

RESOLUCION SUPERINTENDENCIA DE SALUD Nº 404 /2025

POR LA CUAL SE DISPONE LA REALIZACION DE UNA AUDITORIA INTEGRAL DE OFICIO, EN RELACION A LOS HECHOS DENUNCIADOS REFERENTE A LA PRESUNTA FALTA DE ATENCION O ATENCION INADECUADA, Y QUE DERIVO EN LA MUERTE DEL RECIEN NACIDO, HIJO DE ROSI MARIBEL VAZQUEZ.

Asunción, 01 de marzo de 2025

VISTO:

Que, en atención a la publicación en los diferentes medios de comunicación periodística, así como en redes sociales, donde fueron denunciados hechos relacionados a la presunta falta de atención o atención inadecuada al recién nacido, hijo de Rosi Maribel Vázquez, y que derivó en la muerte del mismo;

CONSIDERANDO:

Que la Ley Nº 1032/96 "Que Crea el Sistema Nacional de Salud", en su artículo 33, dispone que la Superintendencia de Salud tiene a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios de salud, ofrecidos por el sistema de salud pública y privada de la República del Paraguay.

Que, la Ley Nº 2319/06 "Que establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud" en su Artículo 1º define a la Auditoría: Conjunto de procedimientos de inspección, examen y análisis crítico, sistemático y objetivo de los aspectos médicos, contables y jurídicos de las entidades de salud comprendidas en esta Ley, que incluye además a las comunidades terapéuticas no convencionales

Que, en su artículo 2º La Superintendencia de Salud es el organismo que, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, está encargada de la aplicación de la presente Ley, en todo el territorio de la República. Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia goza de autonomía técnica y de gestión.

Que, el Artículo Nº 4 inc. a) "Verificar que las EPSS, estén debidamente registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar social y que presten adecuadamente los servicios de Salud y de atención sanitaria que la Ley les encomienda o que asumieron como obligación contractual; de no ser así se procederá a la clausura inmediata, hasta tanto se regularice sus funciones.", e) "auditar y requerir informes específicos a las EPSS, además de otros datos de interés, en casos ordinarios y extraordinarios", h) "establecer medidas correctivas de situaciones irregulares que entorpezcan o distorsionen el funcionamiento de las EPSS, o la prestación del servicio y aplicar las sanciones previstas en esta Ley".

Que en concordancia con el Artículo 5º Para el cumplimiento de las funciones de la Superintendencia: a) sus representantes accederán a las instalaciones de las EPSS y estarán facultados para que les sean exhibidos sus documentos e instalaciones. Para la realización de auditorías, podrán solicitar la exhibición de sus libros y documentos y la entrega de sus copias y que los documentos e instalaciones pueden ser objeto de peritajes técnicos.

Que, entre los deberes y atribuciones de la Superintendencia de Salud, según el Artículo 9º b) y l), de la Ley Nº 2319/06, establece como deber y atribuciones del Superintendente, "el planificar, coordinar, dirigir y controlar, el funcionamiento de la Superintendencia de Salud y el adoptar medidas tendientes a que las disposiciones de esta Ley se cumplan en el marco de los procedimientos que rigen en el ámbito administrativo, así como el de disponer de auditorías especiales de oficio o ante denuncias responsables y;



SS SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

RESOLUCION SUPERINTENDENCIA DE SALUD N° 401 /2025

POR LA CUAL SE DISPONE LA REALIZACION DE UNA AUDITORIA INTEGRAL DE OFICIO, EN RELACION A LOS HECHOS DENUNCIADOS REFERENTE A LA PRESUNTA FALTA DE ATENCION O ATENCION INADECUADA, Y QUE DERIVO EN LA MUERTE DEL RECIEN NACIDO, HIJO DE ROSI MARIBEL VAZQUEZ.

POR TANTO: en uso de sus atribuciones

EL SUPERINTENDENTE DE SALUD

RESUELVE:

**Artículo 1º** Disponer la realización de una Auditoría Integral de oficio, conforme a publicaciones en los diferentes medios de comunicación, así como en redes sociales, donde fueron denunciados hechos relacionados a la presunta falta de atención o atención inadecuada al recién nacido, hijo de Rosi Maribel Vázquez, y que derivó en la muerte del mismo; a fin de determinar si se han cumplido consecuentemente los protocolos en razón a la Calidad de atención en los Servicios de Salud.

**Artículo 2º** Designar a los funcionarios Auditores de la Superintendencia de Salud, a fin de organizar y coordinar las Estrategias de control y levantamiento de informes requeridos:

1- Dr. José Luis Molinas Noveri	C.I. N° 987.268
2- Dra. Rebeca Rocio Salerno Chaves	C.I. N° 2.484.287
3- Dra. Karina Troche Orue	C.I. N° 3.704.098
4- Dra. María Cristina Barrios Battilana	C.I. N° 2.368.478
5- Dr. Alberto Benitez Brugada	C.I. N° 938.683
6- Lic. Oscar Galeano De La Huerta	C.I. N° 1.187.977
7- Lic. Julio Cesar Riveros Arce	C.I. N° 4.574.068
8- Abog. Eduardo Bartolozzi Gómez	C.I. N° 1.537.361
9- Abog. Gustavo Gadea Delvalle	C.I. N° 1.193.451
10- Abog. Enrique Daniel Román Rivas	C.I. N° 1.759.021
11- Abog. Miguel Arestivo Duarte	C.I. N° 3.030.057
12- Abog. Alberto José Villamayor	C.I. N° 3.385.781

**Artículo 3º** Designar al Dr. José Luis Molinas Noveri, C.I. N° 987.268, como Jefe del Equipo de Auditores de la Superintendencia de Salud.

**Artículo 4º** Establecer que el Equipo de Auditores de la Superintendencia de Salud la presentación del informe final dentro del plazo de 30 (treinta) días corridos a partir de la promulgación de esta Resolución.

**Artículo 5º** Encomendar a la Dirección de Administración y Finanzas de la Superintendencia de Salud a proveer los recursos necesarios para el cumplimiento de la presente Resolución.

**Artículo 6º** Comunicar a quienes corresponda y cumplida archivar.



SS SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Dr. Roberto Melgarejo, Palacios  
Superintendente de Salud.



MARCO LEGAL

- Constitución Nacional Capítulo VI DE LA SALUD

Artículo 68 - del Derecho a la Salud

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes.

Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

Artículo 69 - del Sistema Nacional de Salud

Se promoverá un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

- Ley 836/80 Código Sanitario

Artículo 12.- El Poder Ejecutivo podrá disponer el funcionamiento de un Consejo Nacional de Salud, mediante la integración de los distintos componentes del sector para racionalizar los recursos, reducir los costos y evitar la superposición o dispersión de esfuerzos.

Artículo 24.- Ninguna persona podrá recibir atención médica u odontológica sin su expreso consentimiento y en caso de impedimento el de la persona autorizada. Se exceptúan de esta prohibición las atenciones de urgencia y las previstas en el art. 13 (En caso de epidemias o catástrofes...")

- Ley 1032/1996 "Que crea el Sistema Nacional de Salud"

Artículo 33.- La Dirección Médica Nacional es el organismo técnico de normalización y gerenciamiento del Sistema de Servicios. El Fondo Nacional de Salud será el órgano encargado de desarrollar la política de financiamiento del sector y la organización y administración del Seguro Médico Nacional. La Superintendencia de Salud tendrá a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema.

Artículo 34.- Ley 2319/2006 "Que establece las Funciones y Competencias de la Superintendencia de Salud"

Artículo 1°. - Para los efectos de esta Ley se entenderá por: "Auditoría: conjunto de procedimientos de inspección, examen y análisis crítico, sistemático y objetivo de los aspectos médicos, contables y jurídicos de las entidades de salud comprendidas en esta Ley, que incluye además a las comunidades terapéuticas no convencionales".

"La Auditoría Médica: Referida a la calidad de la asistencia médica en todos sus aspectos (diagnósticos, procedimientos terapéuticos, uso de recursos y desenlaces clínicos)".

Artículo 3°. - Estarán sujetas a las disposiciones de esta Ley, las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPSS). No estarán sujetas a las disposiciones de esta Ley la actividad médica o de profesional de la salud que no constituya una empresa prestadora de servicios de salud.

Artículo 4°. - incisos: a) "verificar que las EPSS estén debidamente registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y que presten adecuadamente los servicios de salud y de atención sanitaria que la Ley les encomienda o que asumieron como obligación contractual; de no ser así se procederá a la clausura inmediata, hasta tanto se regularice sus funciones". e) "auditar y requerir informes específicos a las EPSS, además de otros datos de interés, en casos ordinarios y extraordinarios. g) establecer vigilancias preventivas y sistémicas para verificar las condiciones en que las EPSS realizarán las prestaciones a su cargo, para mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de las mismas.

Dr. Oscar Rodríguez de Huentela  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dr. Karina Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

Abg. Alberto José Williams por Abg.  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

GUSTAVO J. GADEA  
ABOGADO  
M.L. C.S.J. N° 9.060

Abg. Eduardo Harbelle Zúñiga  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dr. Cristina Barrios Bantiana  
Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Melina Nover  
Medico R.P. N. 4.900  
Abogado Mat. N. 16.228

Abg. Enrique Román Rivas  
Abogado Dictaminante

Dr. Rubén Salerno  
Superintendencia de Salud

Abg. Miguel Crespo  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Artículo 9°. - inciso m) estipula que es atribución del Superintendente, disponer auditorías especiales de oficio ante denuncias responsables.

- Resolución MSPyBS S.G. N°423/ 2019: por el cual se aprueba el nuevo Manual de Organización de Servicios y Redes de Salud en el marco de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) la cartera de servicios por niveles de atención y complejidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y se dispone su implementación en la red de servicios de todo el país; y se abroga a la Resolución S.G. N° 463, de fecha 03 de agosto de 1998.
- Resolución Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social S.G N°527/2010: Por la cual se crea el expediente clínico a ser utilizado en la gestión de prestación de servicios de salud. Se aprueba el formato único y el manual de normas y procedimientos; y se dispone su implementación obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos y privados del país.
- Código Penal; Artículo 123.- Tratamiento médico sin consentimiento; inciso 1°: El que, actuando según los conocimientos y las experiencias del arte médico, proporcionará a otro un tratamiento sin su consentimiento, será castigado con pena de multa.
- Resolución Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social S.G. N°0749/ 2017 por la cual se aprueba el documento "Protocolo de Aplicación de Consentimiento Informado", y se establece su utilización obligatoria en los establecimientos que forman parte del Sistema de Salud.
- Resolución Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social S.G. N° 584/2019 "POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS REQUISITOS FÍSICOS, DOCUMENTALES Y EQUIPAMIENTOS BÁSICOS PARA LAS UNIDADES DE TERAPIAS INTENSIVAS PEDIÁTRICAS, NEONATALES Y PARA ADULTOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS DE TODO EL TERRITORIO NACIONAL".
- Resolución SupSalud N° 87/2024 "POR LA CUAL SE ESTABLECE LA ESTRATEGIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD PARA ESTABLECIMIENTOS A CARGO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL".
- Código rojo obstétrico neonatal aprobado por Resolución S.G. N° 1004.
- Flujograma y normativas de SEME.
- Individualización y búsqueda de servicios de cuidados intensivos en el sector público y la reglamentación del procedimiento administrativo para el cumplimiento de medidas cautelares dictadas en el fuero de la Niñez y la Adolescencia según decreto del Poder Ejecutivo N°:3384/2015.
- Transporte sanitario en base a la Resolución S.G. N°093/20218.
- Manual Nacional de Normas de Atención de las principales patologías obstétricas, aprobado por Resolución S.G. N° 419.
- Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio; Seguros e Inclusivos. Aprobado por Resolución S.G. N° 1078 del 10 de diciembre del 2021.
- Actas de la Superintendencia de entrevistas y visitas realizadas en Colonia Independencia y Villarrica del Espíritu Santo, en la Dirección de Establecimientos de Salud, y en la Superintendencia de Salud realizada a los Profesionales que atendieron al RN.

*[Signature]*  
 Dra. Corina Troche  
 Lic. 2522 (30/08/2017)  
 Directora General de  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Abg. Alberto José Villanar Rojas  
 Director de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 GUSTAVO J. GADEA  
 ABOGADO  
 Matr. C.S.A. N° 9.069

*[Signature]*  
 Abg. Eduardo Rodríguez  
 Director de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Cecilia Ferrero Bastiana  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Abg. Enrique D. Román Ríos  
 Abogado Dictaminante

*[Signature]*  
 Dra. Verónica Salerno  
 Superintendencia de Salud

Certificado de Registro y Habilitación de la Unidad de Terapia Intensiva – Neonatología "Hospital Regional de Villarrica".  
 www.supusalud.gov.py | Dr. José Luis Rojas Novati  
 superintendencialesalud@mssps.gov.py | Matr. R.P. N° 4.390 | Página 3 de 44 | Tte. Demetrio Araujo Miño N° 107 del 10 de agosto del 2024  
 Dirección de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

- Acta de defunción del RN.

ANTECEDENTES DE LA AUDITORÍA INTEGRAL DE OFICIO

En atención a la publicación en los diferentes medios de comunicación periodística, así como en redes sociales, donde fueron denunciados hechos relacionados a la presunta falta de atención o atención inadecuada al recién nacido, hijo de [REDACTED] y que derivó en la muerte del mismo.

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

Objetivo General de la Auditoría:

Evaluar de manera integral la atención brindada a la madre y al recién nacido durante todo el proceso asistencial, desde el periodo prenatal hasta el manejo neonatal y su posterior traslado, identificando fallas en la planificación, infraestructura, coordinación, y toma de decisiones clínicas y administrativas, con el propósito de proponer mejoras que garanticen una atención segura, oportuna y de calidad conforme a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

Objetivos Secundarios:

**OBJETIVO 1:** Evaluar la gestión de la verificación, habilitación, e inauguración oficial de la terapia neonatal: Revisar los procesos de planificación, verificación y habilitación de las condiciones operativas de la nueva Terapia Neonatal en el Hospital Regional de Villarrica, asegurando que los estándares y normativas de seguridad, infraestructura y funcionamiento se hayan cumplido adecuadamente previo a la inauguración oficial.

**OBJETIVO 2:** Identificar los problemas estructurales y operativos previos y posteriores a la inauguración de la terapia neonatal: Evaluar las causas que llevaron a que la terapia neonatal no estuviera operativa después de la inauguración oficial (planificación y socialización), su verificación y habilitación correspondiente, así como también las medidas adoptadas para su corrección.

**OBJETIVO 3:** Evaluar el manejo de la paciente durante su periodo Prenatal: Analizar las consultas realizadas durante su atención Prenatal, en cuanto al número, profesionales que la evaluaron, estudios realizados, complicaciones y manejo, etc. Así como también las decisiones tomadas por los profesionales intervinientes.

**OBJETIVO 4:** Examinar la decisión de traslado de la paciente desde su primera atención en el Hospital Distrital de Colonia Independencia al hospital Regional de Villarrica: Analizar la evaluación médica realizada en el Hospital Distrital de Colonia Independencia, y las decisiones sobre el traslado al Hospital Regional de Villarrica, considerando los criterios de urgencia, la disponibilidad de servicios en la comunidad y las recomendaciones médicas, así como la información proporcionada a la paciente sobre el traslado.

**OBJETIVO 5:** Revisar el manejo clínico de la madre y del RN en el Hospital Regional de Villarrica: Evaluar el manejo clínico de la madre y el RN, incluyendo la condición clínica y evolución, así como también todas las decisiones médicas (diagnósticas y terapéuticas) tomadas ante las complicaciones ocurridas, conforme a lo establecido en los protocolos y guías del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

**OBJETIVO 6:** Evaluar la cadena de decisiones y la respuesta del hospital y del Sistema de salud ante la emergencia del neonato: Investigar las decisiones tomadas por el personal médico y administrativo del hospital de Villarrica al momento de la llegada de la embarazada de alto

*[Signature]*  
Dra. Karoline Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Uc. Cysta  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Abg. Wilson de Villanar Ayala  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

GUSTAVO J. GADABO  
ABOGADO  
M. C. S. N.º 9.660

*[Signature]*  
Abg. Edmundo Bernabé  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Cristina Harris  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Abg. Enrique Román Ríos  
Abogado Dictaminante

*[Signature]*  
Dra. Rebeca Salgerno  
Superintendencia de Salud

riesgo, así como la comunicación y coordinación para el traslado del neonato, tomando en cuenta las condiciones estructurales que afectaron la operatividad de la terapia neonatal.

**OBJETIVO 7: Examinar los protocolos de traslado y los impactos en la atención médica del neonato:** Evaluar la calidad del traslado del neonato a la unidad de terapia neonatal, considerando las condiciones del transporte, la tardanza y el estado clínico del paciente durante el proceso. Revisar si se tomaron decisiones adecuadas sobre el traslado, la ruta y el tiempo de respuesta.

**OBJETIVO 8: Determinar la relación entre la demora en la atención y la evolución clínica del neonato:** Analizar si el retraso en la atención y el traslado del neonato fueron factores influyentes en su mala evolución y fallecimiento, considerando los estándares médicos de urgencia neonatal y la gestión hospitalaria.

**OBJETIVO 9: Revisar el manejo clínico del RN en el Hospital de Trinidad:** Analizar la atención del RN recibida en el Hospital de Trinidad desde su ingreso hasta su fallecimiento, abarcando aspectos relacionados al manejo clínico, y todos los actos médicos realizados por el personal sanitario, así como también la comunicación mantenida con sus padres.

**OBJETIVO 10: Analizar el impacto de la cobertura mediática nacional en relación con el fallecimiento del recién nacido:** Evaluar la precisión de la información difundida, su repercusión en la toma de decisiones de las autoridades de salud y su influencia en la percepción pública sobre la gestión del sistema sanitario.

**OBJETIVO 11: Proponer medidas correctivas y preventivas para evitar situaciones similares en el futuro:** Emitir recomendaciones basadas en los hallazgos de la auditoría para mejorar la infraestructura, los protocolos de emergencia, la comunicación, y la gestión hospitalaria, con el fin de garantizar que los pacientes reciban atención oportuna con eficacia y eficiencia.

