargo ha señalado que, el cuadro clínico evolutivo del neonato mostró fuera de sus instalaciones no puede ser imputable; por tanto, sus servicios médicos se cumplieron con el nacimiento vivo del neonato, a pesar de las condiciones existentes y la conducta prestada por la Denunciante durante el trabajo de parto.
163. Es necesario señalar que en el presente caso, lo que se discute es la realización de un inadecuado manejo de resucitación intrauterino y no las evoluciones del neonato a su nacimiento, argumentos no vinculados al hecho imputado, correspondiendo desestimarlos por carecer de sentido y sustento.
164. De la revisión de los descargos brindados por la Denunciada, en relación al presente hecho imputado, se advierte uno referido a la supuesta decisión de la paciente sobre su tratamiento y el plan de trabajo a llevarse a cabo durante el parto. Al respecto, se debe señalar que tal como la propia Denunciada lo ha señalado, el médico tratante dentro de su experiencia, puede y debe recomendar todas las medidas necesarias para salvaguardar la salud y vida de la madre y el neonato.
165. Sobre este punto, resulta importante traer a colación la definición de médico tratante, *como la persona responsable del paciente y su enfermedad, pues es aquel que se hace cargo del caso y guía al paciente en el transcurso de la enfermedad (Kasper & Braundwald, 2006). Por tanto, puede asumirse que el médico tratante es el líder de un equipo clínico multidisciplinario que conoce integralmente la situación del paciente y se responsabiliza de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento<sup>39</sup>.*
166. Así, el médico es la persona competente para decidir las prestaciones de salud que requiere un paciente en determinada situación, puesto que es quién se encuentra capacitado para decidir con base en criterios médicos-científicos y por ser quien conoce al paciente, lo cual debe darse dentro de lo establecido en las Guías de Práctica Clínica, protocolos y/o literatura médica, en tanto estas contienen un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas para la optimización en la atención sanitaria de los pacientes, lo cual enmarca los parámetros de idoneidad del servicio.
167. De acuerdo a lo mencionado hasta este punto, se determina que en el caso de autos, la Denunciada vulneró el deber de idoneidad contemplado en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; artículos 18°, 19° y 67° y 68.1, al demostrarse el incumplimiento sobre los **Sub Hechos 3B al 3N**, desarrollados previamente, lo cual refleja una evidente falta de correspondencia entre lo que la Denunciante esperaba recibir y lo que efectivamente recibió por parte del establecimiento de salud denunciado, pues como

---

<sup>38</sup> Resucitación fetal intrauterina. Clínica en investigación en obstetricia y ginecología. Visto en: [https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-resucitacion-fetal-intrauterina-S0210573X12000299#:~:text=1.&text=La%20resucitaci%C3%B3n%20fetal%20intra%C3%B3n%20o,frecuencia%20cardíaca%20fetal%20\(FCF\)](https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-resucitacion-fetal-intrauterina-S0210573X12000299#:~:text=1.&text=La%20resucitaci%C3%B3n%20fetal%20intra%C3%B3n%20o,frecuencia%20cardíaca%20fetal%20(FCF)) [Consulta realizada el 23 de agosto de 2021].

<sup>39</sup> Alcance del concepto del médico tratante en las acciones de tutela para proteger el derecho al diagnóstico. Rojas Giraldo, Aristizábal Agudelo y otro. Revista CES DERECHO Volumen 5 No.2 Julio-Diciembre / 2014. Visto en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v5n2/v5n2a07.pdf>

se sabe, en el caso de los servicios de atención médica, un consumidor tiene la expectativa que los profesionales de salud adopten todas las medidas de prevención que razonablemente resulten necesarias de acuerdo con el estado de la técnica, actuando durante el acto médico de manera idónea y diligente, conforme a sus capacidades debidamente acreditadas.

168. No obstante, ello no se cumplió en este caso, colisionando con lo establecido en el artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que señala que: “Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda”.
169. Así como también lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que señala que: “Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales”.
170. Además, lo dispuesto en el literal e), del artículo 15.1 de la Ley 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Pacientes de los Servicios de Salud, que prevé que toda persona tiene derecho a: “Obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa”.
171. Asimismo, con lo señalado en el artículo 10° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que establece que: “Toda persona tiene derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud de la persona usuaria (...)”.
172. En consecuencia, a la luz de los hechos señalados y de la evaluación de la historia clínica perteneciente a la Denunciante, contrastada con la literatura médica, normas técnicas y GPC acorde al caso, se determina que la conducta de la Denunciada se encuentra inmersa en el tipo infractor establecido en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; artículos 18°, 19° y 67° y 68.1, correspondiendo la aplicación de la sanción respectiva.

#### **XIV. DETERMINACIÓN DE LA SANCIÓN ADMINISTRATIVA**

173. El Decreto Supremo N° 026-2015-SA, que aprueba el Reglamento del Procedimiento de Transferencias de Funciones del INDECOPI a SUSALUD, Anexo, artículo 10°, indica lo siguiente:

*“Artículo 10°.- Aplicación del Código de Protección y Defensa del Consumidor  
(...)”*

*Para todos los casos, el régimen de sanciones, criterios de aplicación, graduación de las sanciones y demás disposiciones procedimentales, son las establecidas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD, conforme lo dispuesto en el artículo 11° del Decreto Legislativo N° 1158.”*

174. No obstante, es preciso indicar que el RIS de SUSALUD, así como la Resolución de Superintendencia N° 099-2014/SUSALUD, que aprueba la Metodología de Cálculo de

Sanciones, no regulan los criterios para la imposición de multas en el caso de infracciones al Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571.

175. En efecto, la Metodología de Cálculo de Sanciones en su Artículo 5° señala:

*“Artículo 5°.- Rango de Sanciones  
 Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, de acuerdo a la gravedad de la infracción cometida **según la tipificación prevista en el RIS SUSALUD**, se aplicará el siguiente rango de sanciones: (...)”.*

(Énfasis agregado)

176. En ese sentido, dado que la presente imputación no se encuentra recogida en el RIS de SUSALUD, sino en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, el cual es una Ley, aplicar la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S y/o el RIS de SUSALUD por encima de ésta, sería ir en contra del Principio de Legalidad, establecido en el T.U.O. de la Ley N° 27444<sup>40</sup>.

177. En esa línea de razonamiento, se observa que no cualquier colaboración reglamentaria se encuentra permitida por la norma, pues solo se admite aquella que se encuentra alineada con lo previsto en la ley y no sobrepasen los límites naturales que le son permitidos<sup>41</sup>.

178. Acreditada la infracción, por los argumentos antes expuestos; de conformidad con el Principio de Razonabilidad, las sanciones a ser aplicadas deben ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, debiéndose prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. En consecuencia, se procede a determinar la sanción administrativa:

N°	CRITERIOS GENERALES	MOTIVACIÓN
1.	Beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción. <b>(BI)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte beneficio ilícito alguno.
2.	La probabilidad de detección de la infracción	La probabilidad de detección de la infracción es baja, puesto que ha sido necesaria la presentación de la denuncia, así como la intervención de SUSALUD a fin de solicitar información y realizar la investigación y análisis del presente caso, aparte de que ha sido necesaria la presentación de medios probatorios de parte, no evidenciados por parte de la denunciada, los cuales han servido de sustento para desvirtuar los argumentos planteados por la denunciada.
3.	Daño resultante y/o potencial de la infracción <b>(DRP)</b>	Comprobada la infracción, por los fundamentos señalados, se evidencia la existencia de un daño resultante muy grave, toda vez que la Denunciada vulneró el deber de idoneidad en las prestaciones de salud brindadas a la Denunciante, al demostrarse que: (i) existieron incongruencias en el registro de las características del líquido amniótico señaladas por el médico y la obstetra, lo

<sup>40</sup> **Artículo IV. Principios del procedimiento Administrativo**

**1.1. Principio de legalidad.**- Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas.

<sup>41</sup> **GALLARDO CASTILLO, María Jesús.** Ob. cit., p. 45. Para la citada autora: «la colaboración reglamentaria no debe pasar de ser eso, de mera colaboración, de un completo auxiliar de la Ley, absteniéndose, en consecuencia, de establecer lo que le está materialmente vedado y limitarse a introducir las especificaciones que faciliten la identificación de la conducta que se califica en la Ley como infracción administrativa, así como la determinación de la sanción que a ella corresponda, pero sin crear nuevas infracciones, alterar su naturaleza ni extender el perímetro del ilícito administrativo».

		<p>cual era de suma importancia para la determinación de hipoxia fetal;</p> <p>(ii) Por no haber valorado el test de bishop, conforme a lo estipulado en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal en los casos Ruptura Prematura de Membranas;</p> <p>(iii) Por no haber realizado una evaluación del perfil biofísico fetal ante la ruptura prematura de membranas,;</p> <p>(iv) Por no haber evaluado la necesidad de realizar una cesárea o un parto instrumentado, pese a que la paciente se le había administrado analgesia, anestesia epidural y se mantuvo más de una hora en período expulsivo (100 minutos);</p> <p>(v) Por haber realizado la maniobra de Kristeller sin tener en cuenta los riesgos reales que este procedimiento presenta;</p> <p>(vi) Por no haber realizado un diligente y continuo monitoreo fetal durante el trabajo de parto a efectos de evaluar de manera constante el bienestar fetal y evitar un sufrimiento fetal;</p> <p>(vii) Por no haber realizado una evaluación clínica completa el día 3 de diciembre de 2018 a las 8:30 horas;</p> <p>(viii) Por no haber sido evaluada por médico ginecólogo;</p> <p>(ix), Por no haber indicado de manera completa el cuadro clínico y tratamiento que debía recibir la paciente en las atenciones prenatales;</p> <p>(x) Por haber dado la indicación de deambulación a pesar que presentaba RPM;</p> <p>(xi) Por haber realizado mayor número de tactos vaginales;</p> <p>(xii) Por no haber sugerido la realización de monitoreo continuo durante la aplicación de la oxitocina;</p> <p>(xiii) Por no haber valorado los efectos de la administración del uso de analgésico epidural y de la anestesia epidural; y,</p> <p>(xiv) Por no haber realizado un adecuado manejo de resucitación intrauterino ante el trazado cardiográfico sospechoso previo al ingreso de la sala de partos.</p> <p>En el presente caso, las infracciones cometidas por la Clínica son bastante reprochables, en tanto denotan una falta de cuidado no tolerable por el ordenamiento, verificándose una incidencia directa en la salud de la paciente, por lo que al tratarse de un valor especialmente protegido por el ordenamiento jurídico<sup>42</sup>, las infracciones cometidas devienen en muy graves. Adicionalmente, se debe tener presente que la prestación de servicios médicos es una actividad que lleva aparejada una gran responsabilidad, pues su desenvolvimiento inadecuado es potencialmente riesgoso para la vida, la salud y la integridad humana, por lo que las prestaciones de salud deben realizarse teniendo el máximo cuidado y diligencia, es decir, actuando de manera idónea.</p>
4.	Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado	Por el tipo de infracción, no se advierte efectos generados en el mercado.
5.	La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores	En el presente caso, del desarrollo del hecho imputado se advierte que el grado de afectación a la salud de la paciente es muy grave. Se debe considerar que un servicio médico idóneo, implica no solo un diagnóstico correcto sino también informar sobre los posibles riesgos y complicaciones que puedan sobrevenir a partir del cuadro de salud particular, así como tomar las medidas preventivas correspondientes a efectos de evitar el

<sup>42</sup> CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ.

Artículo 7º. 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

		agravamiento o complicación de la salud del paciente. En tal sentido, la naturaleza de la falta, esto es, haber colocado a la paciente en una situación riesgosa que la expuso a una complicación que pusiera en grave riesgo su propia salud y la de su hijo por nacer, conllevan a que la se imponga una multa que refleje la naturaleza del bien jurídico puesto en riesgo, esto es, la salud de la denunciante y de su hijo.
4.	Intencionalidad en la conducta del infractor. <b>(IN)</b>	En el presente caso, si bien se acredita un daño, lo cierto es que no se puede atribuir como uno revestido de intencionalidad, máxime cuando no obra medio probatorio que acredite tal condición <sup>43</sup> .
5.	Repetición (reincidencia) y/o continuidad en la comisión de la infracción. <b>(RI)</b>	No se advierte reincidencia y/o continuidad de la infracción por parte de la Denunciada.

179. En tal sentido, habiéndose acreditado que la Denunciada ha vulnerado el deber de idoneidad, al demostrarse su incumplimiento en los **Sub Hechos 3B al 3N (UN TOTAL DE 14 SUBHECHOS)**, desarrollados a detalle precedentemente, así como la gravedad que los mismos revisten, corresponde imponer a la Denunciada una multa ascendente a **300 (trescientos) UIT**.

➤ **HECHO IMPUTADO N° 4**

N°	HECHO IMPUTABLE	PRESUNTA NORMA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	POSIBLES SANCIONES A IMPONER
4	La Denunciada habría postergado injustificadamente el acceso a las prestaciones de salud de la Denunciante, puesto que ante la ruptura prematura de membranas presentada, no se le habría administrado tratamiento antibiótico dentro de las 6 horas, conforme a lo establecido en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal <sup>44</sup> .	Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 2°.  Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Denunciadas de los Servicios de Salud, artículo 15.1, literal e).  Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 10°.  Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, artículo 9°.	Infracción tipificada en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA – Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Graves, Numeral 01: <b>“Postergar injustificadamente el acceso de los</b>	Con multa de hasta trescientas (300) UIT.

<sup>43</sup> ACUERDO 008-2020 – Precedente de Observancia Obligatoria del Tribunal de SUSALUD, sobre la aplicación del criterio de intencionalidad en los procedimientos sancionadores de SUSALUD, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 17 de julio de 2020, el cual establece:

1. El criterio de intencionalidad se encuentra supeditado a la existencia de la voluntad del infractor (dolo), que busca o tiene el propósito de cometer la infracción verificada por comisión u omisión, esto es, la finalidad de alcanzar un objetivo determinado (infringir el marco normativo), independientemente del daño generado por su actuación. (...)

3. El criterio de intencionalidad como factor de graduación de la sanción resulta aplicable únicamente cuando se advierte la existencia de una certeza respecto a la actuación u omisión realizada de manera voluntaria y consciente y que conlleva la comisión de una conducta infractora por parte de la persona natural o por quien actúa en representación de la persona jurídica a cargo de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.

<sup>44</sup> Resolución Directoral N° 048-2014-DG/INMP, que aprueba las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2014, del Instituto Nacional Materno Perinatal. Disponible en : <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

			<i>usuarios a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad (...)</i> ”.	
--	--	--	--	--

**XV. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

- Determinar si la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud de la Denunciante, al no haber administrado tratamiento antibiótico dentro de las seis (6) horas de la ruptura prematura de membranas.
- De ser lo anterior, determinar si dicha postergación obedeció a la existencia de una causa justificante que lo respalde.

**XVI. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

180. El 29 de diciembre de 2020, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:

- El sector salud es el Ministerio de Salud quien establece y/o reglamenta los protocolos mínimos que todas las IPRESS deben cumplir, adoptar y/o implementar para garantizar los derechos de los pacientes, como consumidores de servicios médicos. En ese sentido, mediante la Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA se aprobó la Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas, mediante la cual, el órgano rector estableció “*el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas por niveles de atención*” incluyendo la atención en caso de rotura prematura de membranas (RPM). Así, resulta erróneo pretender aplicar estándares distintos a los regulados por el órgano rector del sector, cuyo cumplimiento determina, precisamente, las garantías mínimas del deber de idoneidad de los consumidores de servicios médicos.

181. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

**Medios probatorios de cargo**

- a. Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- b. Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- c. Historia Clínica N° 477442, elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- d. Copia de videos de parto en periodo expulsivo de fecha 04 de diciembre de 2018 (f. 1093).
- f. Oficio N° 0186-2021-DG/INMP, presentado con fecha 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).
- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

**Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane
- b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes

**Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoria Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).
- b. Informe de Auditoria complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

**XVII. ANÁLISIS DEL PUNTO CONTROVERTIDO**

**Punto Controvertido 1): Determinar si la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud de la Denunciante, al no haber administrado tratamiento antibiótico dentro de las seis (6) horas de la ruptura prematura de membranas.**

182. Sobre el particular, la GPC de Ruptura Prematura de Membranas, que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, aprobada por la Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, establece que en los casos de gestación mayor o igual a 34 semanas, como la edad gestacional que presentaba la Denunciante, se debe iniciar el tratamiento con la administración de antibióticos profilácticos después de seis (6) horas de la Ruptura Prematura de Membranas, como se muestra a continuación:

**VIII TRATAMIENTO**

- A. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTACIÓN  $\geq$  A 34 SEMANAS, CON O SIN CORIOAMNIONITIS: (34 semanas o 2.800 g)<sup>13</sup> (32 semanas o 2.000 g)<sup>13</sup>
  - Hospitalización y reposo en decúbito lateral. Hidratación.
  - Iniciar antibióticos profilácticos después de 6 horas de RPM<sup>4,5</sup> reduce la morbilidad infecciosa materna, pero no es significativa en los RN. Se sugiere como profiláctico: Ampicilina o Cefalosporina 1°G (1-2 g EV c/6 h); y en caso de coriamnionitis: Cefalosporina 3°G (2g EV c/24 h) con Aminoglucósido (Amikacina 1 g EV c/24 h).
183. De la revisión del acervo médico legal, se evidencia de los registros de obstetricia que la Denunciante ingreso el 3 de diciembre de 2018, con el diagnóstico de “*Primigesta 39 2/7 S –FLTP- RPM desde las 7am de hoy*” (f. 451), como se muestra a continuación:

**(IMAGEN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)**

ANOTACIONES DE OBSTETRICAS

NOMBRE Gitla Hochman Gurpa MEDICO Dr. Honguit St.