**OBJETIVO 12: Recomendar acciones para fortalecer la supervisión y fiscalización de las unidades del Sistema Nacional de salud:** Proponer medidas para mejorar el sistema de supervisión y fiscalización de las unidades de salud neonatal, promoviendo una mayor transparencia, responsabilidad y estándares de calidad en la atención a neonatos y embarazadas de alto riesgo.

*[Signature]*  
Lic. César Estigarribia  
Jefe del Depto. de Auditoría Operativa  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Karina Tronche  
Reg. N° 30.197-MID  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Ally Andrea José Villaverde  
Directora de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
GUSTAVO J. GADALCANO DE LA INVESTIGACIÓN  
ABOGADO  
Mat. C.S.J. N° 9

*[Signature]*  
Dra. Edith Barrios Estigarribia  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Cristina Barrios Estigarribia  
Superintendencia de Salud

**ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente informe de auditoría integral de oficio tiene como alcance la evaluación integral de la atención brindada a la madre, ~~en el Hospital de Trinidad~~, y a su recién nacido, desde el periodo prenatal hasta el manejo neonatal y su posterior traslado. Este proceso incluye la revisión de aspectos relacionados a la planificación, infraestructura, coordinación y decisiones clínicas y administrativas, con el fin de determinar si se cumplieron los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y proponer mejoras para garantizar una atención segura, oportuna eficaz y eficiente.

**LIMITACIONES**

Las limitaciones encontradas durante la auditoría integral de oficio incluyen:

- Ausencia de documentación oficial detallada sobre las observaciones realizadas por el equipo técnico que verificó la obra para la habilitación de la Terapia Neonatal.
- Limitaciones en la disponibilidad de información completa sobre la infraestructura y la planificación de la Terapia Neonatal.
- Inconsistencias en los registros clínicos relacionados con la atención brindada a la madre y al recién nacido, así como falta de datos específicos sobre ciertos procedimientos médicos.

*[Signature]*  
Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Dictaminante

*[Signature]*  
Dra. Rebeca Salerno  
Superintendencia de Salud

- Posibles sesgos en las declaraciones obtenidas por parte de los funcionarios involucrados, dado que algunas observaciones fueron comunicadas verbalmente sin ser registradas formalmente.

Estas limitaciones condicionan parcialmente la exhaustividad de las conclusiones y recomendaciones presentadas en el informe.

*[Signature]*  
Lic. Susana Patricia de la Herra  
Lic. Susana Patricia de la Herra  
Lic. Susana Patricia de la Herra  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Karina Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Abg. Roberto Luis Villamayor Ayala  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
GUSTAVO J. GADEA D.  
ABGADO  
M.H. C.S.J. N° 9.060

*[Signature]*  
Abg. Edmundo Parodi Zamboni  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

**MÉTODO DEL TRABAJO**

**1. Revisión de fuentes documentales y medios de comunicación**

- Análisis de publicaciones en medios de prensa a nivel nacional relacionadas con el caso, con el objetivo de identificar información relevante y verificar la cobertura del hecho.

**2. Recopilación y análisis de documentación oficial**

- Solicitud formal de expedientes administrativos y registros médicos al **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**, a fin de obtener respaldo documental sobre los procedimientos realizados.
- Revisión detallada de historias clínicas, protocolos de atención y demás documentos que avalen las decisiones médicas y administrativas involucradas.

**3. Trabajo de campo y evaluación in situ**

- Visita a la **Gobernación del Guairá** para recopilar datos adicionales relacionados con la gestión de salud en la región.
- Visita al **Hospital Regional de Villarrica** para inspeccionar las condiciones del servicio de neonatología y otros sectores involucrados en la atención del caso.
- Visita al Hospital Distrital de Colonia Independencia para inspeccionar las condiciones e infraestructura del lugar.
- Reunión con autoridades y personal de los hospitales para obtener información adicional sobre la infraestructura, los recursos disponibles y los procedimientos aplicados.

**4. Entrevistas a los actores claves**

- Realización de entrevistas con el personal médico, de enfermería, y administrativo que participó en la atención de la madre y del recién nacido, con el propósito de esclarecer las decisiones clínicas adoptadas.
- Entrevistas a autoridades institucionales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de la Gobernación de Guairá, que se encontraban en cargos relevantes en el tiempo en que se desarrollaron los sucesos que motivaron la realización de la presente auditoría y que tuvieron protagonismo en el evento investigado.
- Diálogo con familiares y otras partes involucradas, para conocer su percepción sobre la atención recibida y los tiempos de respuesta ante la emergencia.

Este enfoque metodológico permitió recopilar y analizar información relevante para la auditoría, garantizando una evaluación objetiva y basada en evidencia.

*[Signature]*  
Abg. Enrique E. Román Rivas  
Abogado Dicamitante

*[Signature]*  
Dra. Patricia Salerno  
Superintendencia de Salud

**ESTRUCTURA**

Para una adecuada ilustración, el informe tiene la siguiente estructura de presentación:

**1. Hallazgos**

*[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*  
Dr. José Luis Rojas Novas  
Médico R. y. N. 4. 506  
Abogado N. 16. 726  
Tte. Demetrio Araujo Miño N. 100  
Médico R. y. N. 4. 506  
Abogado N. 16. 726  
Dra. Mariana Arellano  
Médico R. y. N. 4. 506  
Abogada N. 16. 726  
Dra. Cecilia Sattiano  
Superintendencia de Salud

Dr. Oscar Estrogo Peña  
Superintendencia de Salud

- 2. Análisis y Conclusiones
- 3. Recomendaciones

En general, a cada objetivo, corresponde un hallazgo, análisis y conclusiones, a excepción de los objetivos 11 y 12, que están relacionados a las recomendaciones.

Abg. Pinarbani Hernández  
Superintendencia de Salud

1- HALLAZGOS DE AUDITORÍA INTEGRAL DE OFICIO

**HALLAZGO 1:** Dentro de la estructura del Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPyBS), la Dirección de Establecimientos de Salud, afines y Tecnología Sanitaria, es responsable de los procesos de verificación y habilitación de las Unidades de Terapias Intensivas Neonatales. Al respecto, esta auditoría pudo constatar la existencia de dos Actas de verificación y habilitación realizadas por la instancia competente.

La primera de ellas figura con fecha 18 de febrero del corriente, Numero 0026735, Expediente Nro. 194/25, realizada por la Arq. Guadalupe Vidal, y la Dra. María Lorena Figueredo. Las mismas expresan en la documentación, "cuenta con los siguientes ambientes: según consta en planos con variantes" (SIC), y en el área de Observaciones: "Deberá adecuarse según planos presentados" (SIC). El mismo no establece un plazo para su realización. Tampoco se encuentran detalles acerca de los aspectos observados de manera específica a ser modificados.

La segunda, con fecha 19 de febrero del corriente, Nro. 0026736, Expediente Nro. 194/25 realizado por los profesionales Abog. Luis Velázquez, Arq. Guadalupe Vidal, y la Dra. María Lorena Figueredo. Los mismos expresan en la documentación, "Cuenta con los siguientes ambientes: Según consta en planos" (SIC). Y en el área de observaciones: "El establecimiento cumple con los requisitos físicos y funcionales vigentes, para su posterior aprobación y habilitación". Así mismo se expresa en el documento: "El local mencionado sí reúne los requisitos físicos exigidos para su posterior habilitación conforme a los reglamentos vigentes...".

Esta Auditoría puede constatar el Certificado de Registro y Habilitación expedido por la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria, expedido en fecha 20 de febrero del corriente.

**DECLARACIÓN DE LA ARQ. MARTHA MARÍA GUADALUPE VIDAL ARTURO, INSPECTORA DE LA DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, AFINES Y TECNOLOGÍA SANITARIA DEL MSPyBS:**

**¿Sobre el caso puntual, que nos puede decir?**

"En el caso de Villarrica a mi me convocan para la inspección, vamos con la doctora Lorena, al llegar nos dimos cuenta que faltaban algunas terminaciones, y dijimos que no podíamos hacer la inspección porque no estaba finalizada la obra, el arquitecto que no recuerdo el nombre, anoto algunas indicaciones, por ejemplo: que pinten las puertas con soplete y no con rodillo. Como arquitecta digo que lo que faltaba, se podía terminar en una tarde.

Cuando dijimos adecuarse a los planos, no nos referíamos a que estaba fuera del plano, sino que sigan las indicaciones básicas para la habilitación de un establecimiento.

El día 18 hay un acta que dice que deben adecuarse a los planos, pero es porque tenemos una orden de trabajo y debíamos hacer constar que no pudimos hacer el trabajo correspondiente.

La inspección se hizo el día 19, la terapia estaba pintada, con aire instalados, equipos, oxígeno, todo estaba funcionando, hasta se prendieron las servocunas, tenían los lavamanos necesarios y la puerta estaba terminada, para nosotros al momento de la inspección estaba totalmente terminado.

Miramos los planos, pero nos fijamos que cuenten con los ambientes que deben tener y que estos tengan los elementos necesarios para ser utilizados.

Dr. Luis Molinas Nove  
Médico R.P. N. 4.900  
Abogado M.A. N. 16.779  
Superintendencia de Salud

Dra. Cristina Barros Iribarne  
Superintendencia de Salud

Dra. Karina Tronche  
Reg. N° 30.197-400  
Superintendencia de Salud

Dr. Oscar Estrogo Peña  
Superintendencia de Salud

Dr. Oscar Estrogo Peña  
Superintendencia de Salud

Abg. Miguel Ángel Rodríguez  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Abg. Jorge Villamayor Ayala  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Declarante  
Superintendencia de Salud

Las terapias no pueden tener una puerta o ventana que comuniquen con el exterior, se decidió que esa puerta no iba ser utilizada, esa puerta no estaba en el plano original, a eso nos referiamos con que no se adecuaba con los planos. En el momento de la inspección le pedimos que llaveen y sea sellada, pero luego si sabemos que utilizaron esa puerta, pero esa ya no es nuestra competencia, porque al momento de la inspección la puerta no se estaba utilizando. Pero esto no se dejó por escrito, le dijimos verbalmente que retiren la llave de la puerta.

Yo voy y hago una vista, y luego comunico lo que vi, pero yo como arquitecta que hago la inspección no tengo la potestad de decir, si se habilita o no.

En ese momento estaba todo según nuestros requisitos dicen.

Las indicaciones las hablamos, pero el día antes, no al momento de la inspección final, nosotros le dijimos que esa puerta se debe cerrar, para que yo haga mi trabajo, esa puerta debía estar cerrada y llaveada, pero lo que pasa después, nosotros no podemos dar fe de lo que pasa. Cuando yo estuve ahí, esa puerta se cerró y llaveo, y con el compromiso de ellos de que esa puerta no se iba a utilizar, mi trabajo termina cuando entregamos el acta".

*Dr. Karina Troche*  
Superintendencia de Salud  
Reg. N° 30 197-MD

**DECLARACIÓN DE LA DRA. MARIA LORENA FIGUEREDO, INSPECTORA DE LA DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, AFINES Y TECNOLOGÍA SANITARIA DEL MSPyBS:**

**¿Sobre el caso puntual, que nos puede decir?**

"Nosotros en conjunto con la arquitecta estuvimos en una primera inspección, pero faltaban terminaciones, entonces consideramos que no se podía considerar apto para la habilitación, todo eso fue el día 18 de febrero.

El día siguiente todos los detalles que le habíamos solicitado ya estaban terminados.

Nosotros por escrito dejamos que deben adecuarse a los planos, entonces verbalmente le dijimos las adecuaciones.

Al hacer el recorrido tenemos los planos a la vista.

En los planos no estaban los detalles que nosotros le dijimos verbalmente, como que se termine de pintar.

Al decir adecuarse al plano, nos referimos que coloquen las bachas que no estaban instaladas todavía, la puerta no estaba en los planos, entonces eso faltaba adecuar, si, cuando hicimos la inspección dicha puerta se encontraba cerrada.

La indicación que dejamos es que la puerta se tenía que sellar, en realidad esa puerta no existía en los planos, lo de cerrar o no, es algo que la arquitecta indico."

Ante la consulta si es normal o no que no llenen el instrumento que utilizan: "Habitualmente cuando son detalles muy complejos, como la ausencia de alguna de las partes, si se deja constancia en detalle.

Esta UTI cumplia con todos los requisitos, solo detalles como pintura y bisagras es lo que faltaba el día 18.

Tenemos un check list, que vamos mirando a medida que hacemos el recorrido.

Nosotros no teniamos conocimiento que ese jueves se iba a inaugurar, recién al terminar la inspección del día 19 nos enteramos.

El director nos suele acompañar, no es algo fuera de lo normal."

*Abg. Alberto José Villanueva Ayala*  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*GUSTAVO J. GADEA*  
ABOGADO  
M. C. S. U. N° 9.069

*Abg. Edmundo Bartolotta*  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*Dra. Cherie Barrios Battilana*  
Superintendencia de Salud

*Abg. Enrique D. Román Rivas*  
Abogado Declarante  
Superintendencia de Salud

*Dra. Rebecca Salerno*  
Superintendencia de Salud

*Abg. Miguel Arrabato, Abg. Sebastian*  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

**HALLAZGO 2:** Con referencia a los hallazgos relacionados a los problemas estructurales y operativos previos y posteriores a la inauguración de la terapia neonatal, esta auditoría no

puede constatar un registro oficial de las observaciones realizadas por el equipo técnico que verificó la obra para la Habilitación correspondiente. Existen referencia en el acta de verificación de fecha 18 de febrero, de la necesidad de adecuación a los planos presentados, sin especificar con exactitud los detalles. Mientras que, en la verificación del día siguiente, se menciona que el local reúne los requisitos para su Habilitación. Posterior al mismo se expide la Habilitación correspondiente en fecha 20 de febrero del corriente.

Con relación a este punto de auditoría, se labró acta de las expresiones del ex Director del Hospital Regional de Villarrica (Director en funciones durante el periodo auditado), **Dr. Cristhian Matto**, en fecha 12 de marzo del corriente, en la que manifiesta lo siguiente:

*"La obra UTI Neonatal se concluyó el día miércoles 19 de febrero de 2025. La construcción de la misma fue financiada por la gobernación. La cual fue la responsable de la construcción y la comunicación fue entre los arquitectos del Ministerio de Salud y la Gobernación. El Dr. Solo participó de las comunicaciones en forma no formal sin criterio de decisión". (SIC)*

Dichos funcionarios realizaron dos visitas, martes 18 de febrero se presentaron dos funcionarias de la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología del MSPyBS, las cuales realizaron la inspección y dejaron observaciones verbales en número de 6. Se labró acta en la cual se deja por escrito como observación: DEBERÁ ADECUARSE A PLANOS PRESENTADOS. El miércoles 19 de febrero de 2025, se presenta el Director de la Dirección General de Control de Profesionales, Establecimientos y Tecnologías de Salud del MSPyBS, el **Abog. Luis Velázquez**, que recorre las instalaciones en compañía del arquitecto encargado de la obra para constatar el cumplimiento de las observaciones hechas por sus funcionarios, se labra acta en el cual se deja constancia que el establecimiento cumple con los requisitos físicos y funcionales vigentes para su posterior aprobación y habilitación.

Más 6 observaciones puntuales que realizaron de forma verbal son:

1. Inodoro para desecho de líquidos patológicos inadecuado (no cumplía con el requisito de altura reglamentaria). El administrador le refiere que dicho inodoro no fue reemplazado para el día de la inauguración.
2. Se solicitó la instalación de una mesada en el centro de la sala entre ambas hileras de servocunas.
3. Se hace notar la necesidad de cerrar la puerta que comunica al exterior. El Dr. Matto refiere que no se otorgó un plazo establecido para dicho cierre. El cual se hizo efectivo el martes 25 y miércoles 26, cuya comunicación fue realizada al superior inmediato (Director Regional), Jefe Médico el cual comunica a la Jefa de Neonatología a modo de que active el plan B de traslado de pacientes en caso de necesidad. Esos fueron los días en que la UTI estuvo inhabilitada para su funcionamiento, los equipos biomédicos fueron resguardados del polvo y el miércoles en horas de la tarde se montaron de nuevo en sus respectivos lugares.
4. Sellar las ventanas del baño que comunicaban al exterior.
5. Liberación de un pasillo por el cual debían ingresar a la UTI los niños, que en ese momento se utilizaba como depósito.
6. Lactario: se solicitó una división para la zona del lactario, que se realizó con Durlock para el día de la inauguración.

Las autoridades ingresaron por la puerta que se recomendó cerrar (de forma verbal, no asentándose en el acta dicha observación) en la visita de verificación de los funcionarios de la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria y que posteriormente a la inauguración del 20 de febrero fue sellada con silicona, previa a la refacción del martes 25. La arquitecta sugirió el cierre de dicha puerta en la brevedad posible y que mientras eso se

*[Firma]*  
Jefa de Unidad de Habilitación de Salud  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
**Dra. Karina Troche**  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
**Abg. Alberto José Villasey**  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
**GUSTAVO J. GADEA D.**  
ABOGADO  
C.S.J. N° 9.080

*[Firma]*  
**Abg. Edmundo Barrios**  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
**Dra. Cristian Barrón**  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
**Abg. Enrique D. Román Rivas**  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
**Dra. Rebeca Salerno**  
Superintendencia de Salud

llevaba a cabo, si se daba la necesidad del ingreso de un paciente, la puerta debía ser sellada con silicona. Durante ese tiempo, no hubo ingreso de pacientes.

Recibí la Habilitación ministerial el día de la inauguración entregada por el Director General de la Dirección de Control de Profesionales y Establecimientos de Salud.