EDAD 33 GR. 1 P. 0000 EDAD GEST. 39 2/7

TEMP. 36.4 PULSO 78 RESP. 18 P. ART. 110/60 ALTURA UTERINA cm. 132 LAT. FET.

ESTADO DE LA PACIENTE  BUENO  REGULAR  MALO

TRABAJO DE PARTO  SI  NO CUELLO: L % DIL CERV. cm.

MEMBRANAS  INTACTAS  ROTAS desde 7am hoy HORAS 7 am

SANGRADO  SI  NO CANTIDAD C.C.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO Primigeste 39 2/7 S. FCTP - RPH desde 7am hoy

RAZÓN DEL INGRESO Omitaciones y pérdida de líquido

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS Niega.

Se notificó a su médico  SI  NO Se llama al médico de Guardia  SI  NO Nombres de la Obstetrix Obst. Bailla

184. Asimismo, se observa que a las 18:30 del día 3 de diciembre de 2018 (f. 461) se le administra Cefazolina 1 gr EV<sup>45</sup>; es decir, luego de haber transcurrido más de 11 horas.
185. La GPC en comentario, establece que el tratamiento antibiótico debe administrarse después de las seis (6) horas de haberse producido la Ruptura Prematura de Membranas, como sucedió en el presente caso, más no antes.
186. Por tanto, no se evidencia la comisión de la infracción que se imputa a la Denunciada por el presente hecho imputado; por lo que, corresponde **ABSOLVERLA**, careciendo de objeto pronunciarse sobre los argumentos señalados en su escrito de descargo presentado el 29 de diciembre de 2020.

➤ **HECHO IMPUTADO N° 5**

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
5	La denunciada no habría cumplido con el contenido de la historia clínica pertenecientes a:  <b>La Denunciante, puesto que:</b>  <b>Sub Hecho 5-A</b> Habría omitido consignar en la historia clínica la hora de la pérdida de líquido amniótico, tanto en la atención de las 8:30 horas, de las 8:45 horas (centro obstétrico), de las 9:30 horas, de las 10:30 horas y en el resto de las evaluaciones del 3 de diciembre de 2018.	Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 29°.  NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada por Resolución Ministerial N° 214-2018. MINSA, Capítulo IV. Disposiciones Generales 4.1 Definiciones Operativas: <i>Principio de veracidad.- Es aquel que está referido a que la información consignada en la historia</i>	Infracción tipificada en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA - Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Leves, Numeral 5: <b>“No</b>	Con Amonestación escrita, o multa de hasta cien (100) UIT.

<sup>45</sup> Antibiótico profiláctico adecuado ante la presentación de la RPM.

<p><b>Sub Hecho 5-B</b>        Se realizó el test no estresante. Sin embargo, su indicación no figura registrada en la historia clínica y tampoco se correlaciona con el diagnóstico de supervisión de embarazo normal, el cual se realizó a las 8:30 horas (fs. 479 y fs. 480r).</p> <p><b>Sub Hecho 5-C</b>        No habría registrado de manera completa la Información del partograma (f. 450, 429, f. 429r, f. 428):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No se habría registrado la existencia de laceración</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No se habría registrado la hora de la aplicación de la anestesia epidural.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No se habría registrado el puntaje que conforma el test de apgar, sólo el total, al minuto 2, a los 5 minutos 5 y a los 10 minutos 3.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No se habría registrado la administración de medicamentos y soluciones salinas.</li> </ul> <p><b>Sub Hecho 5-D</b>        Existiría contradicción entre los registros de la obstetra, y el médico tratante, puesto que en el formato anotaciones de Obstetricia se habría registrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10:30 horas, se hospitaliza en centro obstétrico con contracciones cada 8 – 6 minutos, poca intensidad.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnóstico: primigesta 39 2/7 S FLTP – RPM desde 7am hoy. Motivo de ingreso: contracciones y pérdida de líquido. (fs. 451)</li> </ul> <p>Por su parte el médico (Dr. Mongrut Steane) habría registrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 10:40 horas, la paciente ingresa con pérdida de líquido fluido escaso con test de hehecho positivo. No se evidencia dinámica uterina.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnóstico Gestante de 39 semanas ruptura de membranas (alrededor de 4 horas) pródromos de trabajo de parto (fs. 474r).</li> </ul> <p>Adicionalmente, de los citados registros (obstetra y Dr. Mongrut Steane), no se evidenciaría quien dio la orden de</p>	<p><i>clínica (manuscrita o electrónica), debe corresponder a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención del paciente o usuario de salud.</i></p> <p><i>Historia Clínica.- Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud.</i></p> <p>Así como también lo concerniente en el capítulo 5.2. FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA: <i>El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación: 5.2.1. Formatos Básicos 1) Formatos en Consulta Externa. 2) Formatos en Emergencia. 3) Formatos en Hospitalización (...)</i></p>	<p><b>cumplir con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica”.</b></p>	
--	---	--	--

<p>hospitalización, no existe registro del mismo.</p> <p>Asimismo, se advierte que la evaluación del médico tratante (Dr. Mongrut Steane) es posterior a la hospitalización.</p> <p><b>Sub Hecho 5-E</b> No se habría registrado la información en la historia clínica de manera objetiva, puesto que:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En el reporte de parto, se señala que las membranas están completas (fs. 429r); en cambio, en la hoja rotulada como historia clínica se registró rotura de membranas aproximadamente 15 horas antes del parto (fs. 450).</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La obstetra de sala de partos registró que el Dr. Llanos intubó y luego pasa UCI neonatología (fs. 460). En cambio, el Dr. Llanos registró que se colocó a ventilación presión positiva con oxígeno al 100% y que se transfirió a UCI neonatología (fs. 411r).</p> <p><b>Recién Nacido (Usuario), puesto que:</b></p> <p><b>Sub Hecho 5-F</b> El médico tratante habría omitido la constatación de la hora de la referencia de la Clínica Montesur a la Clínica San Felipe el día 12 de diciembre de 2018.</p> <p><b>Sub Hecho 5-G</b> No se constataría la codificación CIE-10 para los diagnósticos de alta en la hoja de referencia de la Clínica Montesur realizada el día 12 de diciembre de 2018.</p> <p><b>Sub Hecho 5-H</b> En las hojas de formato de evolución médica del día 12 de diciembre de 2018, no se constataría información referente al alta médica y/o referencia hacia la Clínica San Felipe (fs. 391, 391reverso y 390).</p> <p><b>Sub Hecho 5-I</b> Hoja de formato de epicrisis incompleta respecto al registro de datos de gran relevancia médico legal, como:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Peso del paciente correspondiente a los días 5, 8 y 10 de diciembre de 2018.</p>			
--	--	--	--

<p> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Temperatura de los días 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 de diciembre de 2018.  <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> No se advertiría las horas de nacido, tampoco comentarios desde el nacimiento, los procedimientos realizados, no se consignan diagnósticos, ni se evidencia firma del médico tratante.         </p> <p> <b>Sub Hecho 5-J</b>            En el certificado nacido vivo se registró que el bebé nació con APGAR 2 al minuto y 5 a los 5 minutos, cuando realmente fue 2 al minuto y 3 a los 5 minutos.         </p>			
---	--	--	--

### **XVIII. FIJACIÓN DEL PUNTO CONTROVERTIDO**

- Determinar si la Denunciada no habría cumplido con las disposiciones vigentes sobre el contenido de las historias clínicas pertenecientes a la Denunciante y al recién nacido en función a lo siguiente:

#### ➤ **EN CUANTO A LA HISTORIA CLÍNICA DE LA DENUNCIANTE**

**Sub Hecho 5-A:** Sobre la omisión de la hora en que se produjo la pérdida de líquido amniótico.

**Sub Hecho 5-B:** Sobre la omisión en el registro del Test no estresante.

**Sub Hecho 5-C:** Sobre la omisión del registro completo del Partograma.

**Sub Hecho 5-D:** Sobre las contradicciones existentes entre los registros de la obstetra y del médico tratante.

**Sub Hecho 5-E:** Sobre el registro inconsistente del Reporte de Partos.

#### ➤ **EN CUANTO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO**

**Sub Hecho 5-F:** Sobre la omisión de la hora de referencia a la IPRESS Clínica San Felipe.

**Sub Hecho 5-G:** Sobre la omisión del registro CIE-10 para los diagnósticos de alta.

**Sub Hecho 5-H:** Sobre la omisión del registro de la alta médica y/o referencia a la IPRESS Clínica San Felipe.

**Sub Hecho 5-I:** Sobre el registro incompleto en la Hoja de Epícrisis.

**Sub Hecho 5-J:** Sobre el registro inconsistente en el certificado de nacido vivo.

### **XIX. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

187. El 29 de diciembre de 2020, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:

- La hora de ruptura figura en diferentes registros, lo cual puede apreciarse de la lectura propia de la historia clínica. La Denunciante, si bien ingresó por emergencias, por su estado clínico, la evaluación correspondió al centro obstétrico y no a la mencionada área.
- El neonato estuvo a cargo del personal de neonatología, cumpliendo con los protocolos médicos vigentes aprobados por el Ministerio de Salud.

188. El 18 de agosto de 2021, la Denunciada presentó sus descargos contra el sub hecho ampliado 5-J, señalando que, éste ya se encuentra comprendido en el hecho originalmente tipificado, por lo que se ratifica en los términos de sus descargos formulados oportunamente.

189. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

**Medios probatorios de cargo**

- a. Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- b. Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- c. Historia Clínica, elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- d. Copia de videos de parto en periodo expulsivo del 4 de diciembre de 2018 (f. 1093).
- f. Oficio N° 0186-2021-DG/INMP, presentado el 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).
- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

**Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane
- b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes

**Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoria Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).
- b. Informe de Auditoria complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

**XX. ANÁLISIS DEL PUNTO CONTROVERTIDO**

190. El punto controvertido que nos avoca en este caso, consiste en determinar si la Denunciada no habría cumplido con las disposiciones vigentes sobre el contenido de las historias clínicas pertenecientes a la Denunciante y al recién nacido, disgregadas en diez (10) Sub Hechos; por lo que, a continuación se procederá a analizar cada uno, de la siguiente manera:

**SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA DENUNCIANTE**

- **Sub Hecho 5-A:**

**Sobre la omisión de la hora en que se produjo la pérdida de líquido amniótico**

191. De la revisión del acervo médico legal perteneciente a la Denunciante, se aprecia que la Denunciada no registró en la atenciones realizadas durante el 03 de diciembre de 2018, (a las 8:30 horas, 8:45 horas, 9:30 horas, 10:30 horas y en el resto del día), la hora de la pérdida de líquido amniótico, por lo cual, este extremo del punto controvertido queda acreditado.

- **Sub Hecho 5-B:**

**Sobre la omisión en el registro del Test no estresante**

192. Al respecto, de la verificación de la historia clínica de la Denunciante, si bien el 3 de diciembre de 2018 a las 9:30 horas, la licenciada P. Bonilla registra que “avisó tanto al Dr. Tamayo como al Dr. Mongrut el resultado del NST y tacto vaginal que solicitó. NST feto activo reactivo FCF 132 por minuto” (fs. 479, reverso), lo cierto es que su indicación no figura en el acervo médico legal y tampoco se correlaciona con el diagnóstico de “supervisión de embarazo normal”, el cual se realizó a las 8:30 horas, es decir, una hora antes (fs. 479 y 480, reverso); por ende, este extremo del punto controvertido queda acreditado.

- **Sub Hecho 5-C:**

**Sobre la omisión del registro completo del Partograma**

193. De la revisión completa de los Partogramas del día 3 de diciembre de 2018, obrantes en los folios 428, 429 y reverso y del 450, no se advierte que la Denunciada haya registrado de forma completa la información sobre la existencia de laceración; la hora de la aplicación de la anestesia epidural; el puntaje disgregado que conforma el test de apgar, sólo el total, al minuto 2, a los 5 minutos 5 y a los 10 minutos 3, ni tampoco la administración de medicamentos y soluciones salinas.
194. En consecuencia, este extremo del punto controvertido ha quedado acreditado.

- **Sub Hecho 5-D:**

**Sobre las contradicciones existentes entre los registros de la obstetra y del médico tratante**

195. Al revisar la historia clínica de la Denunciante, se aprecia de los registros realizados por la obstetra el día 3 de diciembre de 2018 las 10:30 horas (f. 451) la indicación siguiente: “Se hospitaliza en centro obstétrico con contracciones cada 8 – 6 minutos, poca intensidad”, siendo su diagnóstico: “Primigesta 39 2/7 S FLTP – RPM desde 7am hoy, con motivo de ingreso: “contracciones y pérdida de líquido”.
196. De otra parte, se verifica que a las 10:40 horas (f. 474, reverso), el médico, Mongrut Steane, registra lo siguiente: La paciente ingresa con pérdida de líquido fluido escaso con test de hehecho positivo. No se evidencia dinámica uterina, señalando el diagnóstico: Gestante de 39 semanas con ruptura de membranas (alrededor de 4 horas) pródromos de trabajo de parto.
197. Sobre este aspecto, la Denunciada ha señalado que la hora de ruptura figura en diferentes registros, lo cual puede apreciarse de la lectura propia de la historia clínica.

198. Cabe señalar a la Denunciada que, lo que en el presente caso se discute es la contradicción existente entre dos registros en específico, realizados por la obstetra y el médico ginecológico, el día 3 de diciembre de 2018 a las 10:30 y 10:40 horas, respectivamente, por lo que su argumento no guarda relación con lo que se discute, correspondiendo desestimarlos.
199. En función a lo mencionado, de la verificación de los registros en comentario, se verifica que existen contradicciones; adicionalmente, no se evidencia si fue la obstetra o el médico ginecólogo quien dio la orden de hospitalización, ya que no obra en el acervo médico legal, detalle al respecto; aunado a ello, se muestra que la evaluación del médico ginecólogo fue posterior a la hospitalización.
200. En consecuencia, este extremo del punto controvertido ha quedado acreditado.

- **Sub Hecho 5-E:**

**Sobre el registro inconsistente del Reporte de Partos**

201. De la revisión de la historia clínica perteneciente a la Denunciante, se observa que no se realizó un registro claro y preciso, puesto que, en el reporte de parto, se señala que las membranas están completas (f. 429r); mientras que, en la hoja rotulada como historia clínica se registró rotura de membranas aproximadamente 15 horas antes del parto (fs. 450).
202. Además, se advierte que la obstetra de sala de partos registró que el Dr. Llanos intubó y luego pasa UCI neonatología (fs. 460). En cambio, el Dr. Llanos registró que se colocó a ventilación presión positiva con oxígeno al 100% y que se transfirió a UCI neonatología (f. 411, reverso).
203. Por lo mencionado, se ha cumplido con acreditarse este extremo del punto controvertido.

**SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO**

- **Sub Hecho 5-F:**

**Sobre la omisión de la hora de referencia a la IPRESS Clínica San Felipe**

204. De la revisión de la Hoja de referencia elaborada por la Denunciada, obrante en el folio 377, reverso del expediente administrativo, se aprecia que ésta omitió consignar la hora de referencia a la IPRESS Clínica San Felipe, realizada el día 12 de diciembre de 2018, como se muestra a continuación:

**(VER IMAGEN EN LA PÁGINA SIGUIENTE)**



HOJA DE REFERENCIA CLÍNICA MONTESUR

I DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO: LIRA		APELLIDO MATERNO HOCHMAN		NOMBRES JOSE	
HISTORIA CLÍNICA 90281	EDAD 8 años	SEXO M	CIA. DE SEGUROS	FECHA (Administrativa y Médica) 12. DIC. 2018	

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO DE LA REFERENCIA CLÍNICA: SAN FELIPE

II RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

**ANAMNESIS**  
Ent nace de parto vaginal, con un esp. fetal. 10 / 100  
completo (1 hora 20 minutos), nace llorando, buen  
luteo, por pulso regular y por latido cardíaco.  
Se inicia V.P.P. con O<sub>2</sub> al 100% y pulso cardíaco, reanunciando la  
vida a los 45 minutos. Pondera: 2.8 kg, 35 cm, 3.5 V, 10 V, 10 V, 10 V.

**EXAMEN FÍSICO**  
T° 38°C PA 60 FR 54 FC 150 SATO<sub>2</sub> 90% CO oxígeno a v.m.  
apacato en exceso respuesta a estímulo, es supuroso  
Pupila 3mm escasa reactividad, hiperreflexia, hipertonia de M.  
y Mm. Ausencia de reflejo palpebral, plantar, pupal y moro.  
No reflejo oculo vestibular, no reflejo cremaster.

205. En ese contexto, se ha cumplido con acreditarse este extremo del punto controvertido.

• **Sub Hecho 5-G:**

**Sobre la omisión del registro CIE-10 para los diagnósticos de alta**

206. De la revisión de la Hoja de referencia elaborada por la Denunciada, obrante en el folio 377, reverso del expediente administrativo, se verifica que ésta no consignó la codificación CIE-10 para los diagnósticos de alta en el día 12 de diciembre de 2018, como se muestra en la imagen adjunta:

DIAGNÓSTICO	ASFIXIA SEVERA - E.H.I.	CIE 10:
	Síndrome convulsivo	CIE 10:
	Síndrome de Rensch - Probable Sepsis	CIE 10:

207. En consecuencia, se ha cumplido con acreditarse este extremo del punto controvertido.

• **Sub Hecho 5-H:**

**Sobre la omisión del registro de la alta médica y/o referencia a la IPRESS Clínica San Felipe**

208. De la revisión de las hojas de los formatos de evolución médica del día 12 de diciembre de 2018 (fs. 390, 391 y reverso), no se advierte que la Denunciada haya registrado la información sobre el alta médica y/o referencia hacia la IPRESS Clínica San Felipe; razón por la cual, se ha cumplido con acreditarse este extremo del punto controvertido.