La UTI Neonatal contaba con seis servocunas, 2 incubadoras, 6 respiradores, 7 monitores, 16 bombas de infusión. En cuanto a la consulta de cuando se rehabilito la UTI Neonatal, el mismo expreso: "El día jueves 27 de febrero de 2025." (SIC)

**INFORME TÉCNICO DE FISCALIZACIÓN DEL EQUIPO DE AUDITORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD DE LA TERAPIA NEONATAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE VILLARRICA REALIZADO EN FECHA 11 DE MARZO DEL 2025.**

Este informe técnico del equipo de auditores de la Superintendencia de Salud se realiza con base en la fiscalización in situ de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Regional de Villarrica.

La inspección se efectuó conforme a los estándares de Habilitación de Establecimientos de Salud, establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), conforme a la guía de requisitos disponible en: <https://controldeprofesiones.msps.gov.py/compilacion-requisitos-habilitacion-establecimientos-salud/>

Se detallan a continuación los hallazgos y observaciones técnicas encontradas en el servicio:

**1. SALA DE TERAPIA**

Área insuficiente por cuna: No se cumple el mínimo de 6,5 m<sup>2</sup> por unidad.

Distancia inadecuada entre cunas (<2 m) y entre cuna y pared (<1 m), salvo cabecera.

Falta de sillones para acompañantes junto a las cunas, sin afectar el espacio mínimo requerido.

**Observaciones adicionales:**

Se observó un lavamanos cada tres cunas, pero las canillas no cumplen con el requisito de no ser accionadas manualmente.

No se constató la presencia de una unidad de aislamiento (servocuna) para neonatos con gérmenes multiresistentes.

**2. ENFERMERÍA**

Área de control y monitoreo con visualización directa de pacientes y equipos: CUMPLE.

Área de elaboración de informes: presente, integrada a la sala.

Área de elaboración de informes: presente, integrada a la sala.

**3. SALA DE LACTANCIA**

Requiere adecuación para permitir extracción y guarda de leche materna, dentro o fuera del área de UTI.

**4. ÁREAS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS**

No se evidenció una separación física entre el área de preparación de leche materna y la de fórmula artificial.

Se recomienda instalar mesadas independientes con bacha de acero inoxidable y utensilios exclusivos por área.

**5. DEPÓSITO DE INSUMOS**

Se sugiere la habilitación de un espacio exclusivo para almacenamiento de insumos, drogas y equipos.

Lic. Cecilia Barrón Bastilana  
Lic. Cecilia Barrón Bastilana  
Jefe del área de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dra. Alejandra Trochre  
Dra. Alejandra Trochre  
Flego N° 40 197-MD  
Superintendencia de Salud

Abg. Alberto José Villaverde  
Abg. Alberto José Villaverde  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

GUSTAVO J. GADEA D.  
GUSTAVO J. GADEA D.  
ABOGADO  
Área de control y monitoreo con visualización directa de pacientes y equipos: CUMPLE.  
Mat. G.S.J. N° 9.060

Abg. Esteban Barrios Bastilana  
Abg. Esteban Barrios Bastilana  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dra. Cristina Barrón Bastilana  
Dra. Cristina Barrón Bastilana  
Superintendencia de Salud

Dr. José María Rodríguez Novati  
Dr. José María Rodríguez Novati  
Medico R.P. N° 4.800  
Abogado N° 16.722

Abogado N° 16.722

Abg. Miguel Arestivo, Abg. Dicazman  
Abg. Miguel Arestivo, Abg. Dicazman  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Bivés  
Abg. Enrique D. Román Bivés  
Asesorado Especializado  
Superintendencia de Salud

Dra. Tatiana Salerno  
Dra. Tatiana Salerno  
Superintendencia de Salud

6. ÁREAS COMPLEMENTARIAS

Sala de espera para visitantes: existente, pero sin mobiliario adecuado. Se recomienda incorporar sofás o sillas.

Se sugiere instalar carteles educativos para orientación de familiares.

7. CONDICIONES FÍSICAS GENERALES

Paredes:

Construidas con materiales sólidos y resistentes.

Revestimientos lisos, sin grietas ni rugosidades, impermeables al polvo y resistentes a desinfectantes.

Materiales atóxicos e incombustibles.

Se recomienda el uso de pinturas epóxicas o acrílicas de alta densidad.

OBSERVACIONES ESPECIALES:

Se constató la existencia de un desnivel en una de las paredes, correspondiente a una antigua puerta que daba al exterior. Esta estructura no fue adecuadamente sellada ni nivelada, generando múltiples ángulos y hendiduras, contrarias a los principios de bioseguridad.

Recomendación: se deberá corregir este desnivel, eliminando cantos vivos y promoviendo superficies continuas que permitan una desinfección efectiva.

En general, se deben evitar los ángulos donde pueda acumularse polvo y se recomienda el uso de zócalos sanitarios en la unión piso-pared.

Las uniones entre superficies (piletas, mesadas, paredes) deben ser herméticas y lisas, sin retención de agua ni suciedad.

Se labró Acta de fiscalización en el lugar.

ENTREVISTA AL DIRECTOR GENERAL DE CONTROL DE PROFESIONES, ESTABLECIMIENTO Y TECNOLOGÍA DE SALUD, ABOG. LUIS VELAZQUEZ SEIFERHELD

En relación con los hechos denunciados referente a la presunta falta de atención o atención inadecuada, y que derivó en la muerte de un recién nacido, hijo de [REDACTED]

Que directivas hubo desde la dirección a su cargo acerca de la habilitación de la UTI del hospital Regional en el proceso de su habilitación.

Las comunes de verificar que las obra se encuentre culminada al momento de la inspección final.

2- Estuvo en conocimiento de las modificaciones o refacciones que las autoridades del Hospital ordenaron posterior al evento de la habilitación y en caso afirmativo cuales fueron sus recomendaciones:

Consultaron sobre bisagras o puertas corredizas, nada que involucre el cierre de una terapia. Se deja constancia de ello ya que no se habló nada de "ordenar" pues no tenemos superioridad jerárquica para autorizar nada en los servicios.

3- Desea realizar alguna observación en el caso de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Regional de Villarrica:

La UTI fue habilitada cuando fue culminada, nada que agregar al respecto.

*[Signature]*  
Dra. Patricia Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Patricia Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Abg. Alberto José Villalba  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
GUSTAVO J. GADEA  
ABOGADO  
M.C.S.N. N° 9.180

*[Signature]*  
Abg. Edmundo Villalba  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Lidia Ferrer  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Abg. Enrique D. Borgherini  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Rebeca Salerno  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Abg. Miguel Arrestivo, Abg. Dictaminante  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

ENTREVISTA AL ING. HUGO FERNANDO SANABRIA BENÍTEZ, DIRECTOR DE RECURSOS FÍSICOS DEPENDIENTE DE LA DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

En relación con los hechos denunciados referente a la presunta falta de atención o atención inadecuada, y que derivó en la muerte de un recién nacido, hijo de [REDACTED]

¿Qué directivas hubo desde la dirección a su cargo acerca de la habilitación de la UTI pediátrico del Hospital Regional de Villarrica en el proceso de su habilitación y cuál fue su intervención en el mismo?

Acerca de la habilitación, es responsabilidad exclusiva de la Dirección de establecimientos. Nuestra intervención tiene el alcance hasta la aprobación y supervisión de la correcta construcción, en el caso de Villarrica no estuvimos al tanto, no recibimos notificación.

Estuvo en conocimiento de las modificaciones o refacciones que las autoridades del Hospital ordenaron posterior al evento de la habilitación y en caso afirmativo cuales fueron sus recomendaciones:

Estoy en desconocimiento porque no recibimos notificación sobre cualquier cambio.

¿Cuáles son los trámites requeridos para la construcción y puesta en funcionamiento de un hospital o en este caso la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrico del Hospital de Villarrica? ¿Y en qué momento interviene la Dirección General de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud?

Esta dirección tiene competencia hasta la finalización de la correcta construcción en caso de que no se contacten con fiscalizadores externos y la dirección de establecimientos vuelven a verificar para su habilitación, ellos cuentan con arquitectos también.

¿Desea realizar alguna observación en el caso de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Regional de Villarrica?

No tengo mucho que decir por no estar al tanto, teniendo en cuenta que la fiscalización fue externa.

HALLAZGO 3: [REDACTED], con C.I. [REDACTED], ha consultado en varias oportunidades a lo largo de su embarazo en distintos centros de salud de Villarrica y Colonia Independencia, recibiendo supervisión prenatal, controles médicos, y seguimiento con los diagnósticos de embarazo de alto riesgo y diabetes gestacional.

El 31 de enero de 2024, se realizó control prenatal en el H. D. de Colonia Independencia confirmando 30 semanas de gestación, sin mayores observaciones.

El 4 de marzo de 2024, tuvo una consulta de urgencia por molestias en el bajo vientre, donde se diagnosticó diabetes mellitus en el embarazo y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas. Se le administró suero fisiológico y fue trasladada del H. D. de Colonia Independencia en ambulancia al Hospital Regional de Villarrica, teniendo 35 semanas de gestación.

El 13 de marzo de 2024, en el Hospital Distrital de Colonia Independencia, recibió atención para anticoncepción, realizándose un examen ginecológico de rutina y recibiendo calcio, paracetamol y ácido fólico.

El 25 de junio de 2024, se realizó un examen ginecológico de rutina con el Dr. Samuel Borja Lovatti, en el mismo hospital y se le recetó diclofenac potásico, sulfato ferroso y ácido fólico.

El 1 de julio de 2024, tuvo una consulta de urgencia por dificultad para la marcha, diagnosticándose lumbago con ciática, en el H. D. de Colonia Independencia. Se le recetó diclofenac con dexametasona y se solicitó una radiografía de columna lumbosacra con interconsulta en traumatología.

Vertical column of signatures and stamps on the left side of the page, including 'Superintendencia de Salud' and 'Dirección de Asesoría Jurídica'.

Vertical column of signatures and stamps on the right side of the page, including 'Abg. Miguel Arceano, Ag. Drogamano' and 'Abg. Enrique R. Borja Pigos'.

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including 'Dra. Karina Troche', 'Dra. Cristina Barrios Battilana', and 'Dra. Reteca Salerno'.

Dr. José María Mejías Noves  
Medicador R.P. 4.900  
Abogado M.A. N. 10.220

Lic. Luzmary Caporali  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Patricia Noemí Saldívar Salinas  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Erika Gavilán Rodríguez  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Juana María Chávez de Fariña  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Lidia Britos  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. María Soledad Onieva  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Lidia Britos  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

El 2 de agosto de 2024, acudió al H. D. de Colonia Independencia con 7. 5 semanas de embarazo y antecedentes de diabetes gestacional con una pérdida neonatal hace cuatro meses, siendo atendida por la Dra. Patricia Noemí Saldívar Salinas. Se le explicó que su embarazo era de alto riesgo y se indicó una evaluación con nutricionista, clínica médica y diabetología.

El 23 de agosto de 2024, tuvo una consulta odontológica por caries de la dentina, realizándose una restauración dental con ionómero.

El 13 de septiembre de 2024, en el mismo hospital, presentó glicemia de 105 en ayunas y una prueba de HGT de 112 mg/dL postprandial, por lo que se solicitó una prueba de tolerancia a la glucosa (TTGO).

El 16 de septiembre de 2024, acudió para su Papanicolaou con la Lic. Erika Gavilán Rodríguez, realizándose un examen ginecológico general, en el mismo hospital.

El 25 de octubre de 2024, en el Hospital Distrital de Colonia Independencia, la Dra. Patricia Noemí Saldívar Salinas supervisó su embarazo de 17.2 semanas según ecografía y le recetó paracetamol, calcio, sulfato ferroso, ácido fólico y vitaminas.

El 8 de noviembre de 2024, nuevamente en la USF San Gervasio, tuvo otra consulta PANI, sin requerimientos adicionales.

El 15 de noviembre de 2024, acudió al mismo hospital para retirar el resultado de su Papanicolaou, donde se le realizó un examen ginecológico de rutina y mediciones corporales.

El 22 de noviembre de 2024, en el Hospital Distrital de Colonia Independencia, la Dra. Patricia Noemí Saldívar Salinas realizó un control prenatal donde se confirmó que tenía 21.2 semanas de embarazo según ecografía. Se le prescribió calcio, sulfato ferroso con ácido fólico y paracetamol.

El 9 de diciembre de 2024, en la USF San Gervasio, la Lic. Juana María Chávez de Fariña realizó mediciones corporales dentro del programa PANI, supervisando el embarazo sin complicaciones.

El 27 de diciembre de 2024, la Dra. Fátima Ruiz Díaz realizó otro control de glucemia con resultado de 74 mg/dL. Se diagnosticó diabetes mellitus en el embarazo, con antecedentes de una pérdida gestacional hace nueve meses debido a un accidente de tránsito. Su glucosa se encontraba en 98 mg/dL.

El 15 de enero de 2025, tuvo tres consultas en el Hospital Regional de Villarrica. En la primera, con la Dra. Lidia Britos, se registró que tenía 30 semanas de gestación y acudía con su carpeta perinatal incompleta. Se le orientó sobre la importancia de la hidratación, la lactancia materna, los controles prenatales y la higiene personal. Se le suministró calcio, sulfato ferroso y vitaminas, además de actualizar su test rápido y vacunación. También se le entregó una orden para el banco de sangre y se le indicó interconsulta con diabetología, nutrición, odontología y psicología. En la segunda consulta, con la Lic. María Soledad Onieva, se registró su primera consulta en el servicio de obstetricia, confirmando la supervisión de embarazo de alto riesgo. En la tercera, la Dra. Fátima Ruiz Díaz realizó otro control de glucemia, donde obtuvo 96 mg/dL y se ajustó su alimentación para mejorar el control metabólico.

El 29 de enero de 2025, tuvo dos consultas en el Hospital Regional de Villarrica. La Dra. Lidia Britos supervisó su embarazo de 32 semanas y diagnosticó diabetes gestacional, recetándole ketoconazol y paracetamol. En la segunda consulta, la Dra. Fátima Ruiz Díaz realizó un control de glucemia, detectando un nivel de 101 mg/dL y diagnosticando diabetes mellitus en el embarazo. Se le suministraron tiras reactivas y lancetas desechables, además de indicarle control glicémico cuatro veces al día y una evaluación con nutricionista.

El 13 de febrero de 2025, asistió a otro control prenatal en el mismo hospital con la Lic. Liliana Peralta Ledesma, quien registró su embarazo de 34.1 semanas según FUM, sin observaciones.

Lic. Patricia Noemí Saldívar Salinas  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Juana María Chávez de Fariña  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Lidia Britos  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. María Soledad Onieva  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Lidia Britos  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Lidia Britos  
Lic. de la Dra. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Oscar Celso Delgado  
Lic. del Dpto. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Alc. Edmundo Tabacco  
Director General de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dr. J. María Chávez  
Lic. del Dpto. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dra. Rebecca Salerno  
Superintendente de Salud

Dra. Gladys Barrios  
Superintendente de Salud

Dra. Karina Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Molinas Moneci  
Médico RPN 4.989  
Abogado Mat. N. 19.228

El **19 de febrero de 2025**, tuvo otra consulta prenatal en el Hospital Distrital de Colonia Independencia con la Dra. Carmen Figueredo, donde se confirmó que el embarazo seguía su curso normal. Se le recetó paracetamol y cefixime.

El **21 de febrero de 2025**, acudió a la USF San Gervasio, donde la Lic. Juana María Chávez de Fariña realizó un control prenatal con mediciones corporales dentro del programa de supervisión de embarazo de alto riesgo.

El **26 de febrero del 2025**, tuvo dos consultas de urgencias. La primera fue Hospital Distrital de Colonia Independencia, donde la Dra. Carmen Figueredo la evaluó por molestias en el bajo vientre que persistían desde hacía tres horas. Negó pérdida de líquido o sangre, y el examen mostró un cérvix posterior con **5 cm de dilatación y 70% de borramiento**, por lo que se decidió su traslado a un centro de mayor complejidad ante la amenaza de parto prematuro, siendo derivada al Hospital Regional de Villarrica, donde el Dr. Miguel Ángel Rondelli Duarte la recibió en urgencias siendo remitida sin previo aviso según consta en las documentaciones. Se encontraba con **35.6 semanas de gestación** y en trabajo de parto.

**HALLAZGO 4:** Con respecto a la Primera atención recibida en el Hospital Distrital de Colonia Independencia en fecha 26 de febrero del corriente, la misma se realizó a las 7:43 Horas y estuvo a cargo de la Dra. Carmen Figueredo. El motivo de consulta fue de "Molestia en bajo vientre de 3 horas de evolución sin pérdida de líquido o sangre" (SIC). La profesional registra una impresión diagnóstica de Tercipara gestante de 35 semanas con trabajo de parto - Amenaza de parto prematuro. En el área de Datos al Examen Físico se constata: AU 30 Cm, MF +, LCF (Latidos cardiacos fetales) 144X', DU 5/20/10, TV: Cérvix posterior con 5cm/70% borrado. En cuanto a procedimientos realizados no hay información, y en cuanto a las indicaciones, se constata "Traslado a centro de mayor complejidad" (SIC).

**HALLAZGOS 5 Y 6:** La paciente es trasladada en ambulancia desde el Hospital Distrital de Colonia Independencia al Hospital Regional de Villarrica. Siendo las 9:16 horas del 26 de febrero del corriente, es evaluada en Urgencias por el Dr. Miguel Ángel Rondelli Duarte. El citado profesional establece como diagnósticos en la Historia Clínica: Remisión sin aviso, Tercipara gestante de 35.6 semanas en TP (Trabajo de parto) activo. En el mismo instrumento, en el área de historia actual registra: "Paciente acude a control prenatal en HDI de donde es remitida sin aviso del HDI" (SIC). En el área abdominal del Examen físico se encuentra registrado: "Abdomen globuloso por gravedad. Feto único, longitudinal, cefálico. AU 29Cm, DU 2.20.10, MFR +, LCF: 136X', TV cérvix centralizado, 5cm dilatación, 90 borrado, BI. Como Diagnostico principal se establece: "Supervisión de embarazo de alto riesgo por problemas sociales" (SIC). En otros Diagnósticos se constata: "Trabajo de parto prematuro sin parto" (SIC). En el área de Análisis/Diagnósticos se registra: "Remisión sin aviso - Tercipara gestante de 35.5 semanas en TP activo" (SIC). Como plan se establece: Internación.