• **Sub Hecho 5-I:**

**Sobre el registro incompleto en la Hoja de Epicrisis**

209. Al respecto, de la verificación de la Hoja de Formato de Epicrisis (f. 434), se advierte que la Denunciada no realizó un registro completo, al no haber consignado información concerniente al estado del usuario, como tal: su peso en los días 5, 8 y 10 de diciembre de 2018; su temperatura en los días 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 de diciembre de 2018; la hora de nacimiento; comentarios sobre los procedimientos realizados, ni tampoco los diagnósticos; adicionalmente, no se evidencia la firma del médico tratante; por lo cual, este extremo del punto controvertido queda acreditado.

• **Sub Hecho 5-J:**

**Sobre el registro inconsistente en el certificado de nacido vivo**

210. De la revisión del Certificado nacido vivo (f. 417), suscrito por médico tratante, Erle Mongrut Steane, se advierte que éste registra que el usuario nació con APGAR 2 al minuto y 5 a los 5 minutos, conforme se muestra a continuación:

INFORME ESTADÍSTICO DEL NACIDO VIVO			
<small>PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</small>			
<b>4. DATOS DEL PARTO</b>			
4.1 Atendió el Parto:	MÉDICO GINECO-OBSTETRA	4.2 Tipo Parto:	UNICO
		4.3 Condición Parto:	ESPONTANEO
4.4 Tipo Seguro/Financiador:	PRIVADOS	4.5 Duración embarazo:	39 SEMANAS
<b>5. DATOS ADICIONALES DE LA MADRE</b>			
5.1 Fecha/Lugar nacimiento:	25/09/1985 - AMERICA / PERU / LIMA / LIMA / MIRAFLORES		
5.2 Nivel de Instrucción:	SUPERIOR UNIV. COMP.	5.3 Situación conyugal:	SOLTERO
5.4 Ocupación:	ADMINISTRADORES, OTROS		
5.5 Embarazos e hijos:			
N° Hijos actualmente vivos (incluido el recién nacido)	N° Hijos nacidos vivos que fallecieron	N° Abortos y nacidos muertos	N° Total embarazos
1	0	0	1
5.6 Fecha Nacimiento hijo anterior nacido vivo:	---		
<b>6. DATOS DEL NACIDO VIVO</b>			
6.1 Sexo:	MASCULINO	6.2 Fecha nacimiento:	04/12/2018
6.4 Peso:	3220 g	6.5 Talla:	50 cm
6.7 Lugar de nacimiento:	ESTABLECIMIENTO DE SALUD - PROYECTOS MEDICOS S.A. - AV. EL POLO NRO. 505 URB. EL DERBY, MONTEERRICO - AMERICA / PERU / LIMA / LIMA / SANTIAGO DE SURCO		
		6.3 Hora:	02:00:00
		6.6 APGAR:	2, 5



1002421020

Dr. Erle Mongrut Steane  
Gineco Obstetra  
CME 19023 - RNE 13822  
Sello y firma del profesional

Impresión Dactilar del profesional



211. Sin embargo, en los registros contenidos en la historia clínica y demás documentación adjunta como el informe médico y hoja de referencia emitidos por la propia Denunciada, se registró que el usuario nació con un APGAR de 2 al minuto, 3 a los 5 minutos, como se demuestra en las imágenes siguientes:

**(VER IMAGEN EN LA PÁGINA SIGUIENTE)**

Folio 412:

**INFORME MEDICO**



**Nombre:** Lira Hochman, José

**Fecha de Nacimiento:** 04 de Diciembre del 2018    02:00 hrs    **Sexo:** Masculino

**Peso:** 3.220 Kg    **Talla:** 50 cm

**Padre:** Lira Alegría, José José

**Madre:** Hochman Giurfa, Gitla

José es un paciente que nace de parto vaginal con un expulsivo prolongado ( 1 hora y 20 min. ) nace flácido, marmóreo sin esfuerzo respiratorio y sin latidos cardiacos se inicia VPP con O2 al 100% y masaje cardiaco recuperando latidos a los 45 seg. **Apgar : 2(min) – 3(5min) – 3(10min)** es trasladado a UCIN y se conecta a Ventilación Mecánica , AGA con acidosis metabólica ; presento crisis por lo que recibió FNB .

Folio 377, reverso:

HOJA DE REFERENCIA CLINICA MONTESUR

DATOS DEL PACIENTE				
APELLIDO PATERNO: LIRA		APELLIDO MATERNO HOCHMAN		NOMBRES JOSE
HISTORIA CLINICA	EDAD 8 d	SEXO M	CIA. DE SEGUROS	FECHA (dd/mm/aa) y HORA 12. DIC. 2018

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO DE LA REFERENCIA CLINICO - SDR FELIPE

**I RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

**ANAMNESIS**  
ANT nace de parto vaginal, con un expulsivo prolongado ( hasta 20 minutos ), nace flácido, marmóreo, sin esfuerzo respiratorio y sin latidos cardiacos. Se inicia VPP con O2 al 100% y masaje cardiaco recuperando latidos a los 45 segundos. **Apgar: 2 (1m) 3 (5m) 3 (10m)**

**EXAMEN FISICO**  
T: 38°C PA: 60 FR: 54 FC: 150 SATO2: 70% CO oxim. a v.m.: 70%  
Pupila: 3mm escudo reactividad hiperreflexia, hipertonia de M.N.  
Y. Normal, ausencia de reflejos patológicos, flexión, pueron, plenos.  
No se reflejo oculo vestibular, reflejo Corneal presente

**DIAGNÓSTICO**  
- ASFIXIA SEVERA - EIT.  
CIE 10:  
- Síndrome convulsivo  
CIE 10:  
- Escar. fiebre renal - Probable Sepsis  
CIE 10:  
**TRATAMIENTO**  
- Ventilación mecánica  
- anticonvulsivos  
- antibióticos tempranos  
- transfusión masiva  
- P.O. paracetamol

**MOTIVO DE REFERENCIA**  
- a solicitud de los padres

212. En ese sentido, se concluye que la Denunciada no ha realizado un registro correcto sobre el APGAR del recién nacido, contenido en la historia clínica.
213. Por todo lo señalado precedentemente, se evidencia que la Denunciada incumplió con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica, vulnerando así lo previsto en la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada por Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, la cual establece que

todos los establecimientos de salud, como el caso de la IPRESS denunciada deben registrar todos los datos relacionados con la atención de los pacientes, de manera clara, ordenada, integrada, secuencial e inmediata y, que además, dicha información debe corresponder a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención de éstos, aspectos que notablemente la IPRESS denunciada no ha tomado en cuenta en este caso.

214. En consecuencia, a la luz de los hechos señalados y de la evaluación de las historias clínicas, contrastada con la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, acorde al caso, se determina que la conducta de la Denunciada se encuentra inmersa en el tipo infractor establecido en el RIS de SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Leves, Numeral 5: **“No cumplir con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica”**, correspondiendo la aplicación de la sanción respectiva.

#### **XXI. DETERMINACIÓN DE LA SANCIÓN ADMINISTRATIVA**

215. Acreditada la infracción del Hecho Imputado N° 5, de acuerdo a los argumentos antes expuestos, conforme lo regulado en la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificada por la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, se procede a determinar la sanción correspondiente, aplicando la metodología de cálculo aprobada y que se desarrolla a continuación:

N°	CRITERIOS GENERALES	MOTIVACIÓN	PONDERACIÓN	
1.	Daño real de la infracción. <b>(DRP)</b>	Se acredita la existencia de un daño real, pues con el incumplimiento de la norma técnica sobre el contenido de las historias clínicas, se afectó el desarrollo de las atenciones de salud tanto de la Denunciante, como la de su menor hijo de iniciales J.L.H., ya que en cuanto a la HC de la primera, no se consignó la hora en que se produjo la pérdida de líquido amniótico; no se registró la indicación del Test no estresante; no se registró de forma completa el Partograma; existieron contradicciones entre los registros de la obstetra y del médico tratante; e, inconsistencia en el registro del Reporte de Partos. En lo que respecta a la HC del neonato: no se consignó la hora ni el CIE-10 para los diagnósticos de alta en la Hoja de referencia a la IPRESS Clínica San Felipe; no se registró el alta médica y/o referencia a la IPRESS Clínica San Felipe; no se registró de forma completa la Hoja de Epícrisis; y, por la inconsistencia en el registro del certificado de nacido vivo, cuyos aspectos eran de suma importancia, pues de haberlo hecho se hubiera propiciado un adecuado seguimiento en el estado de salud de los afectados y también un intercambio de información entre el equipo de profesionales de salud a cargo de éstos.	Existe	6
2.	El perjuicio económico causado. <b>(PE)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte perjuicio económico.	No Existe	0
3.	Beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción. <b>(BI)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte beneficio ilícito alguno.	No Existe	0
4.	Intencionalidad en la conducta del infractor. <b>(IN)</b>	No se advierte que el incumplimiento a las disposiciones sobre el contenido de las historias clínicas pertenecientes a la Denunciante y recién	No Existe	0

		nacido se hayan realizado de manera voluntaria y consciente <sup>46</sup> .		
5.	Repetición (reincidencia) y/o continuidad en la comisión de la infracción. (RI)	No se advierte reincidencia y/o continuidad de la infracción por parte de la Denunciada.	No Existe	0

N°	CRITERIO GENERAL	MOTIVACIÓN	Variable
1.	Probabilidad de detección de la infracción. (PD)	Conforme a la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, Artículo 9°, la variable es la establecida para las infracciones detectadas por supervisión, vigilancia, queja, intervención de oficio o denuncia.	0.85

**Aplicación de la fórmula establecida en la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S (Ponderación de la Multa, Artículo 9°)**

$$RCG = \frac{(BI+DP+IN+PE+RI)}{PD}$$

BI+DP+IN+PE+RI	6.00
PD	0.85
<b>RCG</b>	<b>7.06</b>
<b>UIT</b>	<b>13</b>

216. Realizada la fórmula de cálculo, al Resultado de aplicación de los Criterios Generales (RCG), se alcanza un valor de 7.06, el cual, conforme a la Resolución de Superintendencia antes señalada, Anexo: Multa Aplicable en Unidades Impositivas Tributarias para Infracciones Leves, corresponde imponer la sanción administrativa de **multa ascendente a 13 UIT**, conforme lo dispuesto en el inciso a) del artículo 20° del RIS de SUSALUD.

**XXII. DE LOS LÍMITES AL MONTO DE LA MULTA**

217. En el presente caso, se debe tener en consideración lo establecido en el artículo 10° de la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificado por Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, mediante la cual se aprueba la Metodología de Cálculo de Sanciones Aplicables, estableciéndose que, cuando el Tope Máximo de Multa establecida para las infracciones leves (100 UIT) sea mayor que el parámetro aplicable a la IPRESS según los porcentajes establecidos en la Tabla de Ajuste, debe utilizarse la siguiente fórmula:

$$VFA = \frac{(RAT)(PA)}{TM}$$

<sup>46</sup> ACUERDO 008-2020 – Precedente de Observancia Obligatoria del Tribunal de SUSALUD, sobre la aplicación del criterio de intencionalidad en los procedimientos sancionadores de SUSALUD (publicado en el Diario Oficial el Peruano el 17 de julio de 2020), el cual establece:

1. El criterio de intencionalidad se encuentra supeditado a la existencia de la voluntad del infractor (dolo), que busca o tiene el propósito de cometer la infracción verificada por comisión u omisión, esto es, la finalidad de alcanzar un objetivo determinado (infringir el marco normativo), independientemente del daño generado por su actuación.  
(...)

3. El criterio de intencionalidad como factor de graduación de la sanción resulta aplicable únicamente cuando se advierte la existencia de una certeza respecto a la actuación u omisión realizada de manera voluntaria y consciente y que conlleva la comisión de una conducta infractora por parte de la persona natural o por quien actúa en representación de la persona jurídica a cargo de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS

218. Sobre el particular, la Denunciada ha presentado su Declaración de Pago Anual de Impuesto a la Renta, en la cual se advierte que el monto asciende a 16,945 413 (Dieciséis millones, novecientos cuarenta y cinco mil con cuatrocientos trece soles), por lo que al aplicar la fórmula establecida arroja el siguiente resultado:

Límites al Monto de la Multa	
TOTAL INGRESOS BRUTOS/BIENES Y SERVICIOS	S/. 16,945,413.00
Ingresos Brutos/Bienes y Servicios Mes Tipo S/.	S/. 1,412,117.75
Parámetro	10%
PARAMETRO APLICABLE (PA) S/.	S/. 141,211.78
PA EN UIT	32.09

<b>VFA EN UIT</b>	<b>4.17</b>
-------------------	-------------

219. En tal sentido, la multa a imponer por el Hecho imputado N° 5 asciende a 4.17 (cuatro con 17/100) UIT.

➤ **HECHO IMPUTADO N° 6**

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
6	<p>La Denunciada no habría cumplido con su deber de idoneidad en la prestación de salud del <b>recién nacido</b> puesto que:</p> <p><b>Sub Hecho 6-A</b> No se le habría brindado un tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxica, dentro de las 6 horas de nacido (fs.389 y 390), tal como lo señala la literatura médica y guía médica<sup>47</sup>.</p> <p><b>Sub Hecho 6-B</b> No se le habría brindado soporte de oxígeno post retiro de ventilación mecánica, a pesar de encontrarse con patrón respiratorio irregular, con retracciones intercostales y subcostal, tampoco se habría</p>	<p>Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 2°.</p> <p>Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud, artículo 15.1, literal e).</p> <p>Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 10°.</p>	<p>Infracción tipificada en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; artículos 18°, 19° y 67° y 68.1</p>	<p>Con amonestación y multas de hasta cuatrocientos cincuenta (450) Unidades Impositivas Tributarias (UIT).</p>

<sup>47</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal-Maternidad de Lima. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Volumen 6, Número 2, Diciembre 2017. Hipotermia terapéutica en el tratamiento de Encefalopatía Hipóxica Isquémica en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Visto en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/8/8>

Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipoxico-Isquémica en el Recién

Nacido, México: Secretaría de Salud, 2010. Disponible en : [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/371-10\\_Encefalopatxahipoxico-isquxmica/IMSS-371-10 GER Encefalopatxa Hipxxico Isquxmica.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/371-10_Encefalopatxahipoxico-isquxmica/IMSS-371-10 GER Encefalopatxa Hipxxico Isquxmica.pdf)

<p>realizado la indicación de ventilador mecánico<sup>48</sup>.</p> <p><b>Sub Hecho 6-C</b>        No se le habría realizado ventilación a presión positiva y masaje cardiaco, a pesar de presentar una frecuencia cardiaca menor a 100 latidos por minuto, conforme lo señala en las guías de práctica clínica<sup>49</sup>.</p> <p><b>Sub Hecho 6-D</b>        En evolución médica del 10 de diciembre de 2018 (fs. 395 reverso) se menciona que se encuentra con ventilación mecánica y en la evolución del 12 de diciembre de 2018 (f. 393r), se registró recién nacido en incubadora cerrado ventilando espontáneamente. Además, en las indicaciones terapéutica (f. 386r) no se evidencia indicación de oxigenoterapia, conforme lo establece la literatura médica<sup>50</sup>.</p>			
--	--	--	--

### **XXIII. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

- Determinar si la Denunciada no habría cumplido con su deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud del usuario, en los siguientes aspectos:

**Sub Hecho 6-A:** Por no haber brindado tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxica dentro de las seis (6) horas de nacido.

**Sub Hecho 6-B:** Por no haber brindado soporte de oxígeno post retiro de ventilación mecánica y tampoco se habría realizado la indicación de ventilador mecánico.

**Sub Hecho 6-C:** Por no haber realizado ventilación a presión positiva y masaje cardiaco

**Sub Hecho 6-D:** Por no haber dado la indicación de oxinoterapia.

### **XXIV. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

220. El 29 de diciembre de 2020, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:

- **Con relación al Sub Hecho 6-A**, realizó una evaluación por neurología pediátrica en relación a la hipotermia, a fin de evitar la hipertermia del neonato.

<sup>48</sup> GPC Diagnóstico y tratamiento de asfixia neonatal. Ver en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_632\\_13\\_ASFIXIANEONATAL/632GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_632_13_ASFIXIANEONATAL/632GRR.pdf)

<sup>49</sup> GPC Diagnóstico y tratamiento de asfixia neonatal. Ver en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_632\\_13\\_ASFIXIANEONATAL/632GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_632_13_ASFIXIANEONATAL/632GRR.pdf) y/o en <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-632-13/ER.pdf>

<sup>50</sup> Paredes Luna. Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. Ver en: <https://www.analesdepediatria.org/es-fundamentos-oxigenoterapia-situaciones-agudas-cronicas-articulo-S1695403309003294>

- **Con relación al Sub Hecho 6-B**, la hoja del monitoreo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) advierte que, desde su extubación (10 de diciembre de 2018), la evolución del neonato con saturación de oxígeno, tiraje y retracción leve se mantuvo hasta el 11 de diciembre de 2018, fecha en que se coloca CBN (cánula binasal) porque la medición de saturación disminuía.
- **Con relación al Sub Hecho 6-C**, el Test de APGAR mostró que, su frecuencia cardiaca era mayor a 100 latidos por minuto, es decir, con pulso normal. El neonato recibió ventilación a presión positiva, como se ve en el video alcanzado, con AMBU y mascarilla y, posteriormente VPP con tubo endotraqueal en la sala de partos.
- **Con relación al Sub Hecho 6-D**, cuando se consignó “ventilando espontáneamente” se refería a que el paciente estaba respirando sin ayuda de ventilación mecánica.

221. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

**Medios probatorios de cargo**

- a. Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- b. Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- c. Historia Clínica, elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- d. Copia de videos de parto en periodo expulsivo del 4 de diciembre de 2018 (f. 1093).
- f. Oficio N° 0186-2021-DG/INMP, presentado el 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).
- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

**Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane
- b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes

**Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoría Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).
- b. Informe de Auditoría complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

**XXV. ANÁLISIS DEL PUNTO CONTROVERTIDO**

Punto Controvertido: Determinar si la Denunciada no habría cumplido con su deber de idoneidad en la prestación de servicio de salud del usuario, en los siguientes aspectos:

- **Sub Hecho 6-A**

**Por no haber brindado tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxica dentro de las seis (6) horas de nacido.**

222. De acuerdo a la revisión de la historia clínica perteneciente al Usuario, se verifica que la Denunciada no brindó un tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxica, dentro de las 6 horas de nacido (fs. 389 y 390), tal como lo señala la literatura médica<sup>51</sup>: “La hipotermia moderada sostenida (terapéutica), cuando es iniciada en las primeras 6 horas de vida, reduce la prevalencia de muerte-discapacidad asociada a la EHI moderada-grave y aumenta el número de niños que sobreviven con función neurológica normal. La hipotermia terapéutica se asocia con una mejoría estadísticamente significativa en la supervivencia con función neurológica normal y una reducción en: Discapacidad mayor, discapacidad del desarrollo neurológico, incluida parálisis cerebral, retraso en el desarrollo, ceguera, riesgo de muerte a los 18 meses. El número de pacientes con EHI que precisan ser tratados para prevenir un caso de muerte o discapacidad está en un rango de 6 a 9 pacientes”.
223. Así como también lo establece la Guía de Práctica Clínica de sobre Encefalopatía Hipoxico- Isquemica Perinatal en el Recién Nacido<sup>52</sup>: “Se recomienda el empleo de hipotermia en RN de edad gestacional mayor o igual a 35 semanas con EHI perinatal tanto moderada como grave para reducir el riesgo de muerte o discapacidad grave en el neurodesarrollo a los 18-24 meses”.
224. La Denunciada ha sostenido por medio de su descargo que, realizó una evaluación por neurología pediátrica en relación a la hipotermia, a fin de evitar la hipertermia del neonato.
225. Al respecto, si bien la Denunciada reconoce que el usuario fue evaluado por neurología pediátrica, lo cierto es que no le brindaron el tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxica, dentro de las 6 horas de haber nacido, conforme a lo estipulado en las guías médicas, correspondiendo desestimar sus argumentos en este extremo.
226. Cabe precisar que la Denunciada no precisa si dentro de su evaluación por neurología pediátrica consideró o evaluó el tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxica y, de ser el caso, los motivos que conllevaron a no efectuarlo.
227. Por lo mencionado, se ha cumplido con acreditarse este extremo del punto controvertido.

• **Sub Hecho 6-B**

**Por no haber brindado soporte de oxígeno post retiro de ventilación mecánica y tampoco se habría realizado la indicación de ventilador mecánico.**

228. En el presente caso, de acuerdo con lo sostenido por la Denunciada, en la hoja del monitoreo de la UCIN, se advierte que, desde la extubación, esto es, el 10 de diciembre de 2018, la evolución del neonato: con saturación de oxígeno, tiraje y retracción leve, se mantuvo hasta el 11 de diciembre de 2018, fecha en que se coloca una Cánula Binasal (la misma que es utilizada en pacientes que requieren un suministro de oxígeno), dado que la medición de saturación disminuía.

<sup>51</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal-Maternidad de Lima. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Volumen 6, Número 2, Diciembre 2017. Hipotermia terapéutica en el tratamiento de Encefalopatía Hipóxica Isquémica en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Ver en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/8/8>

<sup>52</sup> Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipoxico-Isquemica en el Recién Nacido, México: Secretaria de Salud, 2010. Ver en : [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/371-10\\_Encefalopatxahipoxico-isquxmica/IMSS-371-10\\_GER\\_Encefalopatxa\\_Hipxxico\\_Isquxmica.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/371-10_Encefalopatxahipoxico-isquxmica/IMSS-371-10_GER_Encefalopatxa_Hipxxico_Isquxmica.pdf)

229. En tal sentido, si bien no se advierte la indicación de ventilador mecánico, se verifica que se brindó un soporte de oxígeno post retiro de ventilación mecánica, argumento que también ha sido señalado en el Informe médico externo solicitado, motivo por el cual, al no acreditarse una vulneración a las prestaciones de salud brindadas a la Denunciante, corresponde **ABSOLVERLA** en este extremo.

- **Sub Hecho 6-C**

**Por no haber realizado ventilación a presión positiva y masaje cardiaco**

230. La Denunciada por medio de su descargo ha sostenido que, el Test de APGAR mostró que la frecuencia cardiaca del neonato era mayor a 100 latidos por minuto; es decir, con pulso normal. El neonato recibió ventilación a presión positiva, como se ve en el video alcanzado, con AMBU (Unidad de ventilación manual) y mascarilla y, posteriormente, VPP (Ventilación con presión positiva) con tubo endotraqueal en la sala de partos.

231. Al respecto, lo que sostiene la Denunciada, ***no se refleja en la historia clínica del neonato; por el contrario, se advierte que no realizó la ventilación a presión positiva y masaje cardiaco, a pesar que el menor presentaba una frecuencia cardiaca menor a 100 latidos por minuto***, tal como lo señala la GPC de asfixia neonatal.

232. A mayor abundamiento, de la visualización del video presentado por la Denunciante no se logra apreciar que la IPRESS denunciada haya brindado VPP al neonato; por lo que, corresponde desestimar sus argumentos en este extremo.

233. En tal sentido, este extremo del punto controvertido ha sido acreditada no siendo desvirtuada por la Denunciada.

- **Sub Hecho 6-D**

**Por no haber dado la indicación de oxigenoterapia.**

234. De la revisión de la evolución médica del 10 de diciembre de 2018 (fs. 395 reverso) se menciona que el neonato se encuentra con ventilación mecánica y en la evolución del 12 de diciembre de 2018 (f. 393, reverso), se registra que está en incubadora cerrado ventilando espontáneamente. Además, en las indicaciones terapéutica (f. 386, reverso) no se evidencia indicación de oxigenoterapia, conforme lo establece la literatura médica<sup>53</sup>.

235. La Denunciada, por medio de su descargo ha señalado que cuando se consignó “*ventilando espontáneamente*” se refería a que el paciente estaba respirando sin ayuda de ventilación mecánica.

236. Al respecto, cabe mencionar a la Denunciada que cuando se sale de ventilación mecánica, hay la posibilidad de que durante la ventilación espontánea se requiera de oxígeno; por tanto, debió indicar la oxinoterapia ante cualquier posible evento no deseado; razón por la cual, corresponde desestimar sus argumentos en este extremo, cumpliéndose así este extremo del punto controvertido que nos avoca.

237. De acuerdo a lo mencionado hasta este punto, se determina que en el presente caso, la Denunciada vulneró el deber de idoneidad contemplado en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; artículos 18°, 19° y 67° y 68.1, al demostrarse el

---

<sup>53</sup> Paredes Luna. Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. Ver en: <https://www.analesdepediatria.org/es-fundamentos-oxigenoterapia-situaciones-agudas-cronicas-articulo-S1695403309003294>

En la Guía antes detallada se señala lo siguiente: “La oxigenoterapia en situaciones agudas debe finalizar cuando se alcanza una pO<sub>2</sub> de 60mmHg equivalente a una SatO<sub>2</sub> del 90%. En pacientes sin hipoxemia, pero con riesgo de hipoxia tisular, el tratamiento debe finalizar cuando el equilibrio acidobásico y la situación clínica del paciente indiquen la desaparición de este riesgo.”

incumplimiento sobre los **Sub Hechos 6-A, 6-C y 6-D** desarrollados previamente, pues como se sabe, en el caso de los servicios de atención médica, un consumidor tiene la expectativa que los profesionales de salud adopten todas las medidas de prevención que razonablemente resulten necesarias de acuerdo con el estado de la técnica, actuando durante el acto médico de manera idónea y diligente, conforme a sus capacidades debidamente acreditadas.

238. Sin embargo, la Denunciada no cumplió con ello, colisionando lo establecido en el artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que señala que: “Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda”.
239. Así como también lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que señala que: “Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales”.
240. Además, lo dispuesto en el literal e), del artículo 15.1 de la Ley 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Pacientes de los Servicios de Salud, que prevé que toda persona tiene derecho a: “Obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa”.
241. Asimismo, con lo señalado en el artículo 10° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que establece que: “Toda persona tiene derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud de la persona usuaria (...)”.
242. En consecuencia, a la luz de los hechos señalados y de la evaluación de la historia clínica perteneciente al Usuario, contrastada con la literatura médica, normas técnicas y GPC acorde al caso, se determina que la conducta de la Denunciada se encuentra inmersa en el tipo infractor establecido en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; artículos 18°, 19° y 67° y 68.1, correspondiendo la aplicación de la sanción respectiva.

## **XXVI. DETERMINACIÓN DE LA SANCIÓN ADMINISTRATIVA**

243. El Decreto Supremo N° 026-2015-SA, que aprueba el Reglamento del Procedimiento de Transferencias de Funciones del INDECOPI a SUSALUD, Anexo, artículo 10°, indica lo siguiente:

*“Artículo 10°. - Aplicación del Código de Protección y Defensa del Consumidor  
(...)”*

*Para todos los casos, el régimen de sanciones, criterios de aplicación, graduación de las sanciones y demás disposiciones procedimentales, son las establecidas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD, conforme lo dispuesto en el artículo 11° del Decreto Legislativo N° 1158.”*

244. No obstante, es preciso indicar que el RIS de SUSALUD, así como la Resolución de Superintendencia N° 099-2014/SUSALUD, que aprueba la Metodología de Cálculo de

Sanciones, no regulan los criterios para la imposición de multas en el caso de infracciones al Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571.

245. En efecto, la Metodología de Cálculo de Sanciones en su Artículo 5° señala:

*“Artículo 5°.- Rango de Sanciones  
 Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, de acuerdo a la gravedad de la infracción cometida **según la tipificación prevista en el RIS SUSALUD**, se aplicará el siguiente rango de sanciones: (...)”.*

(Énfasis agregado)

246. En ese sentido, dado que la presente imputación no se encuentra recogida en el RIS de SUSALUD, sino en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, el cual es una Ley, aplicar la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S y/o el RIS de SUSALUD por encima de ésta, sería ir en contra del Principio de Legalidad, establecido en el T.U.O. de la Ley N° 27444<sup>54</sup>.

247. En esa línea de razonamiento, se observa que no cualquier colaboración reglamentaria se encuentra permitida por la norma, pues solo se admite aquella que se encuentra alineada con lo previsto en la ley y no sobrepasen los límites naturales que le son permitidos<sup>55</sup>.

248. Acreditada la infracción, por los argumentos antes expuestos; de conformidad con el Principio de Razonabilidad, las sanciones a ser aplicadas deben ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, debiéndose prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. En consecuencia, se procede a determinar la sanción administrativa:

N°	CRITERIOS GENERALES	MOTIVACIÓN
1.	Beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción. <b>(BI)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte beneficio ilícito alguno.
2.	La probabilidad de detección de la infracción	La probabilidad de detección de la infracción es baja, puesto que ha sido necesaria la presentación de la denuncia, así como la intervención de SUSALUD a fin de solicitar información y realizar la investigación y análisis del presente caso, aparte de que ha sido necesaria la presentación de medios probatorios de parte, no evidenciados por parte de la denunciada, los cuales han servido de sustento para desvirtuar los argumentos planteados por la denunciada.
3.	Daño resultante y/o potencial de la infracción <b>(DRP)</b>	Comprobada la infracción, por los fundamentos señalados, se evidencia la existencia de un daño resultante muy grave, toda vez que la Denunciada vulneró el deber de idoneidad en las prestaciones de salud brindadas a la Denunciante, al demostrarse que: (i) No le brindó el tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxica dentro de las seis (6) horas de nacido;

<sup>54</sup> **Artículo IV. Principios del procedimiento Administrativo**

**1.2. Principio de legalidad.**- Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas.

<sup>55</sup> **GALLARDO CASTILLO, María Jesús.** Ob. cit., p. 45. Para la citada autora: «la colaboración reglamentaria no debe pasar de ser eso, de mera colaboración, de un completo auxiliar de la Ley, absteniéndose, en consecuencia, de establecer lo que le está materialmente vedado y limitarse a introducir las especificaciones que faciliten la identificación de la conducta que se califica en la Ley como infracción administrativa, así como la determinación de la sanción que a ella corresponda, pero sin crear nuevas infracciones, alterar su naturaleza ni extender el perímetro del ilícito administrativo».

		(ii) No le realizó la ventilación a presión positiva y masaje cardiaco; y, (iii) No dio la indicación de oxigenoterapia, Todo ello habría coadyuvado en las consecuencias en el estado de salud del recién nacido, incluido el compromiso encefálico que presentó <sup>56</sup> .
4.	Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado	Por el tipo de infracción, no se advierte efectos generados en el mercado.
5.	La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores	En el presente caso, del desarrollo del hecho imputado se advierte que el grado de afectación a la salud de la paciente es muy grave. Se debe considerar que un servicio médico idóneo, implica no solo un diagnóstico correcto sino tomar las medidas preventivas correspondientes a efectos de evitar el agravamiento o complicación de la salud del paciente. En tal sentido, la naturaleza de la falta, esto es, haber colocado al paciente en una situación riesgosa que lo expuso a una complicación que pusiera en grave riesgo su salud, conllevan a que la se imponga una multa que refleje la naturaleza del bien jurídico puesto en riesgo, esto es, la salud del recién nacido.
4.	Intencionalidad en la conducta del infractor. <b>(IN)</b>	En el presente caso, si bien se acredita un daño, lo cierto es que no se puede atribuir como uno revestido de intencionalidad, máxime cuando no obra medio probatorio que acredite tal condición <sup>57</sup> .
5.	Repetición (reincidencia) y/o continuidad en la comisión de la infracción. <b>(RI)</b>	No se advierte reincidencia y/o continuidad de la infracción por parte de la Denunciada.

249. En tal sentido, habiéndose acreditado que la Denunciada ha vulnerado el deber de idoneidad, al demostrarse su incumplimiento en los **Sub Hechos 6-A, 6-C y 6-D**, desarrollados a detalle precedentemente, así como la gravedad que los mismos revisten, corresponde imponer a la Denunciada una multa ascendente a **90 (noventa) UIT**.

➤ **HECHO IMPUTADO N° 7**

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
7	La Denunciada, no habría cumplido con solicitar a la Denunciante el consentimiento informado para:	Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas Usuarías de los servicios de salud,	Infracción tipificada en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia	Con Amonestación escrita, o multa de hasta cien (100) UIT.

<sup>56</sup> De acuerdo al artículo "Hiperoxia por dos horas produce daño morfológico cerebral luego de asfixia neonatal experimental" (Vol.74 N° 4, Lima oct./dic. 2013): *La asfixia neonatal continúa siendo uno de los más importantes problemas en neonatología y la encefalopatía hipóxico-isquémica resultante constituye una de las causas más prevalentes de secuela neurológica en niños.* Visto en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832013000400002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000400002).

<sup>57</sup> ACUERDO 008-2020 – Precedente de Observancia Obligatoria del Tribunal de SUSALUD, sobre la aplicación del criterio de intencionalidad en los procedimientos sancionadores de SUSALUD, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 17 de julio de 2020, el cual establece:  
 1. El criterio de intencionalidad se encuentra supeditado a la existencia de la voluntad del infractor (dolo), que busca o tiene el propósito de cometer la infracción verificada por comisión u omisión, esto es, la finalidad de alcanzar un objetivo determinado (infringir el marco normativo), independientemente del daño generado por su actuación.  
 (...)
 3. El criterio de intencionalidad como factor de graduación de la sanción resulta aplicable únicamente cuando se advierte la existencia de una certeza respecto a la actuación u omisión realizada de manera voluntaria y consciente y que conlleva la comisión de una conducta infractora por parte de la persona natural o por quien actúa en representación de la persona jurídica a cargo de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.

	<p><b>Sub Hecho 7-A</b> El procedimiento de analgesia, de conformidad a lo establecido en la normativa vigente.</p> <p><b>Sub Hecho 7-B</b> El procedimiento de atención de parto, de conformidad a lo establecido en la normativa vigente.</p>	<p>aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 24°.</p> <p>NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA.</p> <p>Numeral V. Disposiciones Específicas, 5.2 Formatos de la Historia Clínica, 5.2.2 Formatos Especiales, 16) Formato Consentimiento Informado.</p> <p>GPC Analgesia durante el Parto, que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2018, del INMP, aprobado con Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA.</p> <p>GPC Parto Vertical que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2018, del INMP, aprobado con Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA.</p> <p>Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”, aprobada por Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, Anexo 2.</p>	<p>Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Leves, numeral 3): <b>“No cumplir con solicitar al Usuario (...) el Consentimiento Informado por escrito, previo a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos (...) o de tratamiento (...) en la forma prevista por la normativa vigente”.</b></p>	
--	---	--	--	--

## **XXVII. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

- Determinar si la Denunciada tiene la obligación legal de solicitar el Consentimiento Informado por escrito previo a la realización de los procedimientos médico-quirúrgicos.

- De ser lo anterior, determinar si la Denunciada solicitó a la Denunciante el Consentimiento Informado del procedimiento de analgesia y el Consentimiento Informado del procedimiento de atención de parto.

### **XXVIII. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

250. El 18 de agosto de 2021, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:

- Ante las limitaciones del plan de parto, los hechos suscitados durante el trabajo de parto y la crisis que se vivía por la desidia y nula participación de la Denunciante, tuvo que ejecutar las acciones primarias necesarias, previstas en la propia GPC, con el fin de salvaguardar la vida de la madre así como la del neonato.
- El cuadro mostrado por la paciente durante el proceso de parto fue una evidente situación de emergencia y que también sometía a un riesgo innecesario a la vida y salud del neonato, es decir, se encontraba ante supuestos taxativos de exoneración para el otorgamiento del consentimiento informado previo, previsto en el literal 1, numeral 4 del artículo 15° de la Ley General de Salud.

251. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

#### **Medios probatorios de cargo**

- a. Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- b. Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- c. Historia Clínica, elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- d. Copia de videos de parto en periodo expulsivo del 4 de diciembre de 2018 (f. 1093).
- f. Oficio N° 0186-2021-DG/INMP, presentado el 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).
- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

#### **Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane
- b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes

#### **Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoria Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).
- b. Informe de Auditoria complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscocoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

## XXIX. ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS

**Punto Controvertido 1): Determinar si la Denunciada tiene la obligación jurídica de solicitar el Consentimiento Informado por escrito previo a la realización de los procedimientos médico- quirúrgicos.**

252. Sobre el particular, la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, establece en el numeral 16), punto 5.2.2. del capítulo 5, lo referido al Consentimiento informado, según lo siguiente:

**“5. DISPOSICIONES ESPECIFICA**

(...)

**5.2. FORMATOS DE LA HISTORIA CLINICA**

(...)

**5.2.2. FORMATOS ESPECIALES**

(...)

**16) Formato de Consentimiento Informado**

*En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, **práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente**, y la participación del paciente en actividades de docencia (Ver Anexo N° 12), debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.*

*En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su madre o padre, apoderado o representante legal.*

*Para el caso de pacientes, de cualquier etapa de vida, en condición de discapacidad se requiere contar con el consentimiento para compartir la información de su historia clínica (Ver Anexo N° 8), con la finalidad de ser considerados en los programas de inclusión y protección social del Estado.*

*El consentimiento informado deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones:*

- a. Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona.*
- b. Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes.*
- c. Cuando la persona vaya a ser incluida en un estudio de investigación científica.*
- d. Cuando la persona reciba la aplicación de productos o procedimientos en investigación, según la legislación especial de la materia y la Declaración de Helsinki y el marco legal vigente sobre la materia.*
- e. Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir o continuar un tratamiento, de acuerdo a lo establecido en el artículo del presente Reglamento<sup>58</sup>.*
- f. Cuando el paciente reciba cuidados paliativos.*

*Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. El médico tratante debe registrar en la historia clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda.*

*En caso se requiera conocer los aspectos excepcionales relacionados al derecho a negarse a recibir o continuar un tratamiento se deberá considerar los aspectos regulados en el artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los*

<sup>58</sup> Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

*Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.*

*El uso del formato de consentimiento informado debe contener lo siguiente:*

- *Identificación estándar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.*
- *N° de Historia Clínica.*
- *Fecha, hora.*
- *Nombres y apellidos del paciente.*
- *Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar o modalidad de atención.*
- *Descripción de este en términos sencillos.*
- *Riesgos reales y potenciales del procedimiento, o intervención quirúrgica o modalidad de atención.*
- *Efectos adversos de los usuarios de antibióticos, analgesia y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar.*
- *Pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.*
- *Nombres y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención, o procedimiento o modalidad de atención.*
- *Pronóstico y recomendaciones.*
- *Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso consignando: nombres y apellidos, firma y huella digital del paciente o representante legal de ser el caso.*  
*También debe registrarse la negativa del procedimiento, o si algún momento retira el consentimiento.*

*El paciente o representante legal del mismo, otorga el consentimiento con la firma manuscrita en el formato oficial respectivo, para los casos de los consentimientos contenidos en un sistema de información, este se realiza, mediante el uso de la firma digital en el formato establecido para tal fin. Estos y otros aspectos relacionados al formato están detallados en la normatividad específica<sup>59</sup>.*

*Se exceptúa del consentimiento informado en caso de intervenciones de emergencia o la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente, según lo dispuesto en los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respectivamente”.*

(Subrayado y énfasis agregado)

253. En esa misma línea, el artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas Usuarias de los servicios de salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, dispone lo siguiente:

**“Artículo 24.- Derecho al consentimiento informado**

*Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se generara la nulidad del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.*

*El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria.*

*La firma del consentimiento informado no exime de responsabilidad a los profesionales de la salud, ni a la IPRESS, frente a eventos de mala praxis que pudieran producirse en desmedro de la salud de las personas usuarias.*

*Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que evidencie el proceso de información y decisión, el cual forma parte de la historia clínica de la persona usuaria, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondiente. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.*

<sup>59</sup> Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA, o la que haga sus veces.

*El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado.*

*El consentimiento escrito deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones:*

*a. Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o **procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona.***  
(...)

*No se requiere del consentimiento informado frente a situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros, o de grave riesgo para la salud pública.*

(Énfasis y subrayado agregado)

254. Complementariamente a lo ya mencionado, el Tribunal de SUSALUD, a través del Acuerdo de Sala Plena N° 006-2018, señaló expresamente en cuanto al consentimiento informado, lo siguiente:

*“1. El Formato del Consentimiento Informado, obligatoriamente, debe incluir el registro en detalle de los riesgos potenciales y/o reales, efectos colaterales, efectos secundarios, efectos adversos y beneficios que con mayor frecuencia ocurran de acuerdo con el procedimiento y/o intervención médica a realizar, en términos sencillos y comprensibles, en virtud de lo dispuesto por la Ley General de Salud, la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento y la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Además, el consentimiento informado se deberá obtener oportunamente, es decir, con la suficiente anticipación de tal modo que se garantice una comprensión real por parte del paciente o su representante legal.*

*2. No obstante la obligatoriedad de contar procedimentalmente con un Formato de Consentimiento Informado que registre en detalle la información que se brinde al paciente, se debe tener presente que el consentimiento informado se constituye en un pilar fundamental de la relación médico – paciente, que debe sostenerse en la confianza de que el interés común de las partes es la recuperación de la salud, siendo este el objetivo en la práctica de la medicina; debiéndose, en consecuencia, de forma obligatoria fomentar una cultura de auténtica información al paciente en todos los establecimientos de salud, sean públicos, privados o mixtos”.*

255. Si bien los servicios médicos constituyen una obligación de medios y no de resultados, debido a que este tipo de servicios conlleva un grado de riesgo, es necesario que los médicos y entidades encargadas de la administración de servicios de salud actúen con la mayor diligencia posible, toda vez que cualquier error podría ocasionar un daño en la salud de las personas.
256. Por su parte, la doctrina establece que el consentimiento informado, es más que un permiso concedido por el paciente para realizarle un determinado procedimiento, dado que es un proceso progresivo, gradual, de información y confianza, donde el médico da la potestad al paciente de decidir, tras recibir toda la información necesaria el rumbo que tomarán las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas. Además de ello, es el pilar fundamental de la relación médico-paciente moderna, aquella donde prima la autonomía del paciente, su libertad y el respeto por sus derechos<sup>60</sup>.
257. De acuerdo a los alcances normativos señalados y la doctrina invocada, se tiene que los establecimientos de salud, como el caso de la Denunciada tienen la obligación jurídica de solicitar el consentimiento informado por escrito previo a la realización de los procedimientos médico- quirúrgicos; por lo cual, se cumple con el primer punto controvertido que nos avoca.

**Punto Controvertido 2): De ser lo anterior, determinar si la Denunciada solicitó a la Denunciante:**

---

<sup>60</sup> Lara M, Ramón de la Fuente J. Sobre el consentimiento Informado. Bol of Sanit Panam 1990;108(5-6):439-444

- **Sub Hecho 7-A: El Consentimiento Informado del procedimiento de analgesia.**

258. De la revisión del expediente administrativo, se evidencia que la Denunciante ingresó al establecimiento de salud denunciado el día 3 de diciembre de 2018 a las 8:30 horas, por presentar pérdida de líquido amniótico (fs. 479 y 480, reverso), en donde se verifica que a las 20:05 horas (f. 473), se le realizó el procedimiento de analgesia.
259. La “GPC Analgesia durante el Parto”, que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2018, del INMP, aprobado con Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, señala lo siguiente:

**“ANALGESIA DURANTE EL PARTO**

CPT: 01967

**I. DEFINICIÓN**

*Se denomina así a la aplicación de una variedad de drogas anestésicas y analgésicas con la finalidad de aliviar el dolor durante el Parto y Trabajo de Parto.*

**ANALGESIA DEL PARTO**

*Consiste en el adecuado manejo del dolor con apoyo farmacológico, para mejorar la calidad de atención de la mujer durante el trabajo de parto y en el parto. Las técnicas de analgesia regional constituyen la mejor alternativa actual para el alivio farmacológico del dolor en el trabajo de parto y en el parto vaginal. El dolor y la ansiedad desencadena una serie de reacciones reflejas-adrenérgicas, hormonales y psicodinámicas correspondiente al estrés del organismo, repercutiendo en los sistemas respiratorio, cardiovascular, metabólico y endocrino que puede causar efectos perjudiciales a la madre, el niño por nacer e incluso en la propia labor de parto.*

**ANALGESIA EPIDURAL**

*Consiste en la Administración de anestésicos locales más opioides en el espacio epidural y la colocación de un catéter a nivel epidural para la administración de dosis posteriores.*

(...)

**ANALGESIA ENDOVENOSA**

*Consiste en la administración de Remifentanilo a nivel endovenoso, previa programación de la bomba de infusión por kilo de peso.*

**ANALGESIA RAQUÍDEA (COMBINADA)**

*Consiste en la administración de anestésicos locales y opioides a nivel raquídeo y la colocación de un catéter a nivel epidural para la administración de dosis posteriores.*

(...)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**El Médico Anestesiólogo informa —de manera sencilla, comprensible y completa— a la parturienta sobre el procedimiento de la analgesia de parto a realizar, para luego obtener la autorización con la firma y huella digital en el formato de consentimiento”.**

(Énfasis y subrayado agregado)

260. Sin embargo, en el presente caso no se evidencia que la Denunciada, previo al procedimiento de analgesia haya solicitado a la Denunciante el consentimiento informado del mismo, conforme lo establece el marco normativo señalado precedentemente.

- **Sub Hecho 7-B: El Consentimiento Informado del procedimiento de atención de parto**

261. De la revisión de la historia clínica, se verifica que la Denunciada realizó el parto a las 02:00 horas del día 4 de diciembre de 2018 (f. 472 y f. 429, reverso).
262. De acuerdo a la GPC Parto Vertical que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2018, del INMP, aprobado con Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, establece que los

establecimientos de salud, como el caso de la Denunciada, de forma previa al procedimiento para la atención del parto espontáneo – como el que presentó la Denunciante, de acuerdo a los registros de la Epicrisis (f. 434)- se debe solicitar el consentimiento informado:

*“PARTO VERTICAL*

*CIE 10*

**Parto Único Espontáneo O.80**

*I. Definición*

*La atención del parto es un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.*

*PARTO*

*Expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos.*

*(...)*

*IV. REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL*

*(...)*

**3) Consentimiento informado de la gestante y familiar.**

*(...)*

(Énfasis y subrayado agregado)

263. En esa misma línea, en Anexo 2 de las “Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria”, aprobada por Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, prevé lo siguiente:

**“ATENCIÓN DEL PARTO**

**I. Nombre del Procedimiento**

**Atención del parto.**

**II. Definición**

*La atención del parto es un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.*

*PARTO;*

*Expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos.*

*PARTO EUTÓCICO:*

*Proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores de trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vertex, con sus anexos completos.*

*(...)*

**III. REQUISITOS**

*(...)*

**- Consentimiento informado de la gestante y familiar**

*(...)*

(Énfasis y subrayado agregado)

264. Sin embargo, no se evidencia en autos que la Denunciada haya solicitado a la Denunciante el consentimiento informado de forma previa al procedimiento de atención de parto, de conformidad a lo establecido en la normativa vigente.
265. Frente a ello, la Denunciada a través de su descargo ha sostenido que ante las limitaciones del plan de parto, los hechos suscitados durante el trabajo de parto y la crisis que se vivía por la supuesta desidia y nula participación de la Denunciante, tuvo que ejecutar las acciones primarias necesarias, previstas en la propia GPC, con el fin de salvaguardar la vida de la madre así como la del neonato. Además, sostuvo que, el cuadro mostrado por la paciente durante el proceso de parto fue una evidente situación de emergencia y que también sometía a un riesgo innecesario a la vida y salud del neonato, es decir, se encontraba ante supuestos taxativos de exoneración para el otorgamiento del consentimiento informado previo, previsto en el literal 1, numeral 4 del artículo 15° de la Ley General de Salud.

266. Al respecto, lo señalado por la Denunciada sobre la nula participación de la Denunciante, viene a ser una declaración meramente subjetiva, más aún, cuando se aprecia de autos, que no se ha aportado medio probatorio alguno que pueda respaldar sus afirmaciones, por lo que, corresponde desestimar su posición.
267. De otra parte, si bien la Denunciada alega que el proceso de parto fue una evidente situación de emergencia, lo cierto es que ésta se contradice, pues, primigeniamente señaló que la paciente se encontraba en buen estado de salud y que incluso la madre de ésta la acompañaba en todo el proceso y, siendo así, podía haber sido ésta quien hubiera autorizado el consentimiento para el procedimiento de atención de parto, por lo cual, sus argumentos pierden validez, por lo que, corresponde desestimarlos.
268. Por ende, a la luz de los hechos señalados y de la evaluación de la historia clínica de la Denunciante, contrastada con las normas técnicas y GPC acorde al caso, se determina que la conducta de la Denunciada se encuentra inmersa en el tipo infractor establecido en el RIS de SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Leves, numeral 3): **“No cumplir con solicitar al Usuario (...) el Consentimiento Informado por escrito, previo a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos (...) en la forma prevista por la normativa vigente”**, correspondiendo la aplicación de la sanción respectiva.

### XXX. DETERMINACIÓN DE LA SANCIÓN ADMINISTRATIVA

269. Acreditada la infracción del Hecho Imputado N° 7, de acuerdo a los argumentos antes expuestos, conforme lo regulado en la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificada por la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, se procede a determinar la sanción correspondiente, aplicando la metodología de cálculo aprobada y que se desarrolla a continuación:

N°	CRITERIOS GENERALES	MOTIVACIÓN	PONDERACIÓN	
1.	Daño resultante o potencial de la infracción <b>(DRP)</b>	Se evidencia la existencia un daño resultante, puesto que, al no tener la información detallada en los formatos de consentimiento informado, se afectó el derecho de información previa de la Denunciante sobre los procedimientos realizados.	Existe	6
2.	El perjuicio económico causado. <b>(PE)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte perjuicio económico.	No Existe	0
3.	Beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción. <b>(BI)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte beneficio ilícito alguno.	No Existe	0
4.	Intencionalidad en la conducta del infractor. <b>(IN)</b>	No se advierte que la omisión en solicitar los consentimientos informados se haya realizado de manera voluntaria y consciente por la Denunciada <sup>61</sup> .	No Existe	0

<sup>61</sup> ACUERDO 008-2020 – Precedente de Observancia Obligatoria del Tribunal de SUSALUD, sobre la aplicación del criterio de intencionalidad en los procedimientos sancionadores de SUSALUD (publicado en el Diario Oficial el Peruano el 17 de julio de 2020), el cual establece:

1. El criterio de intencionalidad se encuentra supeditado a la existencia de la voluntad del infractor (dolo), que busca o tiene el propósito de cometer la infracción verificada por comisión u omisión, esto es, la finalidad de alcanzar un objetivo determinado (infringir el marco normativo), independientemente del daño generado por su actuación. (...)

3. El criterio de intencionalidad como factor de graduación de la sanción resulta aplicable únicamente cuando se advierte la existencia de una certeza respecto a la actuación u omisión realizada de manera voluntaria y consciente

5.	Repetición (reincidencia) y/o continuidad en la comisión de la infracción. (RI)	No se advierte reincidencia y/o continuidad de la infracción por parte de la Denunciada.	No Existe	0
----	---	--	-----------	---

N°	CRITERIO GENERAL	MOTIVACIÓN	Variable
1.	Probabilidad de detección de la infracción. (PD)	Conforme a la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, Artículo 9°, la variable es la establecida para las infracciones detectadas por supervisión, vigilancia, queja, intervención de oficio o denuncia.	0.85

**Aplicación de la fórmula establecida en la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S (Ponderación de la Multa, Artículo 9°)**

$$RCG = \frac{(BI+DP+IN+PE+RI)}{PD}$$

BI+DP+IN+PE+RI	6.00
PD	0.85
<b>RCG</b>	<b>7.06</b>
<b>UIT</b>	<b>13</b>

270. Realizada la fórmula de cálculo, al Resultado de aplicación de los Criterios Generales (RCG), se alcanza un valor de 7.06, el cual, conforme a la Resolución de Superintendencia antes señalada, Anexo: Multa Aplicable en Unidades Impositivas Tributarias para Infracciones Leves, corresponde imponer la sanción administrativa de **multa ascendente a 13 UIT**, conforme lo dispuesto en el inciso a) del artículo 20° del RIS de SUSALUD.