Siendo las 12:15 horas del mismo día, la paciente es trasladada a la Sala de Parto en periodo expulsivo, según registro observado. El procedimiento de Parto Vaginal fue realizado por la Lic. Clara Elizabeth Arzamendia. Siendo las 12:16 horas "se dá nacimiento por su polo cefálico a un RN de sexo masculino que respira y llora al nacer, clampeo oportuno el cordón umbilical, recepción cuidados inmediatos del RN por parte del personal de Neonatología RPN 25.732" (SIC).

**12:21 horas** "alumbramiento activo con 10UI de oxitocina IM" (SIC). Resto de las anotaciones observadas no presentan datos relevantes.

**12:33 horas** "Puerpera con buena evolución se traslada a sala de recuperación para cuidados del puerperio" (SIC). Evoluciono sin complicaciones siendo dada de alta en fecha 27/02/25 en condición al egreso "mejorada", con la siguiente medicación: 1- Amoxicilina + sulbactam

Dr. J. María Chávez  
Lic. del Dpto. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Alc. Edmundo Tabacco  
Director General de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Alc. Edmundo Tabacco  
Director General de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Juana María Chávez de Fariña  
Lic. del Dpto. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Lic. Oscar Celso Delgado  
Lic. del Dpto. de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

(875mg + 125 mg) 1 comp via oral cada 12 horas por 5 días 2- Diclofenac 50 mg 1 comp cada 8 horas por 3 días 3- Sulfato ferroso Ac fólico 1 comp cada 12 horas (almuerzo – cena) durante 15 días 4- Calcio 500mg 1 comp cada 24 horas por 30 días. Orden de alta: "A domicilio".

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO:

REGISTROS MÉDICOS:

El RN al nacimiento presenta los siguientes datos: Sexo masculino, peso 2870 g, PC (perímetro cefálico) 32cm, Talla 50 cm., EG (edad gestacional) 36.4 sem, Apgar 8/9. El nacimiento se produjo a las 12:15 horas, realizándose los cuidados y manejo del recién nacido, no constatándose datos de valor patológico. A las 12:30 horas presenta dificultad respiratoria, quejido audible intermitente, cianosis distal. Se administra Oxígeno a 5 l/min por Halo cefálico. A las 12:50 horas se traslada al RN en cuna simple conectada a oxígeno a cuidados mínimos para observación.

Siendo la 1:56 PM es evaluado por la Dra. Karen Furler del Servicio de Neonatología quien registra: Examen físico normal, Ruidos cardiacos normo fonéticos, buena perfusión periférica, luce rosado, reflejos de succión presente. Queda con leve quejido y polipnea FR 69X por lo que instalo Oxígeno por halo cefálico y queda en observación. Realiza una reevaluación en horario no registrado donde refiere que "el RN presenta persistencia de polipnea, quejido, tiraje, aleteo nasal, saturando 90% con oxígeno por Halo cefálico a 3 l/min, Fc 134 por lo que indico internación en unidad de Cuidados Intermedios". Diagnósticos: -RNpT/AEG (recién nacido pre termino/adecuado a la edad gestacional), -SDR (síndrome de distrés respiratorio) VS TTRN (taquipnea transitoria del recién nacido), -Riesgo Metabólico/Hijo de madre con Diabetes gestacional. Tratamiento: -internación, -O2, -HP (hidratación parenteral), -Análisis, -RX (radiografía), -Control de HGT (hemoglucotest).

El siguiente registro corresponde a las 17:32hs, realizado por la Dra. María de los Milagros Barrera Pérez. La misma expresa: "RN masculino de pre termino procedente de sala de cuidados mínimos, siendo las 14 horas con O2 en Halo cefálico, quejido audible, hiporreactivo, hipotónico. Se coloca en una servocuna con O2 a %/litro, se constata saturación de 86% con tendencia a empeorar con el llanto, tiraje intercostal bilateral marcado, retracción subcostal, cianosis distal, quejido audible. Se decide realizar IOT para administrar surfactante teniendo en cuenta prematuridad y mala clínica. Al ingreso se reevalúa Capurro 35 semanas. Posterior a la adm de surfactante se realiza instalación de onfaloclisís que queda fijada a 6 cm de piel para medicación. Se informa al padre del RN mala evolución del RN y requerimiento de traslado para ARM (asistencia respiratoria mecánica). Retorno Laboratorio que informa HMG normal, tipificación O RH +, PCR inferior a 6 Gasometría con acidosis respiratoria, Hepatograma normal. Siendo las 17:30 se registra al RN en SEME en planes de traslado por requerimiento de ARM. Temperatura 36.2 C, ACV 160 lat/min, R1 y R2 normofonéticos, no soplos. AR: IOP para boalseo manual, Sat O2 96%, ABD blando depresible RHA+. Análisis: RNpT/AEG – SDR/EMH intubado – HTP a descartar – Hijo de madre con Diabetes gestacional. Plan: traslado a centro de mayor complejidad para ARM". (SIC)

La siguiente evolución se registra a las 22:17 horas y expresa: "Paciente RN en sus primeras horas de vida, intubado, con boalseo manual, goteo de Dobutamina y sedación según necesidad, se mantiene estable sin desaturaciones, porta VVP en mano derecha y onfaloclisís. Mediante comunicación con la Dra. Patricia Rolón de la Terapia neonatal del Hospital de Trinidad que informa que puede recibir al paciente, se solicita ambulancia vía SEME, se mejoran condiciones generales y se envía en buen estado general. Objetivos: Temperatura: 37.2 C, FC: 144 lat/min, FR 77 resp/min, Saturación O2: 92%.

Análisis: RNpT/AEG – SDR/EMH intubado – HTP a descartar – Hijo de madre con Diabetes gestacional. Plan: traslado a centro con Unidad de cuidados neonatales". (SIC).

Dr. Gustavo J. Gadea  
ABOGADO  
M. C.S.J. Nº 38

Dr. Roberto José Illiary  
Dr. Cecilia María Herrera  
Médico del Dpto. de Justicia y  
Superintendencia de Salud

Lic. Cesar Capurro  
Médico del Dpto. de Justicia y  
Superintendencia de Salud

Dra. Karina Troche  
Reg. N° 30 191 MD  
Superintendencia de Salud

Dr. Eduardo Ferrero  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dra. Lucía Benítez  
Superintendencia de Salud

Abg. Santiago Román Rivas  
Abogado Declarante

Dra. Rebeca Salerno  
Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Molinas  
Médico R.P. N. 4.900  
Asesoría Jurídica N. 18.228

Tte. Demetrio Araujo Miño N° 107 esq. Avda. Sacramento  
Abg. Ángel Arellano  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

REGISTROS DE ENFERMERÍA:

GUSTAVO J. GADAGDO  
ABOGADO  
Mat. C.S.J. Nº 9.858

14:20 Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges, en Observaciones: Descripción: "RN de sexo masculino con pocas horas de vida, NACIO POR PARTO VAGINAL, PRE-TERMINO 36 SEMANAS POR CAPURRO, ingresa en el servicio de neonatología cuidados intermedios, remitido de cuidados mínimos en cuna simple con sog abierta, hp por bic, en compañía de la Lic. NOELIA IRALA. RN SE COLOCA EN CUNA TERMICA PRECALENTADO. CONECTADO AL MONITOR CARDIACO, RN CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, QUEJIDO AUDIBLE O2 A 3L TS/MIN. RN EVALUADO POR LA DRA MILAGROS BARRERA QUIEN DEJA INDICACIONES A SEGUIR: RX TORAX PORTATIL". (SIC)

Abg. Rogelio del Villar  
Director de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Siendo las 14:46, la Lic. Noelia Irala Vázquez registra Observaciones: descripción: 14:00 "Rn en observación en cuna térmica, se canaliza vena en dorso de mano derecha con Punzocat nro. 24. Se conecta hidratación parenteral con mezcla y goteo indicado. 14:15 Se coloca SOG K33, se aspira líquido gástrico claro en pequeña cantidad. 14:25 RN pasa a cuidados intermedios en cuna simple con oxígeno en halo cefálico con HP, VVP, SOG abierta. A las 15:00 Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges registra Observaciones: descripción: 14:30hs m en estado crítico se le comunica al padre sobre el estado del m por la DRA MILAGROS BARRERA. SE INSTALA TUBO ENDOTRAQUEAL N.3, POR LA DRA MILAGROS BARRERA PARA ADMINISTRACION DE SURFACTANTE 4ADM 11.5CC EN 4 ALICUOTAS CON BUENA TOLERANCIA. SE RETIRA TUBO ENDOTRAQUEAL POR LA DRA MILAGROS BARRERA". (SIC)

Lic. Cecilia María Tracche  
Jefe del Turno de Emergencia  
Superintendencia de Salud

A las 16:00, Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges registra Observaciones: descripción: "SE INSTALA ONFALOCLISIS DE DOS VIAS SE FIJA A 10 CM DE PIEL POR LA DRA MILAGROS BARRERA. SE REALIZA RX PARA VERIFICACION". (SIC)

Dra. Karina Tracche  
Reg N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

A las 17:00, Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges registra: Diuresis: 10 ml, Higiene: sí, Mobiliz: sí. A las 17:45 Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges registra: (Plan A) Dextrosa 10% (ml): 7.1 ml. FR 77 resp.min. SAT O2: 96%. T.AX 36.2 C. F.C. 160 lat/min. Observaciones: descripción: "CONTROL DE ENFERMERIA INICIA GOTEO DE INOTROPICOS: DOBUTAMINA 83, G+DEX AL 5% H/244CC A 0.5CC/H POR BIC". (SIC)

Mónica Patricia López  
Infermera Asistente  
Superintendencia de Salud

A las 18:00 Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges registra Observaciones: Descripción: "RECIBO RESULTADO DE LABORATORIO LE MUESTRO A LA DRA DE GUARDIA QUIEN DEJA INDICACION A SEGUIR. RN CONTINUA EN ESTADO DELICADO CON DISTREZ RESPIRATORIA, QUEJIDO AUDIBLE -SE QUEDA EN EL SERVICIO EN CUNA TERMICA CONECTADO A MONITOR CARDIACO, SOG ABIERTO, O2 A 5LTS/MIN POR HALO CEFALICO, HP POR BIC EN EL MIEMBRO SUPERIOR LADO DERECHO + ONFALOCLISIS CON GOTEO DE INOTROPICOS DOBUTAMINA A 0.5CC/HS POR BIC". (SIC)

Abg. Enrique Román Rivas  
Abogado Titular  
Superintendencia de Salud

A las 19:00 Lic. Cynthia Graciela Chaparro González. Registra: T.AX 37.4 C, F.R. 77 resp/min, F.C. 144 lat/min. Observaciones: Descripción: 18:00 "RN EN UNIDAD CUNA TERMICA ACTIVOREACTIVO CON O2 EN HALO CEFALICO, SOG ABIERTA, HP POR BIC, ONFALOCLISIS CON GOTEO DE DOBUTAMINA 0.5 cc/hs. RN POLIPNEICO, CON QUEJIDO SPO2 90%. 18:30 CONTROL DE ENFERMERIA, RN LLORA Y DESATURA SPO2 88% Y SE PONE CIANOTICO. CONTROL DE RESIDUO GASTRICO ASPIRO 6CC LIQUIDO PORRACEO, REALIZO LAVADO Y COMUNICO A LA DRA. 18:50 RN ES INTUBADO CON TUBO ENDOTRAQUEAL N.3.5 SE FUA EN 11cm, hecho por la DRA MILAGROS BARRERA, INDICA ADMINISTRAR FENTANILO 0.57 mg E/V LENTO Y DILUIDO AL MOMENTO. 19:00 CONTROL DE ENFERMERIA. 19:10 ADMINISTRO OMEPRAZOL 2.9mg E/V LENTO Y DILUIDO POR INDICACION DE LA DRA MILAGROS BARRERA. SE LLAMA A SEME PARA SU TRASLADO. R Gástrico 6 ml, Llenado capilar 1 segundo, SAT O2 92%, Mobiliz sí". (SIC)

Dra. Rebecca Salerno  
Superintendencia de Salud

A las 19:26 Lic. Cynthia Graciela Chaparro González. Registra: (Plan A) Dextrosa 10% 7.1 ml, (PLAN B) DOBUTAMINA 83 mg: 0.5 ml, (PLAN C) omeprazol 40 mg: 5 ml.

Dra. Cristina Hernández Batistina  
Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Molinas Moveri  
Médico P.P.N. 4.900  
Reg. N.º 16.228

Abg. Demetrio Araujo Miño

Abg. Miguel Arce, Abg. Dictaminador  
Abg. Demetrio Araujo Miño  
Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

A las 20:00 Lic. Cynthia Graciela Chaparro González. Registra: (Plan A) Dextrosa 10% 7.1 ml, (PLAN B) DOBUTAMINA 83 mg: 0.5 ml. Observaciones: Descripción: "RN CONTINÚA INTUBADO, CON AMBU. SE DA INFORME AL PADRE Y SE ESPERA EL LUGAR PARA SU MEJOR TRATAMIENTO". (SIC)

GUSTAVO J. GADEA ABOGADO Mat. C.S.J. N° 9.9

A las 21:00 Lic. Cynthia Graciela Chaparro González Registra: (Plan A) Dextrosa 10% 7.1 ml, (PLAN B) DOBUTAMINA 83 mg: 0.5 ml. Observaciones: Descripción: "SE CONSIGUE LUGAR EN TRINIDAD, SE COMUNICA A LOS PADRES, SE AGUARDA AMBULANCIA". (SIC)

A las 21:30 Lic. Cynthia Graciela Chaparro González Registra: Observaciones: Descripción: "TRASLADO A INCUBADORA DE TRANSPORTE. RN SIGUE INTUBADO". (SIC)

A las 21:53 Lic. Cynthia Graciela Chaparro González Registra: Observaciones: Descripción: "RN SE TRASLADA AL HOSPITAL DE TRINIDAD EN AMBULANCIA ACOMPAÑADA DE EQUIPO DE SEME. Observaciones: Descripción: EN INCUBADORA DE TRANSPORTE, INTUBADO, SPO2 100% GOTE DE DOBUTAMINA MAS HP POR BIC, ACOMPAÑADO DE SU PADRE". (SIC)

Alia Aliberto Alia Aliberto Alia Dirección de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

CON RESPECTO A LAS DECLARACIONES REALIZADAS A LOS MÉDICOS TRATANTES DEL RN, SE CONSTATA LO SIGUIENTE:

DECLARACIÓN DEL DR. JOSÉ AGUILAR EN FECHA 24/03/25

¿qué sabe o recuerda sobre el RN de [Nombre Redactado]?

Lic. Diego de la Herrería Dirección de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

A las 19 horas toma la guardia, la jefa de UCIN le solicita que se presente como refuerzo en sala de intermedia, ya que la UCIN no se encontraba habilitada.

Al momento de su llegada a la guardia el RN ya se encontraba intubado, tiene entendido que entre las 14 a 14:30 horas se le intubo y extubo al paciente, esperaron 3 a 4 horas una mejoría y vuelven a intubarle definitivamente.

El caso ya fue presentado a SEME; si bien el paciente se encontraba intubado, estaba con los parámetros estables y soporte manual. Sospechaban de hipertensión pulmonar, por la clínica.

Dr. Karina Troche Reg. N° 30 197-MD Superintendencia de Salud

A las 19:15 el doctor José Aguilar vuelve a llamar a SEME, realiza la reiteración de pedido para el traslado; fue el mismo doctor José Aguilar, quien escribió a su colega del Hospital Materno Infantil de Trinidad, la doctora Patricia Rolón, a las 19:39 horas, solicitando la información sobre una cama disponible para el RN, y la misma a las 19:46 le informa que si hay disponibilidad y puede mandar al RN.

Alia Aliberto Alia Aliberto Alia Dirección de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

Siendo las 19:47 SEME llama al doctor José Aguilar, para solicitarle algunos datos faltantes, durante esa llamada el Doctor José Aguilar informa al SEME que había un lugar disponible en el Materno de Trinidad. En ningún momento SEME informa sobre disponibilidad de cama en el Sanatorio San Sebastián. Es el mismo SEME quien se encarga de recabar la disponibilidad de camas, mediante llamadas (llaman 2 a 4 veces en total al día para saber si hay disponibilidad, pero no siempre), y el Hospital Materno Infantil de Trinidad tenía cama libre el 26/02 desde horas de la tarde, según la doctora Patricia Rolón.

Mig. Enrique D. Bonifati Rivas Subgerente Disciplinario Superintendencia de Salud

El doctor José Aguilar realiza el llamado al SEME de Guaira para solicitar un móvil para el traslado del RN, que tardo aproximadamente una hora y media.

Desde que el doctor José Aguilar toma la guardia hasta el traslado, no hubo cambios en los parámetros del RN. En el traslado acompañan los paramédicos de SEME (2 paramédicos mas el chófer) y un familiar del paciente.

Dra. Cecilia Barrios Benítez Superintendencia de Salud

Durante su guardia no se realiza nueva gasometría. El paciente ya era para UCIN, salió antes de las 22 horas de Villarrica el RN.

Dra. Retepa Salerno Gerente de Atención al Paciente Superintendencia de Salud

Le llamo al director del hospital de Villarrica a las 20:18 para avisar que SEME Guaira no llegaba (el director ya tenía conocimiento del paciente) y él mismo fue a ver que pasaba con la

ambulancia). El doctor José Aguilar vuelve a llamar a SEME Guaira a las 20:16 y a las 20:55 para apurar el traslado.

¿Tienen protocolo para el manejo de surfactante?

No, no tienen uno del establecimiento, tampoco tenían protocolo de extubación, ya que en el momento no disponían de terapia habilitada. Usan guías pediátricas, cada médico decide que guía utilizar según criterio propio.

¿Cuáles son sus días de guardia?

Miércoles de 19h a 7 AM y viernes de 7:30 a 19:30 horas.

¿La terapia de Villarrica tuvo pacientes?

La terapia no tuvo pacientes, pero pedidos para usar las camas si recibieron, solo que no aceptaron por falta de insumos y materiales. El viernes 22/02, el doctor se presenta a su guardia, pero la UCIN no estaba disponible para su uso por falta de insumos y monitores.

¿Es usted especialista?

Si, terminé la residencia en el año 2020 en el HNI, pero todavía no rendí el examen de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. Realice mi pasantía rural en Caazapá.

DECLARACIÓN DE LA DRA. MARÍA DE LOS MILAGROS BARRERA EN FECHA 25/03/25

¿Qué sabe o recuerda sobre el RN de [redacted]?

Al medio día más o menos le avisan que nació el bebé, pero con dificultad respiratoria, era un bebé grande para la edad gestacional, la doctora Fulder decidió ponerle en la servocuna espera la evolución de 1 a 2 horas, que es lo recomendable en esos casos, para observar su evolución. Ingreso pasado las 14hs a la sala de terapia intermedia junto a ella, estaba con oxígeno a 3 pero saturación 90 por ciento, entonces le pide a la licenciada que suba el oxígeno a 5. Antes de eso el RN se encontraba en la sala de cuidados mínimos

Según su reevaluación la EG era de 35 semanas. Le hizo surfactante de rescate, le intubaron para eso y luego le extubo, su saturación subió a 96 por ciento

Se comunica con la doctora encargada de la UCIN. Le hicieron una onfalo para los inotrópicos, en eso termina SU procedimiento y recibe la información que la UCIN no se puede utilizar. En eso nace otro RN prematuro Llega el resultado de la Rx, donde vieron que la onfalo estaba un poco metida y le volvieron a hacer otra, durante ese procedimiento el RN estaba estable.

Fue cambio de guardia de las enfermeras, en eso le vuelven a limpiar, llora el RN y aumenta la mecánica respiratoria del RN.

Avisa al personal de enfermería que volverían a intubar al paciente, saturación baja a 88. A eso de las 18 horas La Doctora Liz Vega llama a SEME. Llamen a SEME pasado las 17 horas.

Seme no les informo sobre camas disponibles, y le piden que vuelvan a llamar a las 19 horas. Se quedan esperando con el RN, intubado y ambuceado.

¿Tienen protocolos en el servicio para este tipo de casos?

No, manual escrito no hay nada. Utilizan las guías del ministerio

¿Por qué le extubaste?

Porque por la edad gestacional estaba fuera del rango de membrana hialina, y su mecánica respiratoria había mejorado. Tuvo una mejoría de varias horas. Alrededor de las 15h ya estaba extubado.

GUSTAVO A. GADEA D. ABOGADO May 6, 2025 N° 9.000

Abg. Alberto M. Villalaz Director de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

Abg. María de los Milagros Barrera Jefe del Depto. de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

Dr. Karina Troche Reg. N° 30.197-MD Superintendencia de Salud

Abg. Mariana Barboza Director de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

Dr. Cristina Barrios Battilana Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Rivas Asesorado Dictaminante Superintendencia de Salud

Dr. Rebeca Salerno Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Molina Noventi Médico R.P. N. 4.900 Abogado Mat. N. 16.724 Tte. Demetrio Araujo Miño N° 107 esca. 18 de 44 Dirección de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud Asunción - Paraguay

¿Horario de guardia?

Miércoles de 7 a 19 horas

Inauguración fue miércoles 20/02 ella se encontraba de vacaciones, en ningún momento le hicieron participar del proceso en sí, ellos no tenían conocimiento de que pasaba con la UCIN La terapia intermedia no cuenta con conexión para respiradores, ese día no estaba habilitada la UCIN, se encontraban desmantelada y no había sala de contingencia.

*[Signature]*  
GUSTAVO J. GARCÍA  
ABOGADO  
Mat. C.S.J. Nº 980

Pidió Rx, análisis de sangre, gasometría, PCR. Cuando le hizo el catéter se le tomo muestra para gasometría. No sabría si se había tomado una nueva muestra posterior a eso.

Más o menos cada 15 días tienen derivaciones, y generalmente mandan a Coronel Oviedo.

Los últimos estaban yendo por convenio o vía judicial a Coronel Oviedo.

¿Tiene especialidad?

No; empezó la residencia, pero no concluyo. Tiene 12 años de antigüedad.

*[Signature]*  
Alta Mónica María Villalpando Aguado  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

**DECLARACIÓN DEL DR. ARTURO ARIEL CÁCERES MIRANDA, DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE TERAPIAS INTENSIVAS DEL MSPyBS:**

Con respecto a todo lo que conoce acerca de la atención brindada al RN hijo de la paciente *[Redacted]*, expreso:

*[Signature]*  
Lic. Oscar Espinosa  
Jefe de la División de Camas  
Superintendencia de Salud

"La información que pudimos obtener es que la madre presentaba antecedentes de complicaciones y pérdida en su embarazo anterior, el paciente presentó complicaciones y fue asistido con intubación, aplicación de surfactante, luego extubado, posteriormente presenta nueva complicación y se procedió a reintubación y asistencia requiriendo Terapia Intensiva Neonatal, la cual en ese momento se encontraba habilitada, sin embargo, no utilizada, esto último sin conocimiento del MSPyBS".

Referente al proceso de habilitación de la UTI Neonatal, y cómo participa la Dirección de Terapias Intensivas del MSPyBS, declaro:

*[Signature]*  
Dr. Karina Trache  
Reg. N° 30.197-MIO  
Superintendencia de Salud

"La Dirección de Terapias Intensivas realizó verificaciones in situ, y observaciones técnicas sobre la organización física de la UTI y sobre el nivel profesional requerido a los profesionales que estarán a cargo de dicha UTI. Dichas observaciones fueron realizadas a los responsables del establecimiento en forma verbal".

Con respecto a la participación de la Dirección de Terapias Intensivas del MSPyBS, en la derivación de un caso al sector privado, manifestó:

*[Signature]*  
Alta Mónica María Villalpando Aguado  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

"Hay un convenio con los Sanatorios Privados".

El SEME maneja la referencia y contrarreferencia.

Cuando el SEME comunica la no disponibilidad en el sistema público, se busca en el sector privado conforme al convenio, teniendo en cuenta el tipo de paciente y de terapia requerida.

"Nuestro criterio es que prime el criterio médico, a fin de salvaguardar la vida del paciente, sobre todo en los pacientes neonatales y pediátricos, con acompañamiento de asesoría jurídica".

*[Signature]*  
Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Dictaminante

Respecto al mecanismo para buscar camas en el sector privado con convenio, expreso:

"Se busca la unidad correspondiente disponible, y se gestiona el traslado con el SEME. Actualmente se cuenta con seis convenios".

*[Signature]*  
Dra. Gabriela Salerno  
Superintendencia de Salud

Consultado sobre si existen diferencias de procedimiento entre pacientes adultos y pediátricos, declaró:

*[Signature]*  
Dra. Cristina Bianchi Barilana  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dr. José Luis Morales  
Médico P.M. 4.500  
Nº 40708 44

*[Signature]*  
Tte. Demetrio Araujo Miño  
Abg. Miguel Ascativo  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

"No hay diferencia en el procedimiento, que siempre es el mismo, es decir, priorizando el criterio médico, para salvaguardar la vida del paciente".

DECLARACIÓN DEL DR. MIGUEL FERNANDO CABALLERO ALMADA, DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN DE REGIONES SANITARIAS DEL MSByPS:

GUSTAVO J. GADEA ABOGADO M. S.J. N.º 9.808

"Para el RN de la Sra. ~~XXXXXXXX~~, se consiguió una cama en el Hospital Materno Infantil de Trinidad y se realizó el traslado desde el Hospital Regional de Villarrica.

El SEME se encargó de gestionar el pedido y el posterior traslado, por lo que su Dirección no recibió ninguna solicitud al respecto.

La Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias recibió una invitación para la inauguración de la UTI Neonatal del Hospital Regional de Villarrica, veinticuatro horas antes de realizarse dicha inauguración.

La Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias no tuvo intervención en el proceso de habilitación de la UTI Neonatal del Hospital Regional de Villarrica, ni tampoco tuvo conocimiento respecto del cierre de la misma".

DECLARACIÓN DEL DR. DERLIS CARLOS LEON SANABRIA, DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE SERVICIOS Y REDES DE SALUD DEL MSPBS:

Lic. Cecilia María de la Huerfana Jiménez al Topo de Aullapara Superintendencia de Salud

Me presento, soy el Dr. Derlis Carlos León Sanabria, Especialista en Pediatría Clínica y Especialista en Gerencia en Servicios de Salud, ocupaba en ese entonces el cargo de Director General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud del MSPBS.

Sobre el caso puntual, respecto de la construcción y posterior habilitación de la UTI Neonatal del Hospital Regional de Villarrica, un año antes aproximadamente de la misma hubo una participación inicial desde el Viceministerio de Servicios, y la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud del MSPBS donde se vio la necesidad de habilitar una UTI Neonatal en el Hospital Regional de Villarrica. Desde ese entonces se inició el proceso de construcción y habilitación sin participación de mi Dirección. Tal es así que setenta y dos horas antes de la inauguración me entero de la misma, y me pongo en contacto con el Dr. Elías Benítez, Director Regional, al cual le reclamo la falta de información y le deseo éxitos, el cual me informo que trabajo con el Viceministro en el proceso de habilitación.

Dra. Karriña Troche Reg. N.º 30.197-MD Superintendencia de Salud

Investigando en el archivo del SIMESE de mi Dirección si es que hubo alguna comunicación oficial de la inauguración y del posterior cierre temporal de la UTI Neonatal, no encontré ninguna comunicación oficial al respecto, ni detalle de la adquisición de los equipos respectivos, ni contratación de recursos humanos.

No fuimos invitados al acto de inauguración de la UTI Neonatal del Hospital Regional de Villarrica.

Dr. Rebeca Salerno Superintendencia de Salud

Participamos en el proceso desde el nacimiento y posterior traslado del RN de la paciente ~~XXXXXXXX~~, a través de las Direcciones a mi cargo, entre ellas el SEME y la Dirección de Hospitales Especializados.

Si hay contratos abiertos del MSPBS con sanatorios privados, el SEME y la Dirección de Terapias Intensivas coordinan el traslado del paciente en caso de necesidad, según la disponibilidad de camas.

Dra. Carolina Barriola Superintendencia de Salud

Entiendo que la Dirección de Terapias Intensivas del MSPBS establece técnicamente lo que se necesita y la Dirección de Establecimientos de Salud del MSPBS es la encargada de habilitar. Sin embargo, no he recibido reportes de la Dirección de Terapias Intensivas del proceso de puesta en funcionamiento hasta el día de inauguración, ni su posterior cierre temporal.

www.supisalud.gov.py | Dr. José Luis Morales Novati Médico P.P. N.º 4.800 | 20 de 44 | Tte. Demetrio Araujo Milio N.º 107 esq. Avda. Sacramento

superintendenciadestabilidadmss | Abg. Miguel P. Martínez, Abg. Dicaniniana Dirección de Asesoría Jurídica

Abg. Enrique D. Román Rivas Abogado Dictaminante Superintendencia de Salud

Dra. Rebeca Salerno Superintendencia de Salud

Abg. Miguel P. Martínez, Abg. Dicaniniana Dirección de Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud





Ante la falta de disponibilidad en el sistema público, se informó la situación al Coordinador Médico de turno, Dr. Amin Saua, y posteriormente a la Dirección de Terapias. Se elaboró la hoja de No Disponibilidad en el sector público y se remitió a la Dirección de Terapias. El Dr. Rolando Sosa solicitó que el paciente sea trasladado al Sanatorio San Sebastián, en convenio, a las 19:11 horas.

GUSTAVO J. GADEA D.  
ABOGADO  
Mat. d. S. J. N° 9.060

- Hora: 19:38
- Edad: 7 horas de vida
- Centro solicitante: Hospital Regional de Villarrica
- Profesional solicitante: Dr. José Aguilar (Pediatria)
- Paciente: Recién nacido de [REDACTED]
- Requerimiento: Terapia neonatal.

Manejo del caso:

El médico saliente informó sobre la disponibilidad de lugar en el Sanatorio San Sebastián y se elaboró nuevamente la hoja de No Disponibilidad en el sector público. Durante el cambio de guardia, se realizó un relevamiento de camas. Se encontró y se confirmó la disponibilidad del requerimiento en el Hospital Materno Infantil de Trinidad con la Dra. Rolón y el caso fue reorientado a las 19:53 horas. Se notificó al médico solicitante para proceder con el traslado del paciente y se informó a la Dirección de Terapias.

Para futuras consultas, se indicó contactar al Centro Regulador de Ambulancias Guairá (CRAG) dependiente de la IV Región Sanitaria.

Siendo las 21:53 el RN se traslada al Hospital de Trinidad en ambulancia acompañado de equipo de SEME y de su padre, en incubadora de transporte, intubado, con goteo de dobutamina y Hidratación parenteral (HP) por Bomba de infusión continua (BIC) (según anotaciones de enfermería del H. R. de Villarrica).

Fecha y hora de ingreso al Hospital Materno Infantil de Trinidad: 27/02/2025, 00:00.

Datos de la ambulancia utilizada para el traslado del RN (datos provistos por el Señor Pereira, jefe de Transporte del Hospital Regional de Villarrica)

La identificación de la ambulancia con que fue trasladado en fecha 26 de febrero del año 2025 del Hospital Regional de Villarrica al Hospital Materno Infantil Santísima Trinidad de Asunción, del recién nacido- RN hijo de [REDACTED] de Mallorquín es la siguiente;

- Ambulancia soporte avanzada marca Renault, modelo MÁSTER L2 H2, año de fabricación 2024.
- Estado de kilometraje de traslado del paciente km 41.278, color blanco, chasis Nro.

93YF62008RJ546394, cédula verde No D/3948791-1, procedencia Brasil, Inventario Nro.:

12008-08-17-2691.

Se anexa fotocopia de cédula verde y habilitación municipal del rodado.

INFORME SOBRE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A TRAVÉS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (SEME) (Información proveída por el Lic. Rodrigo Fariña C., jefe Departamento Asistencia Regulación Médica y Dr. Diego Alcaraz- SEME, jefe Departamento Médicos Reguladores- SEME):

Abg. Alberto José Villamayor, Abg. Director de Asesoría Jurídica, Superintendencia de Salud

Lic. Cecilia María de la Herrería, Jefe del Depto. de Asesoría Jurídica, Superintendencia de Salud

Dra. Karina Troche, Reg N° 30.197-MD, Superintendencia de Salud

Dra. Karina Troche, Reg N° 30.197-MD, Superintendencia de Salud

Dra. Karina Troche, Reg N° 30.197-MD, Superintendencia de Salud

Dra. Cristina Barralana, Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Peralta Rivas, Abogado, Dictaminante, Superintendencia de Salud

Dra. Karina Troche, Reg N° 30.197-MD, Superintendencia de Salud

Mediante la Referencia y Contra referencia que se describe a continuación Se define como:

- **Referencia:** la presentación de paciente de Hospitales de menor complejidad a Hospitales de mayor Complejidad y de Especialidades para su derivación
- **Traslado:** se refiere al transporte sanitario de pacientes en móviles tipo ambulancias de distintos niveles de complejidad según requerimiento.

Los procedimientos utilizados en el SEME se realizan mediante protocolo de individualización y búsqueda de servicios de cuidados intensivos en el sector público y la reglamentación del procedimiento administrativo para el cumplimiento de medidas cautelares dictadas en el fuero de la Niñez y la Adolescencia según decreto del Poder ejecutivo No: 3384/2015.

Así también el SEME se rige para el transporte sanitario en base a la Resolución S. G. N.: 093/2018 Por la cual modifica la Resolución S. G. N.: 60/2000 por la cual se reglamenta el registro y la habilitación de los Servicios Extrahospitalarios Públicos y Privados, móviles de ambulancias, traslados y afines.

En relación con el caso específico del Hospital Regional de Villarrica, el SEME opera para la referencia y contra referencia prácticamente a nivel nacional exceptuándose la región Occidental (Centro Regulador Villa Choferes) y el Departamento de Caaguazú (Centro Regulador de Caaguazú) que realiza referencia y contra referencia de pacientes además de encargarse del traslado de paciente.

Los centros reguladores de Itapúa, San Pedro y Alto Paraná se encargan de realizar sólo el traslado de pacientes y dependen de la referencia o regulación realizadas por el SEME, teniendo todos dependencia del M. S. P. Y B. S. Cabe destacar que para los traslados del Departamento del Guaira se encarga un sistema mixto integrado vía convenio en entre la Gobernación del Departamento del Guaira, el Instituto de Previsión Social Regional y la IV Región Sanitaria constituyendo el Centro Regulador de Ambulancias del Guaira.

Se adjunta copia de Decreto No: 3384/2015, Resolución S. G. N.: 093/2018. Copia de Flujoograma de uso interno de trabajo para referencia.

**DECLARACIÓN DEL SR. ALCIDES ALDERETE, CHOFER DE LA AMBULANCIA QUE TRASLADO AL RN HIJO DE ROSI MARIBEL VAZQUEZ EL 26 DE FEBRERO DEL 2025 DESDE EL HOSPITAL REGIONAL DE VILLARRICA AL HOSPITAL DE TRINIDAD:**

¿Relacionado al caso, podría describirnos todo lo que sabe con relación al traslado de un recién nacido desde el Hospital regional de Villarrica hasta el hospital de trinidad en fecha 26 de febrero del 2025, desde su función dentro del Ministerio de Salud?

La ambulancia no se encontraba en condiciones de viajar, las cubiertas estaban con problemas y el otro móvil tuvo un pequeño percance, un choque, y de ese quitamos las cubiertas, todos los jefes estaban al tanto del caso, quitamos cubiertas de otra ambulancia, el móvil se encontraba en un garaje por el tema del seguro, al quitar de ahí, se lleva a la base de los paramédicos para cargar el balón de oxígeno, eso fue después de cambiar las cubiertas, fuimos al hospital y ahí entre estabilizarle al bebé, tardamos otra vez 20 minutos.