**XXXI. DE LOS LÍMITES AL MONTO DE LA MULTA**

271. En el presente caso, se debe tener en consideración lo establecido en el artículo 10° de la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificado por Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, mediante la cual se aprueba la Metodología de Cálculo de Sanciones Aplicables, estableciéndose que, cuando el Tope Máximo de Multa establecida para las infracciones leves (100 UIT) sea mayor que el parámetro aplicable a la IPRESS según los porcentajes establecidos en la Tabla de Ajuste, debe utilizarse la siguiente fórmula:

$$VFA = \frac{(RAT) (PA)}{TM}$$

272. Sobre el particular, la Denunciada ha presentado su Declaración de Pago Anual de Impuesto a la Renta, en la cual se advierte que el monto asciende a 16,945 413 (Dieciséis millones, novecientos cuarenta y cinco mil con cuatrocientos trece soles), por lo que al aplicar la fórmula establecida arroja el siguiente resultado:

Límites al Monto de la Multa	
TOTAL INGRESOS BRUTOS/BIENES Y SERVICIOS	S/. 16,945,413.00
Ingresos Brutos/Bienes y Servicios Mes Tipo S/.	S/. 1,412,117.75
Parámetro	10%

y que conlleva la comisión de una conducta infractora por parte de la persona natural o por quien actúa en representación de la persona jurídica a cargo de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS

PARAMETRO APLICABLE (PA) S/.	S/. 141,211.78
PA EN UIT	32.09

VFA EN UIT	4.17
------------	------

273. En tal sentido, la multa a imponer por el Hecho imputado N° 7 asciende a 4.17 (cuatro con 17/100) UIT.

➤ **HECHO IMPUTADO N° 8**

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
8	<p>La Denunciada habría postergado injustificadamente el acceso a las prestaciones de salud de la <b>Denunciante</b>, puesto que:</p> <p><b>Sub Hecho 8-A</b> No habría realizado una ecografía obstétrica, a fin de verificar la cantidad de pérdida de líquido amniótico, conforme a lo estipulado en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal en los casos Ruptura Prematura de Membranas.</p> <p><b>Sub Hecho 8-B</b> Ante la ruptura prematura de membranas presentada, no se le habría administrado tratamiento antibiótico después de las seis (6) horas, conforme a lo establecido en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p><b>Sub Hecho 8-C</b> No habría realizado la pelvimetría en los controles de los días 23 y 30 de noviembre de 2018.</p> <p><b>Sub Hecho 8-D</b> No habría elaborado un plan de parto.</p>	<p>Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 2°.</p> <p>Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, literal e) del artículo 15.1.</p> <p>Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 10°.</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, artículo 9°.</p> <p>GPC de Ruptura Prematura de Membranas, que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, aprobada por la Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, Capítulo VII.</p> <p>NTS 105-MINSA DGSP V.01, Norma Técnica de Salud para</p>	<p>Infracción tipificada en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Graves, Numeral 1: <b>“Postergar injustificadamente el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad (...)”</b>.</p>	<p>Con multa de hasta trescientas (300) UIT.</p>

	<b>Sub Hecho 8-E</b> No habría realizado el monitoreo de latidos cardio fetales y movimientos fetales en la atención realizada el 27 de noviembre de 2018.	la atención integral de Salud materna, aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, Capítulo 6.2.1		
--	---	--	--	--

### **XXXII. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

- Determinar si la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud de la Denunciante, en los siguientes escenarios:

**Sub Hecho 8-A:** No haber realizado una ecografía obstétrica, a fin de verificar la cantidad de pérdida de líquido amniótico

**Sub Hecho 8-B:** No haber administrado tratamiento antibiótico ante la ruptura de membranas.

**Sub Hecho 8-C:** No haber realizado la pelvimetría en los controles de los días 23 y 30 de noviembre de 2018.

**Sub Hecho 8-D:** No haber elaborado un plan de parto.

**Sub Hecho 8-E:** No haber realizado el monitoreo de latidos cardio fetales y movimientos fetales en la atención realizada el 27 de noviembre de 2018.

- De ser lo anterior, determinar si dicha postergación obedeció a la existencia de una causa justificante que lo respalde.

### **XXXIII. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

274. El 18 de agosto de 2021, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:

- **En relación al Sub Hecho 8-A**, conforme al punto IV de la sección RPM establecido en la GPC, el examen ecográfico es un examen auxiliar, aplicable esencialmente en caso de embarazos pretérminos, lo que no se daría en el presente caso.
- **En relación al Sub Hecho 8-B al Sub Hecho 8-E**, la Denunciante estableció condiciones restrictivas, lo que motivó a que el trabajo de parto haya sido complicado.

275. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

#### **Medios probatorios de cargo**

- Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- Historia Clínica, elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- Copia de videos de parto en periodo expulsivo de fecha 04 de diciembre de 2018 (a fojas 1093).
- Oficio N° 0186-2021-DG/INMP, presentado el 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N° 1068-

2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).

- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

**Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane  
b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes

**Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoria Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).  
b. Informe de Auditoria complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

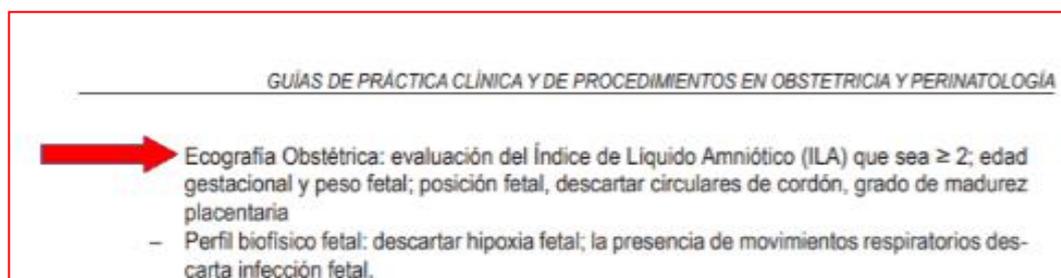
**XXXIV. ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

Punto Controvertido 1): Determinar si la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud de la Denunciante, en los siguientes escenarios:

• **Sub Hecho 8-A**

**Por no haber realizado una ecografía obstétrica a fin de verificar la cantidad de pérdida de líquido amniótico**

276. La Denunciada, por medio de su descargo ha señalado que la ecografía obstétrica, resulta aplicable esencialmente en caso de embarazos pretérminos, lo que no se daría en el presente caso.
277. Previamente, de acuerdo a lo señalado por la Denunciada, conviene precisar que, el parto pretérmino es aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación, situación que no presentaba la Denunciante, ya que ésta tenía 39 semanas<sup>62</sup>, por lo que, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, aprobada por la Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, en los casos Ruptura Prematura de Membranas, correspondía que se realice una ecografía obstétrica, para verificar la cantidad de pérdida de líquido amniótico, tal como se muestra a continuación:



<sup>62</sup> Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Ver en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013) [Consulta realizada el 12 de julio de 2021].

278. En este aspecto, era importante valorar la cantidad de líquido amniótico, porque a poca cantidad del mismo, existe la probabilidad de que el feto no tolere el trabajo de parto, por lo que, en ese caso es necesario realizar una cesárea, como se establece en la literatura médica<sup>63</sup>:

*“Muy poco líquido amniótico (oligohidramnios) también puede causar problemas, como las siguientes:*

- *Si la cantidad de líquido es muy baja, el feto puede estar comprimido, lo que da lugar a deformaciones en los miembros, nariz aplanada, recesión del mentón y otros problemas.*
- *Es posible que los pulmones del feto no maduren con normalidad (la combinación de pulmones inmaduros y deformaciones se denomina síndrome de Potter).*
- **Es posible que el feto no tolere el trabajo de parto, por lo que es necesario realizar una cesárea**
- *El feto puede morir.*
- *Es posible que el feto no crezca tanto como cabe esperar”.*

(Subrayado y énfasis agregado)

279. En ese sentido, corresponde desestimar los alegatos de la Denunciada, por lo que, se concluye que ésta postergó el acceso a las prestaciones de salud brindada a la Denunciante, en ese extremo.

• **Sub Hecho 8-B**

**Por no haber administrado tratamiento antibiótico ante la ruptura de membranas**

280. Sobre el particular, la GPC de Ruptura Prematura de Membranas, que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, aprobada por la Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, establece que en los casos de gestación mayor o igual a 34 semanas, como la edad gestacional que presentaba la Denunciante, se debe iniciar el tratamiento con la administración de antibióticos profilácticos después de seis (6) horas de la Ruptura Prematura de Membranas, como se muestra a continuación:

**VIII TRATAMIENTO**

- A. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTACIÓN  $\geq$  A 34 SEMANAS, CON O SIN CORIOAMNIONITIS: (34 semanas o 2.800 g)<sup>13</sup> (32 semanas o 2.000 g)<sup>13</sup>
- Hospitalización y reposo en decúbito lateral. Hidratación.
  - **Iniciar antibióticos profilácticos después de 6 horas de RPM<sup>4,5</sup> reduce la morbilidad infecciosa materna, pero no es significativa en los RN. Se sugiere como profiláctico: Ampicilina o Cefalosporina 1°G (1-2 g EV c/6 h); y en caso de coriamnionitis: Cefalosporina 3°G (2g EV c/24 h) con Aminoglucósido (Amikacina 1 g EV c/24 h).**

281. De la revisión del acervo médico legal, se evidencia de los registros de obstetricia que la Denunciante ingreso el 3 de diciembre de 2018, con el diagnóstico de “*Primigesta 39 2/7 S –FLTP- RPM desde las 7am de hoy*” (f. 451), como se muestra a continuación:

<sup>63</sup> Dulay Antonette. Problemas del líquido amniótico. Visto en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/problemas-con-el-l%C3%ADquido-amni%C3%B3tico> [Consulta realizada el 12 de julio de 2021].

(IMAGEN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

ANOTACIONES DE OBSTETRICAS

NOMBRE Gitla Hochman Gurpa MÉDICO Dr. Honguiti

EDAD 33 GR. 1 P. 0000 EDAD GEST. 39 4/7

TEMP. 36.4 PULSO 78 RESP. 18 P. ART. 110/60 ALTURA UTERINA cm. 182 LAT. FET.

ESTADO DE LA PACIENTE  BUENO  REGULAR  MALO

TRABAJO DE PARTO  SI  NO CUELLO: L % DIL CERV. cm.

MEMBRANAS  INTACTAS  ROTAS desde 7 hrs.

SANGRADO  SI  NO CANTIDAD C.C.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO Primigravida 39 4/7 S. FCTP - R/H desde 7 hrs.

RAZÓN DEL INGRESO Contracciones y pérdida de líquido

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS Niega.

Se notificó a su médico  SI  NO Se llama al médico de Guardia  SI  NO Nombres de la Obstetrix Obst. Bailla

282. Asimismo, se observa que a las 18:30 del día 3 de diciembre de 2018 (f. 461) se le administra Cefazolina 1 gr EV<sup>64</sup>; esto es, luego de haber transcurrido más de 11 horas.
283. La GPC en comentario, establece que el tratamiento antibiótico debe administrarse después de las seis (6) horas de haberse producido la Ruptura Prematura de Membranas, como sucedió en el presente caso.
284. Por ende, se concluye que la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud brindada a la Denunciante, en ese extremo.

• **Sub Hecho 8-C**

**Por no haber realizado una pelvimetría en los controles de los días 23 y 30 de noviembre de 2018.**

285. De la revisión de los controles prenatales de la paciente en los días 23 y 30 de noviembre de 2018, quien presentaba a esa fecha una gestación mayor a 35 semanas, no se advierte que la Denunciada haya realizado una pelvimetría, tal como lo establece la GPC de Atención Prenatal que forma parte integrante de las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología – año 2018, del INMP, aprobada con Resolución Directoral N° 155-2018-DG/INMP/MINSA, de la siguiente manera:

**“ATENCIÓN PRENATAL  
CIE 10 Z34-Z35**

**I. DEFINICIÓN**

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal

(...)

**VI. PROCEDIMIENTOS**

(...)

ATENCIÓNES PRENATALES POSTERIORES

(...)

**C. A partir de las 35 semanas**

<sup>64</sup> Antibiótico profiláctico adecuado ante la presentación de la RPM.

- *Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica en primigrávidas*
- *Determinación del encajamiento fetal*
- *Reevaluación del estado general materno*
- *Actualizar exámenes auxiliares, según criterio médico*
- *Solicitar pruebas de bienestar fetal, según caso.*
- *Solicitar riesgo quirúrgico y programar para cesárea electiva en los casos necesarios”.*

(Subrayado agregado)

286. En función a lo mencionado, se concluye que la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud brindada a la Denunciante, en ese extremo.

• **Sub Hecho 8-D**

**Por no haber elaborado un plan de parto.**

287. De acuerdo a la NTS 105-MINSA DGSP V.01, Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna, aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, establece en atención al Plan de Parto, lo siguiente:

**“V. DEFINICIONES GENERALES**

**5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS**

(...)

**Plan de Parto**

*Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento de parto. Consta de 3 entrevistas.*

(...)

**6.1.3. ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL**

***De la gestante (...)***

- *Reconocer los signos de alarma e identificar posibles complicaciones.*
- *Acudir o comunicar al establecimiento el inicio de labor de parto.*
- *Coordinar con la comunidad su participación para el apoyo por posibles complicaciones, según sea el caso.*
- *Coordinar con anticipación el transporte para un traslado oportuno y adecuado.*
- *Cumplir con las indicaciones del plan de parto”.*

(Subrayado agregado)

288. De la revisión de la historia clínica perteneciente a la Denunciante no se verifica que la Denuncia haya elaborado un plan de parto, puesto que, no se evidencia dicho documento o registro alguno que mencione su cumplimiento.

289. Por lo mencionado, se concluye que la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud brindada a la Denunciante, en ese extremo.

• **Sub Hecho 8-E**

**Por no haber realizado el monitoreo de latidos cardio fetales y movimientos fetales en la atención realizada el 27 de noviembre de 2018**

290. De la revisión de la historia clínica, se muestra que, la Denunciante en su semana 38 de gestación acudió al servicio de emergencia de la Denunciada el día 27 de noviembre de 2018, por presentar un episodio de disminución de movimientos fetales.

291. Sin embargo, del análisis del acervo médico legal, no se evidencia que la Denunciada haya realizado el monitoreo de latidos cardio fetales y movimientos fetales, lo que vulnera lo establecido en el capítulo 6.2.1 de la NTS 105-MINSA DGSP V.01, Norma Técnica de

Salud para la atención integral de Salud materna, aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que establece lo siguiente:

*“6.1.2. ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA*

*(...)*

***Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores***

***En todas las consultas siguientes:***

- *Interrogar por signos y síntomas de alarmas asociados a la gestación y evaluación integral.*

*Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.*

- *Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.*
- *Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.*
- *Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.*
- *Evaluar la edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales*

*(...)*

- *Interpretación de exámenes auxiliares.*

- *Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.*

*(...)*

***A partir de las 35 semanas***

- *Pelvimetría interna y valoración feto-pelvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).*
- *Determinación del encajamiento fetal.*
- *Determinación de la presentación fetal.*
- *Reevaluación del estado general materno.*
- *Actualizar exámenes de bienestar fetal o test no estresante según el caso.*
- *Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales. Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación”.*

(Subrayado agregado)

292. En ese contexto, se concluye que la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud brindada a la Denunciante, en ese extremo.

**Punto Controvertido 2): De ser lo anterior, determinar si dicha postergación obedeció a la existencia de una causa justificante que lo respalde.**

293. Al respecto, la Denunciada no ha presentado documento o medio probatorio alguno durante la etapa de instrucción, ni tampoco durante la investigación preliminar, más allá de alegar que, la Denunciante estableció condiciones restrictivas, lo que no ha sido comprobado, siendo apreciaciones subjetivas, carentes de sustento.
294. En función a lo expuesto y, al no obrar en el expediente medio probatorio alguno con el cual la Denunciada justifique una causa objetiva o razonable para que haya aplazado las prestaciones de salud a la Denunciante, se puede concluir que la referida postergación fue de forma injustificada, cumpliéndose con el segundo punto controvertido que nos avoca.
295. Por ende, lo acotado ha vulnerado lo dispuesto en el artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que señala que: “Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda”.

296. Así como también lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que señala que: *“Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales”*.
297. Además, lo dispuesto en el literal e), del artículo 15.1 de la Ley 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Pacientes de los Servicios de Salud, que prevé que toda persona tiene derecho a: “Obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa”.
298. Asimismo, con lo señalado en el artículo 10° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que establece que: “Toda persona tiene derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud de la persona usuaria (...)”.
299. En consecuencia, a la luz de los hechos señalados y pruebas actuadas contrastadas con la normativa aplicable al presente caso, se determina que la conducta de la Denunciada se encuentra inmersa en el tipo infractor establecido en el RIS de SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Graves, Numeral 1: **“Postergar injustificadamente el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad (...)”**, correspondiendo la aplicación de la sanción respectiva.