Hay un centro regulador de Guaira, que nos da las indicaciones de que hacer.

Se puede usar cualquier ambulancia que este disponible.

La otra ambulancia es la toyota que no tiene las condiciones para el traslado del neonato.

A las 20 horas más o menos me avisan que se tiene que hacer el traslado del neonato.

GUSTAVO J. GADEA D. ASABADO P.S.J. Nº 918

Abg. Albaro de Villarrica, Director de Centro Regulador de Villarrica, Superintendencia de Salud

Dr. Víctor Manuel de Itapúa, Director de Centro Regulador de Itapúa, Superintendencia de Salud

Dra. Roxana Troche Reg. N.º 30 197 MD Superintendencia de Salud

Dra. Gabriela de Villarrica, Directora de Centro Regulador de Villarrica, Superintendencia de Salud

Dra. Cristina de Villarrica, Directora de Centro Regulador de Villarrica, Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Ríos Abogado Dictaminante Superintendencia de Salud

Dra. Rebecca Salerno Superintendencia de Salud

Abg. Miguel Arestivo, Abg. Dictaminante, Asesoría Jurídica Superintendencia de Salud

Todos los jefes sabian las condiciones de las ambulancias y de sus problemas, el jefe notifico por nota creo.

Llame al centro regulador a informar del problema, el director Matto se acercó para ayudarnos con el problema del neumático, y le llama al mecánico de la regional, todo ese proceso de cambiar 2 ruedas, llevo más o menos 30 minutos.

Al ir a la base, ya me estaban esperando los dos licenciados que acompañaron al traslado.

Usamos el monitor y la bomba de infusión, le estaban ampuceando.

Durante el traslado no hubo inconvenientes, de Villarrica a Asunción tardamos una hora y 50 minutos.

Hay dos ambulancias y dos choferes de guardia, cada guardia rota que móvil le toca a cada uno.

El local donde están los móviles, esta en el hospital, el mes de noviembre vencieron todos los seguros de los móviles, por eso estaba guardado, en caso de emergencia nomás se usaba.

Jefe directo es Antonio Pereira.

El centro regulador me avisa directo a mi para el traslado.

Los preparativos normales, serian cargar el oxígeno, solo el perca de las ruedas retraso un poco todo.

El promedio de traslado es de 4 o 5 pacientes.

En caso de no tener ambulancia disponible, llamo al distrito y ellos mandan una ambulancia.

La comunicación fue por teléfono. El móvil no sé si dispone de respirador, sé que tiene aspirador, y no contamos con médicos para los traslados.

Ese día yo era un reemplazo de 12 horas de un compañero.

Mi horario de guardia normalmente es los viernes 24 horas.

En total estábamos 3 funcionarios y 2 familiares del neonato, en el traslado.

A las 21:10 más o menos llegamos al hospital de Villarrica a buscar al neonato y salimos de ahí, cerca de las 22 horas.

**HALLAZGO 9:** El RN llega al Hospital Materno infantil de Trinidad en fecha 27 de febrero del corriente a las 00:00 con la siguiente descripción: "ingresa traído por personal de blanco, en incubadora de traslado, en ARM manual con vía umbilical, y periférica en mano derecha, recibe dobutamina por vía periférica, rosado, caliente. Paciente masculino, grave, con riesgo vital, multiinvadido, en ayunas con hidratación parenteral, goteo de fentanilo y múltiples drogas vasoactivas. Se informa a los padres acerca de la gravedad del cuadro" (SIC). En la Unidad Neonatal del Hospital Materno infantil de Trinidad presento según consta en el expediente, la siguiente evolución por aspectos:

**ASPECTO HEMODINAMICO:** "recién nacido con hemodinamia comprometida y asistida por drogas vasoactivas (dobutamina, dopamina, noradrenalina, adrenalina y milrinona), además de sildenafil vía oral en el contexto de la hipertensión pulmonar. El día 27 de febrero de 2025 en horas de la noche se realizó ecocardiografía que informa: a) hipertensión pulmonar severa, b) disfunción sistólica leve biventricular, c) ductus arterioso permeable, d) foramen oval permeable, e) arco aórtico normal. El paciente se hallaba con cuadro clínico crítico, es evaluado continuamente por guardia de la terapia que esta compuesta por cardiólogos pediatras que sugieren la utilización de oxido nítrico para intentar compensar la hipertensión pulmonar severa, el equipo es solicitado a través de la Dirección de Hospitales Especializados, el Vice Ministerio de Salud y a instancias de la Dirección de Insumos Estratégico el cual es proveído

GUSTAVO GADEA  
ABOGADO  
Mat. C.S. Nº 9.005

Abg. Alberto Villarrica  
Dirección de Reservas Médicas  
Superintendencia de Salud

Dr. Cesar Castro  
Jefe de Depto. de Ambulancias  
Superintendencia de Salud

Dra. Karina Troche  
Reg. Nº 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

Dr. Rafael Torres  
Superintendencia de Salud

Dra. Cristina Ramos  
Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Definiante

Dra. Rebecca Salerno  
Superintendencia de Salud



- Falla orgánica múltiple.
- Ductus arterioso permeable de 2,8 mm y foramen oval permeable de 2,5 mm.
- Síndrome convulsivo secundario a hipoxia probable.
- Hijo de madre con diabetes gestacional.
- Hiperglicemia.

GUSTAVO J. GADEA D.  
ABOGADO  
Mat. C.S.J. IV 91

**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN N° 165.274**, se expide el 1ro de marzo de 2025 a las 5:30 am. "Se realizan cuidados post mortem y se entrega el cuerpo a los padres, los cuales estuvieron alertados en todo momento de la gravedad del cuadro".

Dr. Ana Collante  
Directora de Coordinación de Hospitales Especializados del MSBPS  
Subintendencia de Salud

**DECLARACIÓN DE LA DRA. ANA COLLANTE, DIRECTORA DE COORDINACIÓN DE HOSPITALES ESPECIALIZADOS DEL MSBPS EN FECHA 28 DE MARZO DE 2025.**

Se le consulta si tiene conocimiento del proceso de atención al RN hijo de ~~XXXXXXXX~~, ocurrido entre el 26 de febrero y el 1 de marzo de 2025.

Refiere que tomó conocimiento cuando se enteró por la mediatización del caso, por lo que llamó al Director del Hospital de Trinidad para interiorizarse del caso, a lo que él le refiere que efectivamente estaba en la UTI Neonatal del Hospital Materno Infantil de Trinidad, con un diagnóstico de hipertensión pulmonar persistente severa refractaria de un paciente pretérmino de treinta y cinco semanas proveniente de la ciudad de Villarrica y con pronóstico reservado por la gravedad de su diagnóstico, y que ellos realizaron todo el tratamiento según el protocolo pero que aún así el paciente fue teniendo fallas multiorgánicas, por lo que falleció el 1 de marzo de 2025.

Dr. Carlos Proche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

Consultada sobre sus funciones, manifiesta que tiene veinte hospitales bajo su Dirección, y atiende cuestiones o pedidos del ámbito administrativo, ya sea de recursos físicos o de recursos humanos, etc., y actúa como nexo entre los hospitales y las autoridades superiores. Sin nada más que agregar, siendo las trece y veinticinco horas, se da por concluida la presente entrevista, firmando los presentes al pie de la misma como prueba de conformidad, en dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, previa lectura y ratificación, para lo que hubiere lugar en derecho.

Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

Dr. Ricardo Salermo  
Superintendencia de Salud

**HALLAZGO 10:** Tras el fallecimiento de un recién nacido en el Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad, luego de ser trasladado desde el Hospital Regional de Villarrica por falta de una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) operativa, los medios de comunicación nacionales realizaron una amplia cobertura del caso, resaltando varios aspectos claves:

- **Falta de operatividad de la UTI neonatal en Villarrica:** La prensa destacó que la UTI neonatal del Hospital Regional de Villarrica había sido inaugurada con la presencia del presidente Santiago Peña y otras autoridades, pero no estaba en funcionamiento al momento de la emergencia. Esta situación generó indignación, ya que la infraestructura no estaba preparada para atender casos críticos como el del recién nacido.

Dr. Ricardo Salermo  
Superintendencia de Salud

Dr. Cristina Ferrer  
Superintendencia de Salud

Dr. Juan Luis...

Dr. Juan Luis...  
www.supsalud.gov.py  
superintendencia.gov.py

- **Reacciones y medidas adoptadas por el Ministerio de Salud:** Ante la gravedad del suceso, la ministra de Salud, María Teresa Barán, anunció la destitución de varios funcionarios, incluyendo al director del Hospital Regional de Villarrica, Cristian Matto, al viceministro de Atención Integral a la Salud, Santiago García, y al director general de Redes y Servicios, Derlis León. Además, se ordenó una auditoría médica para investigar lo sucedido y prevenir futuros incidentes similares.

GUSTAVO G. GADEA Q.  
ABOGADO  
M.º. C.º.º. Nº 9.000

- **Análisis de las deficiencias estructurales en el sistema de salud:** Los medios analizaron las carencias en la infraestructura sanitaria del país, especialmente en el interior, donde las inauguraciones de servicios no siempre se traducen en operatividad real. Se resaltó la necesidad de garantizar que las unidades médicas cuenten con el personal y equipamiento adecuados antes de ser puestas en funcionamiento.

Dr. Allan José Villarrica  
Director de Atención Integral a la Salud  
Superintendencia de Salud

- **Compromiso de las autoridades para mejorar la atención médica:** La ministra de Salud enfatizó la importancia de fortalecer la calidad de atención en los hospitales y aseguró que se tomarán las medidas necesarias para que tragedias como esta no se repitan. Se reafirmó el compromiso de trabajar con firmeza para mejorar el sistema de salud público en Paraguay.

- **Denuncias de la familia afectada:** Los familiares del bebé fallecido expresaron su dolor y denunciaron que no fueron informados sobre la inoperatividad de la UTI en Villarrica. El padre del niño manifestó que, de haber sabido la situación, habría buscado alternativas para salvar la vida de su hijo.

**ENTREVISTA CON LA SRA. [REDACTED] MADRE DEL RN**

Dr. Carmen Figueredo  
Coordinadora de Atención Integral a la Salud  
Superintendencia de Salud

El día del parto, el miércoles 26, se acercó al Hospital Distrital para realizarse unos estudios y es examinada por la Dra. Carmen Figueredo que le explica que se encontraba con 5 cm de dilatación y que como no alcanzaba aun las 37 semanas de gestación, debía trasladarse al Hospital Regional de Villarrica para el parto.

Dr. Alicia Troche  
Reg. N.º 30.197-RIID  
Superintendencia de Salud

La doctora se comunica frente a la paciente con la encargada de Obstetricia del Hospital Regional que acepta el traslado. La Dra. Figueredo gestiona con premura el traslado de la paciente en ambulancia al Hospital Regional. La misma refiere que hasta ese momento estaba sin dolor ni molestias y se fue sentada hasta el Hospital Regional.

Dr. Juan Luis Martínez Moya  
Médico R.P. N.º 4.900  
Superintendencia de Salud

A las 9:00 h es recibida en el Hospital Regional por el Dr. Rondelli. La paciente refiere que entre las 11:00 y 11:30 en sala de parto se la administra oxitocina a los minutos empiezan las contracciones, la doctora le revisa y le informa que estaba con 8 cm de dilatación y procede a romper la bolsa. La paciente refiere que a los minutos avisa a la doctora que sentía que el bebé estaba por nacer le revisan y ven que estaba coronando y manifiesta que la misma con una gasa, sostiene la cabeza del bebé y caminando la llevan a sala de parto.

Dr. Enrique Formán Rivas  
Abogado Titular

Nace el niño aproximadamente a las 12:30 le informan que el bebé estaba bien y con buen peso y que iba a ser controlado por el neumólogo para luego llevar al bebé junto a la mamá. Trasladan a la paciente por dos horas a sala de recuperación.

Dr. Renato Salerno  
Superintendencia de Salud

Posteriormente es llevada a sala de internación donde entre las 15:00 y 15:30 el marido le comunica que el bebé necesitaría terapia y ahí se enteran de que la terapia no estaba funcionando.

Dr. Cristina Benítez  
Superintendencia de Salud

Entre las 16:00 y 16:30 le comunica la neumóloga que se estaba buscando lugar en terapia. A las 17:00 se consigue lugar en terapia en el Hospital de Santísima Trinidad, pero el traslado se hace efectivo recién a las 22:00 porque no se disponía de ambulancia.

Se consigue una ambulancia de la gobernación y el bebé es trasladado intubado con acompañamiento del padre y la hermana de la madre.

Dr. Juan Luis Martínez Moya  
Médico R.P. N.º 4.900  
Superintendencia de Salud

Dr. [REDACTED]  
Médico R.P. N.º 2141  
Superintendencia de Salud

Dr. [REDACTED]  
Superintendencia de Salud

Se le da el alta a la madre del Hospital Regional el día siguiente y la misma se trasladada por sus medios colectivo hasta el hospital de santísima Trinidad.

A las 03:30 del sábado primero de marzo, le informan que el bebé había sufrido un paro cardiaco a las 02:00 y que se estuvo aproximadamente una hora reanimándolo y que finalmente fallece a las 5:30.

La madre refiere que el niño padecía de una hipertensión pulmonar severa, esto le fue manifestado por el médico tratante (Dra. Pati, es lo que se recuerda la madre).

Se da por finalizada la entrevista con la firma de la presente acta por parte de la paciente y los funcionarios presentes siendo las 9:41.

Ab. Alberto José Rodríguez Ayala  
Ingeniero de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Dr. María Patricia Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

GUSTAVO J. GADEA D.  
ABOGADO  
Mat. C.B.J. N° 9.060

Dr. Cecilia Ferrero Bastillana  
Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Molinas Mc AP.  
Médico R.P.M. 4.207  
Abogado D.E.L. N. 18.211

Ab. Miguel Arentivo, Abg. Dictaminante  
Dr. José María de los Angeles  
Dr. Rafael Salerno  
Superintendencia de Salud

Ab. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

Ab. Rafael Salerno  
Superintendencia de Salud

Dr. Cecilia Ferrero Bastillana  
Superintendencia de Salud

Dr. José María de los Angeles

Dr. Rafael Salerno  
Superintendencia de Salud

Ab. Miguel Arentivo, Abg. Dictaminante  
Dr. José María de los Angeles  
Dr. Rafael Salerno  
Superintendencia de Salud

2- ANALISIS Y CONCLUSIONES DE AUDITORÍA INTEGRAL DE OFICIO

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES 1: Con relación a la evaluación de la gestión de la verificación, habilitación, e inauguración oficial de la terapia neonatal:

La auditoría verificó que el proceso de habilitación de la UTIN del Hospital Regional de Villarrica se llevó a cabo mediante dos instancias de inspección técnica por parte de la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del MSPyBS:

- La primera verificación, realizada el 18 de febrero de 2025, concluyó con observaciones generales relacionadas con la adecuación de la infraestructura, las cuales fueron plasmadas de manera ambigua en el acta correspondiente. En el apartado "Cuenta con los siguientes ambientes" se consignó "según consta en planos con variantes", y en el apartado de Observaciones se incluyó la indicación "deberá adecuar según planos presentados". Sin embargo, el instrumento no detalla los aspectos específicos a ser corregidos, ni establece plazos o criterios objetivos para su cumplimiento, lo cual representa una debilidad importante en términos de trazabilidad y control técnico.
- La segunda verificación, realizada al día siguiente, el 19 de febrero de 2025, concluyó que el establecimiento cumplía con los requisitos físicos y funcionales vigentes, habilitando la emisión del Certificado de Registro y Habilitación al día siguiente, 20 de febrero, coincidente con la inauguración oficial de la UTIN y su difusión en medios de comunicación.

Del análisis de este proceso, se identificaron las siguientes situaciones críticas:

1. Falta de consistencia documental y técnica entre ambas verificaciones:
  - o La primera inspección evidenció deficiencias en la infraestructura, pero estas no fueron registradas con precisión técnica ni acompañadas de una evaluación formal de cumplimiento.
  - o Según declaraciones de las inspectoras intervinientes, varias observaciones fueron comunicadas verbalmente al equipo técnico del hospital (por ejemplo: cierre de una puerta no contemplada en los planos, terminaciones de pintura, instalación de bachas), sin respaldo documental suficiente en las actas.
2. Ausencia de un registro detallado de las no conformidades observadas:
  - o No se elaboró un informe técnico intermedio, ni se utilizaron herramientas complementarias como listas de verificación anexas al expediente, que permitan validar que las adecuaciones fueron realizadas antes de la segunda inspección.

3. Inexistencia de control posterior a la verificación técnica:

- o Se constató que una puerta que no figuraba en los planos fue utilizada con posterioridad a la habilitación, pese a que la indicación verbal fue que debía permanecer cerrada y sellada. Esto **no fue dejado por escrito**, y los inspectores manifestaron no tener competencia sobre su uso posterior, lo cual plantea dudas sobre la efectividad del proceso de control y seguimiento.

4. Posible influencia de factores no técnicos en la habilitación:

- o La coincidencia entre la fecha de la habilitación (20 de febrero) y la inauguración oficial con cobertura mediática, junto con la celeridad en las verificaciones (en un intervalo de 24 horas), sugiere una **planificación deficiente o apresurada**, que podría haber condicionado la objetividad del acto técnico de habilitación.

5. Riesgo institucional por falta de garantías técnicas documentadas:

- o La habilitación de una unidad crítica como una UTIN debe sustentarse en criterios objetivos, verificables y bien documentados. La ausencia de registros técnicos completos compromete la **transparencia del proceso, la seguridad del paciente y la responsabilidad institucional del MSPYBS** frente al cumplimiento de estándares sanitarios.