#### **XXXV. DETERMINACIÓN DE LA SANCIÓN ADMINISTRATIVA**

300. Acreditada la infracción del Hecho Imputado N° 8, de acuerdo a los argumentos antes expuestos, conforme lo regulado en la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificada por la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, se procede a determinar la sanción correspondiente, aplicando la metodología de cálculo aprobada y que se desarrolla a continuación:

N°	CRITERIOS GENERALES	MOTIVACIÓN	PONDERACIÓN	
1.	Daño resultante o potencial de la infracción (DRP).	Comprobada la infracción, por los fundamentos señalados, se evidencia la existencia de un daño resultante, toda vez que, la Denunciada postergó el acceso a las prestaciones de salud de la Denunciante, de forma injustificada al: (i) No realizarle una ecografía obstétrica, a fin de verificar la cantidad de pérdida de líquido amniótico, conforme a lo estipulado en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal en los casos Ruptura Prematura de Membranas; (ii) No administrarle el tratamiento antibiótico después de las seis (6) horas de la RPM; (iii) No realizarse la pelvimetría en los controles de los días 23 y 30 de noviembre de 2018; (iv) No elaborar un plan de parto; y,	Existe	8

		(v) No haberle realizado el monitoreo de latidos cardio fetales y movimientos fetales en la atención realizada el 27 de noviembre de 2018; Hechos que conllevaron a un riesgo muy grave para su salud y la del neonato.		
2.	El perjuicio económico causado. <b>(PE)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte perjuicio económico.	No Existe	0
3.	Beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción. <b>(BI)</b>	Por el tipo de infracción, no se advierte beneficio ilícito alguno.	No Existe	0
4.	Intencionalidad en la conducta del infractor. <b>(IN)</b>	En el presente caso, si bien se acredita un daño, lo cierto es que no se puede atribuir como uno revestido de intencionalidad, máxime cuando no obra medio probatorio que acredite tal condición <sup>65</sup> .	No Existe	0
5.	Repetición (reincidencia) y/o continuidad en la comisión de la infracción. <b>(RI)</b>	No se advierte reincidencia y/o continuidad de la infracción por parte de la Denunciada.	No Existe	0

N°	CRITERIO GENERAL	MOTIVACIÓN	Variable
1.	Probabilidad de detección de la infracción. <b>(PD)</b>	Conforme a la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, Artículo 9°, la variable es la establecida para las infracciones detectadas por supervisión, vigilancia, queja, intervención de oficio o denuncia.	0.85

**Aplicación de la fórmula establecida en la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S (Ponderación de la Multa, Artículo 9°)**

$$RCG = \frac{(BI+DP+IN+PE+RI)}{PD}$$

BI+DP+IN+PE+RI	8.00
PD	0.85
<b>RCG</b>	<b>9.41</b>
<b>UIT</b>	<b>78</b>

301. Realizada la fórmula de cálculo, al Resultado de aplicación de los Criterios Generales (RCG), se alcanza un valor de 4.71, el cual, conforme a la Resolución de Superintendencia antes señalada, Anexo: Multa Aplicable en Unidades Impositivas Tributarias

<sup>65</sup> ACUERDO 008-2020 – Precedente de Observancia Obligatoria del Tribunal de SUSALUD, sobre la aplicación del criterio de intencionalidad en los procedimientos sancionadores de SUSALUD, publicado en el Diario Oficial el Peruano el 17 de julio de 2020, el cual establece:

1. El criterio de intencionalidad se encuentra supeditado a la existencia de la voluntad del infractor (dolo), que busca o tiene el propósito de cometer la infracción verificada por comisión u omisión, esto es, la finalidad de alcanzar un objetivo determinado (infringir el marco normativo), independientemente del daño generado por su actuación.

(...)

3. El criterio de intencionalidad como factor de graduación de la sanción resulta aplicable únicamente cuando se advierte la existencia de una certeza respecto a la actuación u omisión realizada de manera voluntaria y consciente y que conlleva la comisión de una conducta infractora por parte de la persona natural o por quien actúa en representación de la persona jurídica a cargo de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.

para Infracciones Graves, corresponde imponer la sanción administrativa de **multa** ascendente a **78 (setenta y ocho) UIT**, conforme lo dispuesto en el inciso b) del artículo 20° del RIS de SUSALUD.

### XXXVI. DE LOS LÍMITES AL MONTO DE LA MULTA

302. En el presente caso, se debe tener en consideración lo establecido en el artículo 10° de la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificado por Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, mediante la cual se aprueba la Metodología de Cálculo de Sanciones Aplicables, estableciéndose que, cuando el Tope Máximo de Multa establecida para las infracciones leves (100 UIT) sea mayor que el parámetro aplicable a la IPRESS según los porcentajes establecidos en la Tabla de Ajuste, debe utilizarse la siguiente fórmula:

$$VFA = \frac{(RAT) (PA)}{TM}$$

303. Sobre el particular, la Denunciada ha presentado su Declaración de Pago Anual de Impuesto a la Renta, en la cual se advierte que el monto asciende a 16,945 413 (Dieciséis millones, novecientos cuarenta y cinco mil con cuatrocientos trece soles), por lo que al aplicar la fórmula establecida arroja el siguiente resultado:

Límites al Monto de la Multa	
TOTAL INGRESOS BRUTOS/BIENES Y SERVICIOS	S/. 16,945,413.00
Ingresos Brutos/Bienes y Servicios Mes Tipo S/.	S/. 1,412,117.75
Parámetro	15%
PARAMETRO APLICABLE (PA) S/.	S/. 211,817.66
PA EN UIT	44.14

<b>VFA EN UIT</b>	<b>12.52</b>
-------------------	--------------

304. En tal sentido, la multa a imponer por el Hecho imputado N° 5 asciende a 12.52 (doce con 52/100) UIT.

### ➤ **HECHO IMPUTADO N° 9**

N°	HECHO IMPUTADO	PRESUNTA SUSTANTIVA VULNERADA	NORMA TIPIFICADORA	SANCIÓN A IMPONER
9	La Denunciada no habría actuado con diligencia en la atención de parto al no haber realizado un monitoreo fetal continuo en la fase expulsiva, lo que impidió a que se identifique el riesgo de vida y salud del feto, conllevando a que nazca deprimido, flácido, cianótico, con secreción meconial, con un apgar de 1 al minuto y 2 a los 5	Ley N° 26842, Ley General de Salud, artículo 2°.  Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, literal e) del artículo 15.1.  Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015 S.A, artículo 10°.	Infracción tipificada en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la seguridad del paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 4: “(...) <b>lesiones severas en el</b>	Con multa de hasta quinientas (500) UIT; o, con la restricción de uno o más servicios de las IPRESS hasta por un plazo máximo de seis (6) meses, o con el cierre temporal de IPRESS, hasta por un plazo máximo de seis (6) meses; o el cierre definitivo de IPRESS.

<p>minutos, lo que demuestra que tuvo sufrimiento fetal; consecuentemente, no lo habría intubado ni tampoco le habría realizado la reanimación neonatal avanzada o iniciado medicamentos en sala de partos, conllevando a que presente una lesión severa de encefalopatía hipóxico-isquémico (EHI).</p>	<p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, artículo 9°.</p> <p>Guías nacionales de atención integral de salud reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA.</p>	<p><b><i>recién nacido asociada a la falta de diligencia en la atención de parto en la IPRESS”.</i></b></p>	
---	--	---	--

### **XXXVII. FIJACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

- Determinar si la Denunciada habría incurrido en una falta de diligencia en la atención de parto.
- De ser lo anterior, determinar si ello produjo una lesión severa en el recién nacido.

### **XXXVIII. DESCARGOS Y MEDIOS PROBATORIOS**

305. El 18 de agosto de 2021, la Denunciada presentó sus descargos contra la imputación efectuada en su contra, señalando lo siguiente:

- El plan de trabajo aprobado por la Denunciante, limitaba de manera importante la ejecución de los procedimientos médicos de monitoreo básicos establecidos en la GPC; sin embargo, esa fue su decisión, que solo pudo ser influenciada gracias a la participación de su madre, ya en la etapa expulsiva del trabajo de parto, la paciente, durante todo el proceso, no manifestó conducta o predisposición para poder ejecutar un parto por cesárea, altamente recomendado, para así evitar las complicaciones que se vivió durante la etapa de parto.

306. Los medios probatorios actuados en la instrucción son los siguientes:

#### **Medios probatorios de cargo**

- a. Historia Clínica N° 079154, correspondiente a la Denunciante, elaborada por la IPRESS denunciada.
- b. Historia Clínica N° 080281, correspondiente al Usuario, elaborada por la IPRESS denunciada.
- c. Historia Clínica, elaborada por la IPRESS Clínica San Felipe.
- d. Copia de videos de parto en periodo expulsivo del 4 de diciembre de 2018 (f. 1093).
- f. Oficio N° 0186-2021-DG/INMP, presentado el 29 de enero de 2021, por el INMP mediante el cual remite opinión técnica del caso, adjuntando el Memorando N° 1068-2020-DEOG/INMP (f. 1137 a 1139) y el Memorando N° 097-2021-DN-INMP (fs. 1134 y 1135).
- g. Oficio N° 1111-2021-DG/INMP, presentado el 14 de junio de 2021 por el INMP, mediante el cual absuelve parte del pliego interrogatorio formulado por la IFIS (fs. 1729 a 1736).

#### **Medios probatorios de descargo:**

- a. Informe médico emitido por el Dr. Erle Mongrut Steane
- b. El Informe médico emitido por el pediatra, Dr. José Salas Goyanes

**Medios probatorios presentados por la Denunciante:**

- a. Informe de Auditoría Médica, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1253 a 1291).
- b. Informe de Auditoría complementaria, emitido por el Dr. José Leonardo Piscoya Arbañil (fs. 1642 y 1643).

**XXXIX. ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS**

**Punto Controvertido 1): Determinar si la Denunciada habría incurrido en una falta de diligencia en la atención de parto.**

307. De la revisión integral de la historia clínica no se evidencia que la Denunciada haya realizado un monitoreo fetal continuo en la segunda fase del parto (fase expulsiva), sobre todo teniendo en cuenta que a las 18:15 horas se administró oxitocina por segunda vez, la cual no fue suspendida (f. 461 y f. 474, reverso), lo que hace inferir que se estuvo administrando durante la segunda fase del parto.
308. En consideración a los trazados de la tococardiografía, las horas de los registros de dicha medición son hasta las 00:10 horas del día 4 de diciembre de 2018.
309. La falta de monitoreo en el periodo expulsivo no habría permitido identificar el riesgo del de vida y salud del feto, lo cual, hubiera conllevado a tomar decisiones para salvaguardar el bienestar fetal, como lo establece las guías nacionales de atención integral de salud reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA:

**“3. Monitorizar frecuencia cardíaca fetal durante el expulsivo**

*Control de Frecuencia cardíaca fetal luego de cada contracción para identificar signos de sufrimiento fetal”.*

310. Habiendo determinado que el trazado cardiotocográfico era indeterminado, la conducta a seguir era un monitoreo hasta el nacimiento, que como se dijo anteriormente en el caso de la paciente no se realizó.
311. En esa misma línea, la Guía de manejo de las complicaciones en el embarazo del Ministerio de Salud de Panamá, establece que se debe evaluar y vigilar de forma continua con monitoreo fetal hasta el nacimiento<sup>66</sup>:

*“Categoría II*

- *Instaurar maniobras de reanimación intrauterina con oxígeno por cánula nasal a 5 litros por minuto, hidratación intravenosa, colocar en decúbito lateral de preferencia izquierdo.*
- *Disminuir o suspender la actividad uterina: suspender oxitocina y/o aplicar úteros inhibidores.*
- *Considerar amnioinfusión ante sospecha de compresión de cordón umbilical.*
- *Evaluación y vigilancia continua con monitoreo electrónico fetal hasta el nacimiento”.*

(Subrayado agregado)

312. A mayor abundamiento, las Guías nacionales de atención integral de salud reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, establece que se debe realizar

<sup>66</sup> Ministerio de Salud de Panamá. Guía de manejo de las complicaciones en el embarazo Ministerio de Salud de Panamá 2015. Ver en: [https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo\\_diciembre\\_2015.pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf)

monitoreo cada 30 minutos durante el parto, pero, ante situaciones de alarma se deben realizar cada 10 minutos, hecho que no ha sido realizado por la Denunciada, a pesar de existir latidos cardíacos fetales por debajo de 100 LCF por minuto o que hubo una variación de 20 LCF por minuto (fs. 1642, reverso y 1644), que harían presumir de la existencia de signos de sufrimiento fetal, tal como se señala a continuación:

**“Evaluar latidos cardíacos fetales**

*Identificar cuál es la frecuencia cardíaca fetal basal, luego controlar antes, durante y después de la contracción, con un intervalo de cada 30 minutos.*

*La frecuencia cardíaca fetal normal es de 100-80; una frecuencia menor de 100 y mayor de 180 es signo de sufrimiento fetal. La frecuencia entre 100 y 120 y entre 160 y 180 es signo de alarma, Si hay signos de alarma podría realizarse los controles cada 10 minutos.*

*Existen caídas de la frecuencia fetal durante el trabajo de parto, se les denomina DIPs o desaceleraciones:*

- *Desaceleración temprana o DIP I, sincrónica con la contracción, es considerada normal.*
- *Desaceleración tardía o DIP II, se produce inmediatamente después del acmé de la contracción. La frecuencia cardíaca fetal cae más de 15 latidos por minuto y dura más de 15 segundos. Considerarlo un signo de alarma.*
- *Desaceleración variable: de duración, amplitud y momento de comienzo variable se atribuyen a compresión del cordón. Si existe una disminución de la frecuencia cardíaca basal en más de 20 latidos por minuto, hay que considerarla signo de alarma”.*

313. De lo mencionado, podemos concluir que la Denunciada no actuó con diligencia en la atención de parto al no haber realizado un monitoreo fetal continuo en la fase expulsiva, con lo cual, se cumple el punto controvertido que nos avoca.

**Punto Controvertido 2): De ser lo anterior, determinar si ello produjo una lesión severa en el recién nacido.**

314. El bebé nació a las 02:00 horas del 4 de diciembre de 2018; sin embargo, no se evidencia que la Denunciada lo haya intubado inmediatamente en sala de partos (f. 1730, reverso), a pesar de cuadro delicado que presentaba: deprimido, flácido, cianótico, con secreción meconial, con un apgar de 1 al minuto y 2 a los 5 minutos, lo que refleja un evidentemente sufrimiento fetal/ hipoxia fetal.

315. Tampoco se verifica que, ante la asfixia severa que presentaba el RN (recién nacido) se haya realizado reanimación neonatal avanzada o iniciado medicamentos en sala de partos, tal como lo establece la literatura médica:

*“Si hubiera meconio y el bebé presenta respiraciones, tono muscular o frecuencia cardíaca deprimidos, el primer paso que deberá llevar a cabo es la intubación de la tráquea, antes de comenzar con cualquier otra medida de reanimación”<sup>67</sup>.*

*“Si el recién nacido nace deprimido (respiración ausente, hipotónico o frecuencia cardíaca < 100 lat./min) inmediatamente después del nacimiento, sin secarle ni estimularle, debe comprobarse mediante laringoscopia directa si existe meconio en faringe y tráquea, en cuyo caso se intubará al niño y se aspirará”<sup>68</sup>.*

316. Además de ello, la Denunciada no brindó un tratamiento de hipotermia para encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) dentro de las seis (6) horas de nacido (fs. 389 y 390), tal como lo establece la Guía de Práctica Clínica de sobre Encefalopatía Hipóxico-Isquémica Perinatal en el Recién Nacido<sup>68</sup>: “Se recomienda el empleo de hipotermia en RN de edad

<sup>67</sup> Intubación endotraqueal e inserción de vía aérea con máscara laríngea. Ver en: [http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias\\_PMontt\\_2015/Procedimientos/Intubacion%20Endotraqueal/Intubacion%20Endotraqueal%20libro%20Reanimacion%20neonatal.pdf](http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Procedimientos/Intubacion%20Endotraqueal/Intubacion%20Endotraqueal%20libro%20Reanimacion%20neonatal.pdf)

<sup>68</sup> Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipoxico-Isquemica en el Recién

*gestacional mayor o igual a 35 semanas con EHI perinatal tanto moderada como grave para reducir el riesgo de muerte o discapacidad grave en el neurodesarrollo a los 18-24 meses”.*

317. Lo que también se encuentra establecido en la literatura médica examinada: *“La hipotermia moderada sostenida (terapéutica), cuando es iniciada en las primeras 6 horas de vida, reduce la prevalencia de muerte-discapacidad asociada a la EHI moderada-grave y aumenta el número de niños que sobreviven con función neurológica normal. La hipotermia terapéutica se asocia con una mejoría estadísticamente significativa en la supervivencia con función neurológica normal y una reducción en: Discapacidad mayor, discapacidad del desarrollo neurológico, incluida parálisis cerebral, retraso en el desarrollo, ceguera, riesgo de muerte a los 18 meses. El número de pacientes con EHI que precisan ser tratados para prevenir un caso de muerte o discapacidad está en un rango de 6 a 9 pacientes”*<sup>69</sup>.
318. Frente a ello, la Denunciada ha manifestado a través de su descargo que, el plan de trabajo aprobado por la Denunciante, limitaba de manera importante la ejecución de los procedimientos médicos de monitoreo básicos establecidos en la GPC, siendo que en la etapa expulsiva del trabajo de parto, la paciente, durante todo el proceso, no manifestó conducta o predisposición para poder ejecutar un parto por cesárea, altamente recomendado, para así evitar las complicaciones que se vivió durante la etapa de parto.
319. Al respecto, tal como se ha indicado de forma reiterativa en los párrafos precedentes, no existe medio probatorio alguno que acredite que la Denunciante haya impuesto una serie de condiciones para el trabajo de parto, tampoco se advierte que la Denunciada le haya informado la necesidad de una cesárea y ésta se haya negado, máxime cuando este tipo de limitaciones ponía en riesgo su vida y la del neonato, por lo que, la Denunciada, en función de sus obligaciones aplicando las normas de práctica médica, debió realizar los procedimientos correspondientes, a fin de proteger la salud y vida de la madre y del neonato; sin embargo, no lo hizo.
320. Sobre el particular, cabe indicar a la Denunciada que si bien los médicos pueden recomendar medidas necesarias para salvaguardar la salud y vida de los pacientes, lo cierto es que ellos no pueden apartarse de lo establecido en las Guías de Práctica Clínica, en tanto estas contienen un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas para la optimización en la atención sanitaria de los pacientes.
321. Asimismo, se debe señalar que el médico tratante dentro de su experiencia, puede y debe recomendar todas las medidas necesarias para salvaguardar la salud y vida de la madre y el neonato.
322. Sobre este punto, resulta importante traer a colación la definición de médico tratante, como *la persona responsable del paciente y su enfermedad, pues es aquel que se hace cargo del caso y guía al paciente en el transcurso de la enfermedad (Kasper & Braundwald, 2006). Por tanto, puede asumirse que el médico tratante es el líder de un equipo clínico multidisciplinario que conoce integralmente la situación del paciente y se responsabiliza de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento*<sup>70</sup>.

---

Nacido, México: Secretaría de Salud, 2010. Ver en : [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/371-10\\_Encefalopatxahipoxico-isquxmica/IMSS-371-10 GER Encefalopatxa Hipxxico Isquxmica.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/371-10_Encefalopatxahipoxico-isquxmica/IMSS-371-10 GER Encefalopatxa Hipxxico Isquxmica.pdf)

<sup>69</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal-Maternidad de Lima. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Volumen 6, Número 2, Diciembre 2017. Hipotermia terapéutica en el tratamiento de Encefalopatía Hipóxico Isquémica en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Ver en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/8/8>

<sup>70</sup> Alcance del concepto del médico tratante en las acciones de tutela para proteger el derecho al diagnóstico. Rojas Giraldo, Aristizábal Agudelo y otro. Revista CES DERECHO Volumen 5 No.2 Julio-Diciembre / 2014. Visto en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v5n2/v5n2a07.pdf>

323. Así, el médico es la persona competente para decidir las prestaciones de salud que requiere un paciente en determinada situación, puesto que es quien se encuentra capacitado para decidir con base en criterios médicos-científicos y por ser quien conoce al paciente, lo cual debe darse dentro de lo establecido en las Guías de Práctica Clínica, protocolos y/o literatura médica, lo cual enmarca los parámetros de idoneidad del servicio.
324. En consecuencia, la Denunciada no actuó con diligencia en la atención de parto al no haber realizado un monitoreo fetal continuo en la fase expulsiva, lo que impidió a que se identifique el riesgo de vida y salud del feto, conllevando a que nazca deprimido, flácido, cianótico, con secreción meconial, con un apgar de 1 al minuto y 2 a los 5 minutos, lo que demuestra que tuvo sufrimiento fetal; consecuentemente, no realizó una intubación ni tampoco realizó la reanimación neonatal avanzada o iniciado medicamentos en sala de partos, conllevando a que presente una lesión severa de encefalopatía hipóxico-isquémico (EHI).
325. Dicha situación transgrede lo establecido en el artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que señala que: “Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda”.
326. Así como también lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que señala que: *“Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales”.*
327. Además, lo dispuesto en el literal e), del artículo 15.1 de la Ley 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Pacientes de los Servicios de Salud, que prevé que toda persona tiene derecho a: “Obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa”.
328. Asimismo, con lo señalado en el artículo 10° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que establece que: “Toda persona tiene derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud de la persona usuaria (...)”.
329. En consecuencia, a la luz de los hechos señalados y pruebas actuadas contrastadas con la normativa aplicable al presente caso, se determina que la conducta de la Denunciada se encuentra inmersa en el tipo infractor establecido en el RIS de SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la seguridad del paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 4: **“(...) lesiones severas en el recién nacido asociada a la falta de diligencia en la atención de parto en la IPRESS”**, correspondiendo la aplicación de la sanción respectiva.

#### **XL. DETERMINACIÓN DE LA SANCIÓN ADMINISTRATIVA**

330. Acreditada la infracción del Hecho Imputado N° 9, de acuerdo a los argumentos antes expuestos, conforme lo regulado en la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificada por la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-

SUSALUD/S, se procede a determinar la sanción correspondiente, aplicando la metodología de cálculo aprobada y que se desarrolla a continuación:

N°	CRITERIOS GENERALES	MOTIVACIÓN	PONDERACIÓN	
1.	Daño resultante o potencial de la infracción (DRP)	Comprobada la infracción, por los fundamentos señalados, se evidencia la existencia de un daño resultante, toda vez que la Denunciada no actuó con diligencia en la atención de parto al no haber realizado un monitoreo fetal continuo en la fase expulsiva, lo que impidió a que se identifique el riesgo de vida y salud del feto, conllevando a que nazca deprimido, flácido, cianótico, con secreción meconial, con un apgar de 1 al minuto y 2 a los 5 minutos, lo que demuestra que tuvo sufrimiento fetal; consecuentemente, no lo habría intubado ni tampoco le habría realizado la reanimación neonatal avanzada o iniciado medicamentos en sala de partos, conllevando a que presente una lesión severa de encefalopatía hipóxico-isquémico (EHI).	Existe	10
2.	El perjuicio económico causado. (PE)	Por el tipo de infracción, no se advierte perjuicio económico.	No Existe	0
3.	Beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción. (BI)	Por el tipo de infracción, no se advierte beneficio ilícito alguno.	No Existe	0
4.	Intencionalidad en la conducta del infractor. (IN)	En el presente caso, si bien se acredita un daño, lo cierto es que no se puede atribuir como uno revestido de intencionalidad, máxime cuando no obra medio probatorio que acredite tal condición <sup>71</sup> .	No Existe	0
5.	Repetición (reincidencia) y/o continuidad en la comisión de la infracción. (RI)	No se advierte reincidencia y/o continuidad de la infracción por parte de la Denunciada.	No Existe	0

N°	CRITERIO GENERAL	MOTIVACIÓN	Variable
1.	Probabilidad de detección de la infracción. (PD)	Conforme a la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, Artículo 9°, la variable es la establecida para las infracciones detectadas por supervisión, vigilancia, queja, intervención de oficio o denuncia.	0.85

### Aplicación de la fórmula establecida en la Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S (Ponderación de la Multa, Artículo 9°)

<sup>71</sup> ACUERDO 008-2020 – Precedente de Observancia Obligatoria del Tribunal de SUSALUD, sobre la aplicación del criterio de intencionalidad en los procedimientos sancionadores de SUSALUD, publicado en el Diario Oficial el Peruano el 17 de julio de 2020, el cual establece:

1. El criterio de intencionalidad se encuentra supeditado a la existencia de la voluntad del infractor (dolo), que busca o tiene el propósito de cometer la infracción verificada por comisión u omisión, esto es, la finalidad de alcanzar un objetivo determinado (infringir el marco normativo), independientemente del daño generado por su actuación.

(...)

3. El criterio de intencionalidad como factor de graduación de la sanción resulta aplicable únicamente cuando se advierte la existencia de una certeza respecto a la actuación u omisión realizada de manera voluntaria y consciente y que conlleva la comisión de una conducta infractora por parte de la persona natural o por quien actúa en representación de la persona jurídica a cargo de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.

$$RCG = \frac{(BI+DP+IN+PE+RI)}{PD}$$

BI+DP+IN+PE+RI	10.00
PD	0.85
<b>RCG</b>	<b>11.76</b>
<b>UIT</b>	219

331. Realizada la fórmula de cálculo, al Resultado de aplicación de los Criterios Generales (RCG), se alcanza un valor de 11.76, el cual, conforme a la Resolución de Superintendencia antes señalada, Anexo: Multa Aplicable en Unidades Impositivas Tributarias para Infracciones Muy Graves, corresponde imponer la sanción administrativa de **multa** ascendente a **219 UIT**, conforme lo dispuesto en el inciso b) del artículo 20° del RIS de SUSALUD.

#### **XLI. DE LOS LÍMITES AL MONTO DE LA MULTA**

332. En el presente caso, se debe tener en consideración lo establecido en el artículo 10° de la Resolución de Superintendencia N° 099-2014-SUSALUD/S, modificado por Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, mediante la cual se aprueba la Metodología de Cálculo de Sanciones Aplicables, estableciéndose que, cuando el Tope Máximo de Multa establecida para las infracciones leves (100 UIT) sea mayor que el parámetro aplicable a la IPRESS según los porcentajes establecidos en la Tabla de Ajuste, debe utilizarse la siguiente fórmula:

$$VFA = \frac{(RAT) (PA)}{TM}$$

333. Sobre el particular, la Denunciada ha presentado su Declaración de Pago Anual de Impuesto a la Renta, en la cual se advierte que el monto asciende a 16,945 413 (Dieciséis millones, novecientos cuarenta y cinco mil con cuatrocientos trece soles), por lo que al aplicar la fórmula establecida arroja el siguiente resultado:

<b>Límites al Monto de la Multa</b>	
TOTAL INGRESOS BRUTOS/BIENES Y SERVICIOS	S/. 16,945,413.00
Ingresos Brutos/Bienes y Servicios Mes Tipo S/.	S/. 1,412,117.75
Parámetro	20%
PARAMETRO APLICABLE (PA) S/.	S/. 282,423.55
PA EN UIT	64.19

<b>VFA EN UIT</b>	<b>28.11</b>
-------------------	--------------

334. En tal sentido, la multa a imponer por el Hecho imputado N° 5 asciende a 28.11 (veintiocho con 11/100) UIT.

#### **XLII. SOBRE LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA IPROT**

335. Sobre la base de lo expuesto en el Hecho Imputado N° 2, consistente en la falta de entrega de la información requerida por SUSALUD dentro del plazo establecido, se concluyó que la IPRESS denunciada si habría remitido la información solicitada por la IPROT en el plazo concedido, para cuyo efecto, adjuntó en calidad de medio probatorio el *print* de pantalla del mensaje enviado a las cuentas electrónicas señaladas por el propio órgano de sustento, donde se adjunta cuatro (4) archivos en PDF.

336. Sin embargo, conforme se ha señalado en los considerandos que atañen el Hecho Imputado N° 2, al revisar de manera prolija el expediente administrativo y verificar el STD, no se ha advertido registro alguno sobre los documentos que habrían sido presentados por la Denunciada ante el requerimiento efectuado, lo cual ocasionó que el presente procedimiento sancionador se dilate.
337. En tal sentido, corresponde correr traslado del presente resolución a la Secretaria Técnica del Procedimiento Administrativo Disciplinario (STPAD), para que en el marco de sus competencias lleve a cabo el deslinde de responsabilidades, por corresponder.

Por tanto, de conformidad con las atribuciones conferidas mediante Decreto Supremo N° 008-2014-SA; de acuerdo a lo regulado en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA; por los fundamentos expuestos y estando a lo formulado en el documento de visto;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- ABSOLVER a Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur),** identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 1**, en virtud de la infracción contenida en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Leves, numeral 3: ***“No cumplir con solicitar al Usuario (...) el Consentimiento Informado por escrito, previo a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos (...) en la forma prevista por la normativa vigente”.***

**ARTÍCULO 2°.- ABSOLVER a Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur),** identificada con N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 2**, en virtud de la infracción contenida en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones leves, numeral 27: ***“No entregar la información requerida por SUSALUD dentro de la periodicidad o plazos determinados”.***

**ARTÍCULO 3°.- IMPONER** la sanción administrativa de **MULTA** ascendente a **300 (trescientos) UIT** a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur),** identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 3 (Sub Hechos 3B al 3N)**, en virtud de la infracción contenida en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, artículos 18°, 19° y 67° y 68.1.

**ARTÍCULO 4°.- ABSOLVER a Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur),** identificada con N° 20110168803, por el cargo acotado en el extremo del **Sub Hecho 3A del Hecho Imputado N° 3**, en virtud de la infracción contenida en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, artículos 18°, 19° y 67° y 68.1.

**ARTÍCULO 5°.- ABSOLVER a Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur),** identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 4**, en virtud de la infracción contenida en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Graves, Numeral 1: ***“Postergar injustificadamente el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad (...)”.***

**ARTÍCULO 6°.- IMPONER** sanción administrativa de **MULTA** ascendente a **4.17 (cuatro con 17/100) UIT** a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur),** identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 5**, en virtud de la infracción contenida en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III:

Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Leves, Numeral 5: ***“No cumplir con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica”.***

**ARTÍCULO 7°.- IMPONER** sanción administrativa de **MULTA** ascendente a **90 (noventa) UIT** a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur)**, identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 6 (Sub Hechos 6-A, 6-C y 6-D)**, en virtud de la infracción contenida en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, artículos 18°, 19° y 67° y 68.1.

**ARTÍCULO 8°.- ABSOLVER** a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur)**, identificada con N° 20110168803, por el cargo acotado en el extremo del **Sub Hecho 6B del Hecho Imputado N° 6**, en virtud de la infracción contenida en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, artículos 18°, 19° y 67° y 68.1.

**ARTÍCULO 9°.- IMPONER** sanción administrativa de **MULTA** ascendente a **4.17 (cuatro con 17/100) UIT**, a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur)**, identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 7**, en virtud de la infracción contenida en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Leves, numeral 3: ***“No cumplir con solicitar al Usuario (...) el Consentimiento Informado por escrito, previo a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos (...) o de tratamiento (...) en la forma prevista por la normativa vigente”.***

**ARTÍCULO 10°.- IMPONER** sanción administrativa de **MULTA** ascendente a **12.52 (doce con 52/100) UIT**, a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur)**, identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 8**, en virtud de la infracción contenida en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Graves, Numeral 1: ***“Postergar injustificadamente el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad (...)”.***

**ARTÍCULO 11°.- IMPONER** sanción administrativa de **MULTA** ascendente a **28.11 (veintiocho con 11/100) UIT** a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur)**, identificada con RUC N° 20110168803, por el cargo acotado en el **Hecho Imputado N° 9**, en virtud de la infracción contenida en el Decreto Supremo N° 031-2014-SA -Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS, Anexo III-B: Infracciones referidas a la seguridad del paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 4: ***“(…) lesiones severas en el recién nacido asociada a la falta de diligencia en la atención de parto en la IPRESS”.***

**ARTÍCULO 12°.- CORRER TRASLADO** de la presente resolución a la Secretaria Técnica del Procedimiento Administrativo Disciplinario (STPAD), para que en el marco de sus competencias deslinde responsabilidades, de corresponder, conforme a lo señalado en el acápite XLIII de la presente.

**ARTÍCULO 13°.- ESTABLECER** que, de no presentarse recurso administrativo contra el presente pronunciamiento, dentro del plazo establecido en el artículo 19° del RIS de SUSALUD, esta resolución quedará consentida y firme.

**ARTÍCULO 14°.- REQUERIR** a **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur)**, a efectos que en el plazo de quince (15) días hábiles siguientes de haber quedado firme la presente resolución, cumpla con cancelar la multa impuesta bajo apercibimiento de iniciar el procedimiento de ejecución coactiva correspondiente. El monto de la sanción puede ser reducido en un 20% si ésta se cancela en el plazo antes señalado.

**ARTÍCULO 15°.- DISPONER** que el monto de la multa más sus intereses, de ser el caso, sean cancelados mediante depósito en efectivo, cheque certificado o de gerencia, en la cuenta corriente de SUSALUD N° 0000-282995 / CCI N° 018-000000000-28299500 del Banco de la Nación.

**ARTÍCULO 16°.- NOTIFICAR** la presente resolución, conforme a lo dispuesto en el numeral 21.3 del artículo 21° y numeral 20.4 del artículo 20° del T.U.O. de la Ley N° 27444 a:

- **Proyectos Médico S.A. (Nombre Comercial: Clínica Montesur)**, a su correo electrónico: [estudio@castillaabogados.com](mailto:estudio@castillaabogados.com), debiendo brindar acuse de recibido, en el plazo de 2 días hábiles.
- La señora **Gitla Rachel Hochman Giurfa**, a su correo electrónico: [gitlahoch@gmail.com](mailto:gitlahoch@gmail.com), debiendo brindar acuse de recibido, en el plazo de 2 días hábiles.

**ARTÍCULO 17°.- COMUNICAR**, lo resuelto a:

- El Superintendente Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en el literal m) del artículo 19° del Decreto Supremo N° 008-2014-SA.
- La Superintendencia Adjunta de Promoción y Protección de los Derechos de Salud-SADERECHOS, conforme lo dispuesto en el literal n) del artículo 19° del Decreto Supremo N° 008-2014-SA.
- La Intendencia de Protección de Derechos en Salud (IPROT), por ser el órgano que sustentó el procedimiento sancionador, de acuerdo a lo señalado en el numeral 6) del artículo 255° del T.U.O. de la Ley N° 27444.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

---

**ABG. AGUSTÍN SEGUNDO SILVA VITE**  
Superintendente Adjunto de la Superintendencia  
Adjunta de Regulación y Fiscalización