*[Signature]*  
 Abg. Martín José Villaverde  
 Director de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. María Trochiz  
 Reg. N.º 30 197-MD  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. María Trochiz  
 Reg. N.º 30 197-MD  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 GUSTAVO J. GADEA D.  
 ABOGADO  
 Mat. N.º 9.060

*[Signature]*  
 Abg. Edgardo Raúl Díaz Pacheco  
 Abogado de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Cristina Barros Ballestrina  
 Superintendencia de Salud

En concordancia a lo mencionado, el equipo jurídico de esta auditoría luego de realizar el análisis pertinente menciona ciertos aspectos que resultan relevantes para los fines de esta auditoría:

- Al momento de la habilitación, la UTI Neonatal presentaba un acceso directo al exterior, hecho confirmado mediante publicaciones oficiales y declaraciones, así como por el Informe Técnico de Fiscalización In Situ de fecha 11 de marzo de 2025, el cual menciona la existencia de un desnivel estructural producto de una antigua puerta, generando irregularidades contrarias a principios de bioseguridad.
- El diseño físico, específicamente en lo que respecta al acceso, no se encuentra alineado con lo establecido en el Anexo de la Resolución S.G. N.º 584/2019, que requiere dos accesos excluidos y no contempla accesos directos al exterior. Si bien se **aduce** que esta observación fue comunicada verbalmente, no quedó asentada de manera formal en el acta de verificación inicial.
- En el Acta de Verificación y Habilitación N.º 26735, de fecha 18 de febrero de 2025, se dejó constancia de la necesidad de "adecuar según planos presentados", sin plazos ni especificaciones técnicas. Sin embargo, en la verificación del día siguiente (Acta N.º 26736), se registró que el establecimiento ya cumplía con los requisitos físicos y funcionales para su habilitación, sin documentación detallada que evidencie las adecuaciones efectuadas en ese corto lapso de tiempo.
- Adicionalmente, al momento de su inauguración, la unidad aún no se encontraba inscrita en el Registro Nacional de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPSS) de la Superintendencia de Salud, conforme lo exige la Resolución SupSalud N.º 87/2024, requisito obligatorio para toda institución sujeta a supervisión por parte de dicho organismo.

En base a estos antecedentes, y prosiguiendo con el análisis jurídico correspondiente, se concluye que la habilitación e inauguración de la UTI Neonatal se realizaron en un contexto que **no cumplía plenamente con los requisitos técnicos, funcionales y administrativos vigentes**, de acuerdo con lo normado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Superintendencia de Salud.

Si bien corresponde a las instancias jurisdiccionales o disciplinarias determinar responsabilidades, los hallazgos de esta auditoría evidencian la necesidad de iniciar

*[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*  
 www.supsalud.gov.py | Dr. José Luis Molina | Tte. Demetrio Araujo Miño | Abg. Miguel Garbino  
 sup@intendenciasalud.gov.py | Mat. N.º 9.060 | Mat. N.º 30 de 44 | Avda. Sacramento  
 Dirección de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Abg. Enrique D. Román Rivas  
 Abogado Diclamitante  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Rebecca Salerno  
 Superintendencia de Salud



financiada por la gobernación, y la comunicación entre las partes se dio de forma informal o fragmentada, sin instancias de coordinación técnica integradas. Esto afectó la supervisión continua de la obra y dificultó la verificación oportuna de su grado de finalización.

2.5. Ambigüedad en las competencias institucionales

Durante las entrevistas a funcionarios responsables, se evidenció un vacío en la definición de competencias entre las áreas de infraestructura y habilitación. Algunas direcciones técnicas declararon no haber sido notificadas formalmente sobre el avance de las obras ni sobre las refacciones posteriores a la habilitación. A su vez, quienes participaron del proceso de inspección manifestaron no tener autoridad jerárquica para imponer condiciones o verificar el cumplimiento posterior. Esta ambigüedad debilitó el control efectivo del cumplimiento de los estándares requeridos.

CONCLUSIÓN 2:

Las deficiencias estructurales y operativas detectadas en torno a la inauguración de la UTIN derivan principalmente de la falta de planificación técnica integral, escasa documentación de las observaciones realizadas, y una débil coordinación interinstitucional. Las adecuaciones ejecutadas después de la habilitación oficial revelan que la unidad aún no estaba en condiciones operativas plenas en el momento de la misma. Esta situación expone la necesidad de establecer mecanismos más rigurosos para la validación técnica y funcional de unidades críticas, priorizando criterios objetivos, trazables y multidisciplinarios.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES 3: Respecto al manejo de la paciente durante su periodo Prenatal:

La paciente [REDACTED] fue atendida en múltiples ocasiones en distintos hospitales del sector público. Los registros muestran que recibió controles prenatales relacionados con su condición de embarazo de alto riesgo y diabetes gestacional. Sin embargo, se evidenciaron inconsistencias en algunos de los registros clínicos, así como la ausencia de estudios complementarios indicados en las guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), tales como controles metabólicos regulares, ecografías especializadas y evaluaciones integrales del estado de salud materno-fetal.

Según la normativa del MSPyBS en el Manual Nacional de Normas de Cuidados: Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio; Seguros e Inclusivos. 3.ª ed. 2022, (p. 37), la presencia de dos o más factores de riesgo implica un embarazo con alta probabilidad de desarrollar Diabetes Gestacional (DG). En este caso, la paciente presenta cuatro factores de riesgo documentados: edad materna ≥30 años, antecedentes personales de Diabetes Gestacional en embarazo previo, dislipidemia y óbito fetal.

Siguiendo con las normativas del manual (p. 67), con dos o más factores de riesgo y glucemia basal entre 92-125 mg/dL, la paciente debe ser considerada con diagnóstico clínico de Diabetes Gestacional y ser registrada bajo el código CIE-10 O24 y debe ser remitida al siguiente nivel superior de atención (II o III) según complejidad y disponibilidad del centro, sin necesidad de otras pruebas confirmatorias, para tratamiento multidisciplinario URGENTE, que no fue cumplido en este caso.

El número mínimo de consultas prenatales es de seis, siendo ideal ocho o más para embarazos con factores de riesgo según las normativas (p. 31). En este caso, se cumplió con este criterio, documentándose más de ocho controles prenatales.

Se recomienda medir la glucemia en ayunas en el primer control prenatal (p. 67). La paciente fue evaluada en la semana 7.5, con un valor de 105 mg/dL, cumpliendo con este requerimiento.

*[Handwritten signature]*  
Abg. Alberto de Villalón  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
Lic. Gustavo J. Gadea  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
Dra. Karina Truche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
GUSTAVO J. GADEA  
ABOGADO  
Est. S.S.J. N° 380

*[Handwritten signature]*  
Abg. Demetrio Araujo Miró  
Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
Dra. Karina Truche  
Superintendencia de Salud

Debe realizarse Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TTOG) entre las semanas 24 a 28 de gestación como rutina (p. 70). En el presente caso fue solicitado precozmente (semanas 12 y 14), sin constancia de resultados ni seguimiento, lo cual representa un desvío respecto a lo normado.

Una vez diagnosticado diabetes gestacional - DG, debe iniciarse con seis controles de glicemia capilar diarios, con posibilidad de reducción a cuatro y posteriormente a tres por día, en función del control metabólico (p. 72). Aunque estuvo indicado en este caso en las semanas 26, 29 y 32, no se documentó seguimiento adecuado.

Es imprescindible la evaluación por nutrición o diabetología tras el diagnóstico de DG (p. 70). No se encuentra registrada en la historia clínica la evaluación por estos profesionales a pesar de que fuera solicitada la interconsulta.

Los suplementos con Hierro y folatos fueron indicados correctamente, conforme a la normativa (p. 50).

En cuanto a las ecografías obstétricas, deben realizarse obligatoriamente entre las semanas 24 y 28, trimestralmente, y al menos tres durante la gestación (p. 71). Aunque se realizaron pedidos en varias ocasiones, no hay constancia de su cumplimiento en la historia clínica.

Las Ecografías de percentil de crecimiento fetal deben realizarse cada 2 a 3 semanas desde el diagnóstico de DG (Manual de Patologías Obstétricas, 2018, p. 275). No se encuentran registradas.

El Perfil biofísico fetal (PBF) puede indicarse a partir de la semana 32 en embarazos de alto riesgo (Manual de Patologías Obstétricas, 2018, p. 275). Tampoco consta en la documentación.

Ante el riesgo de parto pretérmino, para la evaluación de maduración pulmonar fetal, debe administrarse betametasona entre las semanas 24 a 34 (Manual de Patologías Obstétricas, 2018, p. 22 y 24). No se hallaron registros de su aplicación.

Debe realizarse Planificación del parto institucional antes de la semana 39 en casos de DG (p. 75). No se evidencia planificación previa; el parto ocurrió espontáneamente a las 35.6 semanas en este caso.

Además, se observó que la comunicación sobre los riesgos relacionados con su condición no fue efectivamente documentada y que las indicaciones sobre tratamientos específicos no siempre fueron adecuadamente proporcionadas o seguidas, lo cual afectó negativamente la planificación para el parto y el manejo adecuado de las complicaciones relacionadas con su embarazo de alto riesgo.

A pesar de que la paciente recibió un número adecuado de consultas prenatales, se observan incumplimientos relevantes en la aplicación de las normativas nacionales vigentes del MSPyBS para el manejo de embarazos de alto riesgo por Diabetes Gestacional. Las principales deficiencias documentales incluyen: la falta de seguimiento a la prueba de tolerancia oral a la glucosa, ausencia de monitoreo sistemático de glicemia capilar, falta de ecografías de control del crecimiento fetal y perfil biofísico fetal, y omisión en la planificación formal del parto y la derivación oportuna a un centro de mayor complejidad.

Estas omisiones implican una desviación de los estándares establecidos en los manuales y planes oficiales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, comprometiendo potencialmente la seguridad materna y perinatal. La falta de documentación estructurada de controles claves para el manejo de Diabetes Gestacional limita la posibilidad de evaluar adecuadamente la calidad y oportunidad de la atención prestada.

Abg. Ricardo José Martínez  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud

Abg. Víctor Franche  
Reg. N° 30.197-MIO  
Superintendencia de Salud

GUSTAVO J. GADEA  
ABOGADO  
Mat. C.S. N° 9.088

Dr. Esteban...  
Superintendencia de Salud

Dr. Cristina Barrios Battilana  
Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Rojas Novati  
Médico R.P. N° 4.900  
Abogado Mat. N° 16.728

Abg. Miguel Arestivo  
Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

Abg. Esteban Saletino  
Superintendencia de Salud



traslada al RN en cuna simple conectada a oxígeno a cuidados mínimos para observación. Siendo la 1:56 PM es evaluado por la Dra. Karen Furler del Servicio de Neonatología quien registra: Examen físico normal, Ruidos cardiacos normo fonéticos, buena perfusión periférica, luce rosado, reflejos de succión presente. Queda con leve quejido y polipnea FR 69X' por lo que instalo Oxigeno por halo cefálico y queda en observación. Realiza una reevaluación en horario no registrado donde refiere que "el RN presenta persistencia de polipnea, quejido, tiraje, aleteo nasal, saturando 90% con oxigeno por Halo cefálico a 3 l/min, Fc 134 por lo que indico internación en unidad de Cuidados intermedios". Diagnósticos: - RNpT/AEG (recién nacido pre termino/adequado a la edad gestacional), -SDR (síndrome de distrés respiratorio) VS TTRN (taquipnea transitoria del recién nacido), -Riesgo Metabólico/Hijo de madre con Diabetes gestacional. Tratamiento: -internación, -O2, -HP (hidratación parenteral), -Análisis, -RX (radiografía), -Control de HGT (hemoglucotest). El RN presentaba a los pocos minutos, signos de patología pulmonar, con un análisis inicial adecuado en cuanto a los diagnósticos y manejo, salvo la realización de una gasometría en dicho contexto. Siendo las 14 horas RN con O2 en Halo cefálico, quejido audible, hiporreactivo, hipotónico. Se coloca en una servocuna con O2 a %/litro, se constata saturación de 86% con tendencia a empeorar con el llanto, tiraje intercostal bilateral marcado, retracción subcostal, cianosis distal, quejido audible. Se decide realizar IOT para administrar surfactante teniendo en cuenta prematuridad y mala clínica. En las anotaciones medicas no se constata la extubacion posterior a la medicación (surfactante), sin embargo, ese dato se obtiene de las anotaciones de enfermería y de la declaración de la Dra. Milagros Barrera en la Superintendencia de Salud en fecha 24 de marzo del corriente. La primera Gasometría (16:18 hs) arroja los siguientes resultados:

Milagros Barrera  
Lic. Milagros Barrera Villalobos  
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica  
Superintendencia de Salud

Dra. Milagros Barrera  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

- pH: 7.28
- PCO2: 47.2
- PO2: 51%
- Bicarbonato: 21.8
- Exceso de base: -5.

Dicho resultado denota un estado de acidosis mixta, que conforme al Manual de referencia se requiere un escalamiento a sistema de soporte respiratorio mas avanzado (CPAP/ARM) buscando mejorar la oxigenación del RN. Ambos sistemas aparentemente no fueron utilizados por las limitaciones del lugar. No se puede observar otros controles gasométricos en el hospital de Villarrica.

GUSTAVO J. GADER  
ABOGADO  
Mat. C.S.J. N° 9.046

Según registros de Enfermería se puede constatar:

A las 18:04 Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges registra Observaciones: Descripción: "RECIBO RESULTADO DE LABORATORIO LE MUESTRO A LA DRA DE GUARDIA QUIEN DEJA INDICACION A SEGUIR. RN CONTINUA EN ESTADO DELICADO CON DISTREZ RESPIRATORIA, QUEJIDO AUDIBLE -SE QUEDA EN EL SERVICIO EN CUNA TERMICA CONECTADO A MONITOR CARDIACO, SOG ABIERTO, O2 A 5LTS/MIN POR HALO CEFALICO, HP POR BIC EN EL MIEMBRO SUPERIOR LADO DERECHO + ONFALOCLISIS CON GOTE DE INOTROPICOS DOBUTAMINA A 0.5CC/HS POR BIC". (SIC)

A las 19:00 Lic. Cynthia Graciela Chaparro González. Registra: T.AX 37.4 C, F.R. 77 resp/min, F.C. 144 lat/min. Observaciones: Descripción: 18:00 "RN EN UNIDAD CUNA TERMICA ACTIVOREACTIVO CON O2 EN HALO CEFALICO, SOG ABIERTA, HP POR BIC, ONFALOCLISIS CON GOTE DE DOBUTAMINA 0.5 cc/hs. RN POLIPNEICO, CON QUEJIDO SPO2 90%. 18:30 CONTROL DE ENFERMERIA, RN LLORA Y DESATURA SPO2 88% Y SE PONE CIANOTICO. CONTROL DE RESIDUO GASTRICO ASPIRO 6CC LIQUIDO PORRACEO, REALIZO LAVADO Y COMUNICO A LA DRA. 18:50 RN ES INTUBADO CON TUBO ENDOTRAQUEAL N.3.5 SE FUA EN 11cm, hecho por la DRA

Eugenia Elizabeth Peralta Monges  
Lic. Eugenia Elizabeth Peralta Monges  
Superintendencia de Salud

Cynthia Graciela Chaparro González  
Lic. Cynthia Graciela Chaparro González  
Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Dedicado  
Superintendencia de Salud

Dra. Terece Salerno  
Superintendencia de Salud

MILAGROS BARRERA, INDICA ADMINISTRAR FENTANILO 0.57 mg E/V LENTO Y DILUIDO AL MOMENTO. 19:00 CONTROL DE ENFERMERIA. 19:10 ADMINISTRO OMEPRAZOL 2.9mg E/V LENTO Y DILUIDO POR INDICACION DE LA DRA MILAGROS BARRERA. SE LLAMA A SEME PARA SU TRASLADO. R Gástrico 6 ml, Llenado capilar 1 segundo, SAT O2 92%, Mobiliz sí". (SIC)

Dr. Carlos Gabriel de la Herrería, Director de Asesoría Médica, Superintendencia de Salud

A partir de la re-intubación, el RN permanece borseado, siendo la ultima evolución medica la que se registra a las 22:17 horas y expresa: "Paciente RN en sus primeras horas de vida, intubado, con borseo manual, goteo de Dobutamina y sedación según necesidad, se mantiene estable sin desaturaciones, porta VVP en mano derecha y onfalocelisis. Mediante comunicación con la Dra. Patricia Rolón de la Terapia neonatal del Hospital de Trinidad que informa que puede recibir al paciente, se solicita ambulancia vía SEME, se mejoran condiciones generales y se envia en buen estado general. Objetivos: Temperatura: 37.2 C, FC: 144 lat/min, FR 77 resp/min, Saturación O2: 92%.

Análisis: RNpT/AEG – SDR/EMH intubado – HTP a descartar – Hijo de madre con Diabetes gestacional. Plan: traslado a centro con Unidad de cuidados neonatales". (SIC).

Dr. Néstor Troche, Reg. N° 30 197-RD, Superintendencia de Salud

En este contexto, analizando lo arriba mencionado, se puede evidenciar que:

- El recién nacido presentó signos de dificultad respiratoria a las 12:30 horas, dentro de las primeras horas de vida. Se documentaron quejido respiratorio, cianosis distal y polipnea, lo cual motivó el inicio de oxigenoterapia con halo cefálico. Sin embargo, la evolución clínica mostró un progresivo deterioro, con signos de distrés respiratorio: tiraje, aleteo nasal, hipotonía, hiporreactividad y desaturaciones persistentes.
El análisis clínico inicial fue adecuado, incluyendo diagnósticos diferenciales como Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) y Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN), en el contexto de un recién nacido pretérmino, hijo de madre con diabetes gestacional.

GUSTAVO J. GADEA D., ABOGADO, Mat. C.S.J. N° 9.060

No obstante, se observan lagunas críticas en la atención, en lo relacionado a:

- La primera gasometría fue realizada a las 16:18 h, pese a la sintomatología persistente desde al menos dos horas antes. El resultado evidenció una acidosis mixta, lo cual, según el Manual de Atención Neonatal (2ª Ed., 2016), requería escalamiento a un soporte respiratorio avanzado (CPAP o ARM), el cual no podía ser implementado por limitaciones del establecimiento.
A pesar de la administración de surfactante y la intubación inicial, no existe constancia médica clara de la extubación posterior. Este dato fue inferido de registros de enfermería y declaraciones ante la Superintendencia de Salud.
A las 18:50 horas se realiza una nueva intubación ante signos de deterioro clínico severo, y desde entonces el neonato permanece con ventilación manual asistida ("borseo") hasta su traslado.

Dr. Esteban Salerno, Superintendencia de Salud

Retraso en el traslado a un centro de mayor complejidad

Aunque el personal actuante desplegó todos los recursos disponibles en el hospital, se constata un retraso significativo en la derivación del recién nacido. Desde las 14:00 horas ya se manifestaba un cuadro de distrés respiratorio moderado a severo que justificaba una transferencia a un centro que cuente con una UTIN operativa. Sin embargo, el traslado efectivo se realizó recién a las 21:53 horas, es decir, más de siete horas después del inicio del deterioro clínico, con llegada al centro especializado recién a las 00:00 h del día siguiente.

Dr. Cristina Barrera Benítez, Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Rivas, Abogado Dictaminante, Superintendencia de Salud

Dr. Esteban Salerno, Superintendencia de Salud

CONCLUSION 5:

1. El manejo clínico inicial del neonato fue adecuado en términos diagnósticos, pero limitado en su capacidad terapéutica, principalmente por la falta de equipamiento especializado como CPAP o ventilación mecánica invasiva, así como también la posibilidad de un monitoreo propio de áreas críticas neonatales.
2. El deterioro respiratorio progresivo del RN aunque abordado con los medios disponibles, no pudo ser manejado según los estándares de atención neonatal, existiendo un retraso multifactorial en la derivación a una unidad con mayor capacidad resolutive.
3. La atención brindada estuvo condicionada por limitaciones estructurales y operativas del hospital, más que por una falla en el compromiso del personal. Sin embargo, la demora en la remisión y la falta de monitoreo continuo (gasometrías seriadas, evolución médica frecuente) constituyen factores de riesgo asistencial que deben ser corregidos.
4. Es indispensable reforzar los protocolos de atención neonatal de emergencia, incluyendo la activación oportuna de redes de derivación y la garantía de soporte respiratorio avanzado, especialmente en neonatos de riesgo como los prematuros hijos de madres diabéticas.

*[Signature]*  
 Lic. Cecilia María Contreras  
 Jefe de la Oficina de Salud  
 Superintendencia de Salud

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES 6: Con referencia a la evaluación de la cadena de decisiones y la respuesta del hospital ante la gravedad del cuadro clínico del neonato:

La respuesta institucional del Hospital Regional de Villarrica no fue eficaz en garantizar el traslado precoz del recién nacido (RN) a una Unidad Neonatal, pese a la evolución progresivamente desfavorable del cuadro clínico. Si bien se adoptaron medidas terapéuticas iniciales adecuadas dentro de las capacidades disponibles —incluyendo oxigenoterapia, intubación orotraqueal, y administración de surfactante—, la gravedad del caso requería una remisión urgente a un centro de mayor complejidad.

Se identificaron fallas en varios niveles de la cadena de decisiones, especialmente en lo referente a:

1. Falta de procedimientos estandarizados: No se evidenciaron protocolos claros para la derivación de neonatos en estado grave. La inexistencia de un plan formal de contingencia frente al cierre de la unidad de terapia neonatal del hospital agravó esta situación, dejando al personal con una limitación en su actuar, y sin una guía operativa para responder con rapidez.
2. Deficiente comunicación interna e interinstitucional: Se constató una limitada coordinación entre el personal médico, administrativo y los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias (SEME). Esta falta de articulación provocó una demora en la gestión del traslado, que finalmente se concretó cerca de ocho horas después del inicio del deterioro clínico del RN.
3. Documentación clínica incompleta: La toma de decisiones no fue debidamente registrada en varios momentos críticos del proceso, lo que impide reconstruir con precisión la secuencia de acciones, los motivos detrás de ciertas decisiones, y los obstáculos enfrentados. Esta omisión limita la comprensión del caso y afecta la capacidad de evaluación y mejora de los procesos institucionales.
4. Limitaciones estructurales y de recursos humanos: La carencia de soporte ventilatorio avanzado (CPAP, ARM) condicionó las decisiones médicas. Aunque el personal de salud demostró compromiso y actuó con los recursos disponibles, la respuesta hospitalaria fue insuficiente ante la complejidad del caso clínico.

*[Signature]*  
 Dra. Karina Troche  
 Reg. N° 30 197-MD  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 GUSTAVO J. GADEA  
 ABOGADO  
 Mat. C.S.J. N° 92.60

*[Signature]*  
 Dra. Cecilia María Contreras  
 Jefe de la Oficina de Salud  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Cristina Barros Battaglia  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dr. José Luis Molinas Noveri  
 Médico R.P. N. 4.900  
 Abogado M.B. N. 10.228

*[Signature]*  
 Tte. Demetrio Araujo Miño N° 107

*[Signature]*  
 Abg. Miguel Arce, Ab. Oct.  
 Dirección de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Abg. Enrique D. Román Rivas  
 Abogado Decretamente  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Cecilia Salerno  
 Superintendencia de Salud

En síntesis, el hospital no logró activar una respuesta institucional efectiva ni coordinada frente a un cuadro clínico grave, como es el distrés respiratorio en un recién nacido de pretérmino. La falta de planificación, protocolos específicos, y mecanismos de comunicación y coordinación, repercutieron directamente en la calidad y oportunidad de la atención brindada al neonato.

**ANÁLISIS Y CONCLUSIONES 7: Con Respecto a los protocolos de traslado y los impactos en la atención médica del neonato:**

Del análisis de los registros clínicos y administrativos, se constataron importantes deficiencias en los tiempos de respuesta, coordinación interinstitucional y condiciones logísticas durante el proceso de traslado del recién nacido.

En primer lugar, se verificó una demora de aproximadamente 1 hora y 30 minutos en la obtención de una cama en unidad de terapia intensiva neonatal del sistema privado, debido a la falta de disponibilidad en el sistema público. Una vez confirmada la disponibilidad en el sector privado, se observó un retraso adicional de 30 minutos en la notificación al equipo de referencia.

Posteriormente, a las 19:53 horas, se gestionó una reorientación del caso hacia el Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad, tras confirmarse la disponibilidad de cama mediante gestión directa del médico de guardia Dr. José Aguilar, sin intervención efectiva del SEME. Sin embargo, el traslado recién se concretó a las 21:53 horas, es decir, 2 horas después de la confirmación de destino.

Asimismo, se identificaron fallas logísticas en el sistema de traslado sanitario, entre ellas: deficiencias mecánicas y operativas en la ambulancia de soporte avanzado, como el deterioro de neumáticos, las cuales habían sido notificadas previamente por el personal sin que se implementaran medidas correctivas eficaces y oportunas, según manifestaciones del chofer, asentadas en Acta.

La ausencia de una unidad de transporte especializada en condiciones óptimas y la falta de respuesta oportuna por parte de los equipos responsables del traslado comprometen directamente la calidad de atención y la seguridad del paciente neonatal en situación crítica.

En resumen, el traslado del recién nacido se realizó tras una cadena de eventos marcados por demoras evitables, falta de coordinación efectiva entre las instituciones intervinientes y debilidades estructurales del sistema de salud, lo que incidió negativamente en el tiempo de respuesta ante una emergencia neonatal de alta complejidad.

**ANÁLISIS Y CONCLUSIONES 8: Determinar la relación entre la demora en la atención y la evolución clínica del neonato.**

La condición clínica del RN era grave. Es imposible para esta auditoría determinar que la evolución clínica del RN sería favorable si se contaba en tiempo y forma con una Unidad de Terapia Neonatal, o afirmar con certeza que dicha intervención oportuna hubiese modificado el desenlace clínico del mismo. Sin embargo, existen elementos que sugieren que:

- La implementación más temprana de soporte ventilatorio avanzado (CPAP o ARM) podría haber mejorado la oxigenación y la Hipertensión pulmonar, y reducido el deterioro de aparatos y sistemas en el RN.
- Una derivación más temprana, podría haber permitido que el RN reciba atención especializada, aumentando la posibilidad de una intervención terapéutica efectiva.
- La demora en el proceso de traslado contribuyó a que el RN permanezca en una condición inestable sin acceso a los recursos adecuados para el manejo indicado para dicha situación.

*[Handwritten signature]*  
Dra. Virginia Troche  
Reg. N° 30 197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
STAVO J. GADIN  
ABOGADO  
C.S. N° 958

*[Handwritten signature]*  
Dra. Cristina Jaramas Battilana  
Superintendencia de Salud

www.supersalud.gov.py  
superintendenciasalud@msp.gov.py  
Dr. José Luis Molinas Noveri  
Médico R.P. N. 4.889  
Asesoría Méd. N. 18.226  
Telf. Demetrio Araujo Miño N° 107 esq. Avda. Sacramento  
Asunción - Paraguay  
Abg. Miguel Arrestivo, Abg. Dictaminante  
Dirección de Asesoría Jurídica

*[Handwritten signature]*  
Abg. Enrique C. Román Rivas  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
Dra. Rebeca Salerno  
Superintendencia de Salud

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES 9: Con referencia a la revisión del manejo clínico del RN en el Hospital de Trinidad:

A partir de la documentación clínica revisada, se concluye que el Hospital Materno Infantil de Trinidad brindó una atención integral, continua y conforme a los estándares de manejo para cuadros neonatales críticos, desde el momento del ingreso del recién nacido (RN) hasta su fallecimiento. El paciente fue recibido en condiciones sumamente comprometidas, con riesgo vital alto, múltiples accesos vasculares, asistencia ventilatoria manual, y bajo infusión de fármacos vasoactivos.

El abordaje clínico fue intensivo y multidisciplinario, e incluyó medidas terapéuticas avanzadas en todos los aspectos del soporte vital:

- 1. Soporte hemodinámico y cardiovascular: El RN ingresó con signos de disfunción miocárdica e hipertensión pulmonar severa, que fue confirmada mediante ecocardiografía. Se instauró soporte con múltiples drogas vasoactivas y vasodilatadores pulmonares, incluyendo dobutamina, dopamina, noradrenalina, milrinona y sildenafil. La utilización de óxido nítrico inhalado fue solicitada oportunamente a instancias del equipo tratante, y el recurso fue gestionado a través de los niveles centrales del Ministerio de Salud. No obstante, la aplicación del mismo no fue posible por el deterioro clínico irreversible del paciente al momento de su arribo.
2. Asistencia respiratoria: El RN fue rápidamente conectado a ventilación mecánica convencional y posteriormente a ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) ante la falta de respuesta y progresión a acidosis respiratoria. Se realizaron intentos de adaptación intermodal, sin lograr estabilización sostenida, en un contexto de hipertensión pulmonar refractaria y compromiso cardiovascular severo.
3. Manejo metabólico e infeccioso: Se brindó soporte metabólico con hidratación parenteral individualizada, manejo de hiperglicemia con insulina, corrección de acidosis y de alteraciones electrolíticas. Pese a la ausencia de signos infecciosos maternos y resultados negativos de hemocultivos, se instauró tratamiento antibiótico empírico precoz ante la posibilidad de sepsis neonatal temprana, conforme a guías clínicas.
4. Evaluación neurológica y control de convulsiones: Se documentaron eventos comiciales en las primeras horas de internación, tratados con múltiples anticonvulsivantes. La imposibilidad de realizar estudios complementarios (EEG o ecografía cerebral) se atribuye al estado clínico inestable del paciente, que no permitía su traslado ni manipulación.
5. Comunicación con la familia y acompañamiento: La información brindada en el expediente clínico refiere que los padres fueron informados de manera continua y clara sobre la evolución del cuadro y el pronóstico reservado, y se documenta adecuadamente la entrega del cuerpo y los cuidados post mortem.

CONCLUSIÓN 9:

Se observa que el equipo de salud del Hospital de Trinidad actuó con diligencia, celeridad y competencia técnica, aplicando todas las medidas terapéuticas disponibles en un intento de revertir una situación de extrema gravedad clínica. La evolución del RN fue desfavorable desde el inicio, y el desenlace fatal según los hallazgos clínicos fue consecuencia directa de la hipertensión pulmonar severa refractaria y la falla orgánica múltiple secundaria.

La atención brindada fue intensiva y en línea con los protocolos de manejo para patologías neonatales críticas, dentro del marco de recursos humanos, técnicos y logísticos disponibles.

Dr. Alejandro Wainwright
Director de Asesoría Jurídica
Superintendencia de Salud

Dr. Oscar Roberto de la Hoz
Jefe del Depto. de Asesoría Jurídica
Superintendencia de Salud

Dr. Mercedes Troche
Res N° 30.197-MD
Superintendencia de Salud

GUSTAVO A. GADEA
ABOGADO
Mat. C.S.J. N° 9.060

Dr. Cecilia Basso Barchini
Superintendencia de Salud

Dr. Jose Luis Román
Medico R.P. N. 4.800
Abogado Mat. N. 10.228

Dr. Demetrio Araujo
Superintendencia de Salud

Dr. Enrique Román Rivas
Abogado Dictaminante
Superintendencia de Salud

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES 10: Con respecto al impacto mediático.

El fallecimiento del recién nacido trasladado desde el Hospital Regional de Villarrica hasta el Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad, debido a la inoperatividad de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) en su lugar de origen, generó una amplia cobertura mediática y una fuerte reacción tanto de la sociedad civil como de las autoridades sanitarias. Los hechos merecen un análisis multidimensional.

10.1. Falta de operatividad de la UTIN en Villarrica

Uno de los aspectos más criticados fue la discrepancia entre la inauguración oficial de la UTIN y su real funcionamiento operativo. La cobertura de prensa expuso que, pese a haber sido habilitada públicamente con presencia de autoridades nacionales, la unidad no estaba operativa en el momento que el RN lo necesitaba. Esta situación generó desconfianza ciudadana y cuestionamientos sobre la planificación y gestión de los recursos sanitarios, particularmente en el interior del país.

10.2. Acciones institucionales del Ministerio de Salud

La respuesta inmediata del Ministerio de Salud incluyó destituciones de altos funcionarios, entre ellos autoridades clave de la Red de Servicios y del propio Hospital involucrado. Asimismo, se ordenó una auditoría médica para esclarecer responsabilidades y establecer medidas correctivas. Estas decisiones reflejan una intención de rendición de cuentas, pero también confirman la existencia de fallas estructurales en la gestión sanitaria, especialmente en relación con la supervisión y control del estado real de funcionamiento de los servicios inaugurados.

10.3. Deficiencias estructurales del sistema de salud

Los medios destacaron que este caso no es un hecho aislado, sino una manifestación más de una problemática estructural. Se puso en evidencia la necesidad urgente de revisar los criterios de habilitación funcional de servicios críticos, asegurando que cualquier unidad inaugurada cuente con todos los elementos necesarios para brindar atención oportuna, segura, y de calidad.

10.4. Compromisos asumidos por la autoridad sanitaria

La Ministra de Salud Pública y Bienestar social, manifestó un compromiso explícito de fortalecer la atención médica en hospitales públicos y prevenir eventos similares en el futuro. Este compromiso, valorable, debe traducirse en acciones concretas, sostenidas y con monitoreo público, especialmente en la inversión en recursos humanos, equipamiento, protocolos y sistemas de información transparentes.

10.5. Impacto social y dolor familiar

Las declaraciones de la familia del RN fallecido revelan una falla en la comunicación médico-familia: los padres no fueron informados sobre la inoperatividad de la UTIN en Villarrica, lo cual limitó su posibilidad de participar activamente en la toma de decisiones sobre la atención de su hijo. Esta omisión representa una vulneración al principio de autonomía y derecho a la información de los pacientes y sus familias, pilares fundamentales de la atención médica humanizada.

Abg. Alberto Villalpando, Director de Atención Médica, Superintendencia de Salud

Dr. César Rodríguez, Jefe de Unidad de Atención Médica, Superintendencia de Salud

Dr. María Tranche, Reg. N° 30 197-MD, Superintendencia de Salud

GUSTAVO J. GADDA, ABOGADO, Mat. C.S.J. N° 9.090

Dr. Roberto Sánchez, Jefe de Unidad de Atención Médica, Superintendencia de Salud

Dr. Enrique Barrionaraz, Superintendencia de Salud

Dr. Luis Molinas, Médico R.P. N 4.900, Abogado Mat. N. 10.228

Dr. Demetrio Araujo Milio, Tte. Demetrio Araujo Milio N° 107 esq. Avda. Sacramento, Asunción - Paraguay

Abg. Miguel Arestivo, Abg. Dictaminante, Dirección de Asesoría Jurídica, Superintendencia de Salud

Abg. Enrique D. Román Rivas, Abogado Dictaminante, Superintendencia de Salud

Dr. Roberto Salas, Superintendencia de Salud

CONCLUSIONES FINALES DEL EQUIPO AUDITOR

1. La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Regional de Villarrica fue habilitada sin el cumplimiento efectivo y documentado de los requisitos establecidos por la normativa vigente, lo que representó una habilitación prematura, sin garantía de operatividad real al momento de la misma.
2. Al momento de su inauguración, la unidad no se encontraba inscrita en el Registro Nacional de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, configurando una transgresión al marco reglamentario que rige a los establecimientos sujetos a supervisión por parte de la Superintendencia de Salud.
3. Se verificó una desarticulación funcional entre las instancias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, reflejada en la falta de comunicación formal a la Dirección General de Redes y Servicios sobre la habilitación, operatividad y posterior cierre de la UTI, lo que evidencia debilidades estructurales en la gobernanza y en el trabajo en red.
4. Durante el evento clínico auditado, la UTI Neonatal no estuvo disponible para la atención del neonato, lo que obligó a una derivación urgente y evidenció una falta de planificación, ausencia de protocolos operativos, y debilidad en la gestión institucional del recurso habilitado.
5. La respuesta del sistema de emergencias (SEME) fue inadecuada, registrándose demoras evitables, problemas logísticos (neumáticos, seguros), y falta de coordinación efectiva para el traslado oportuno del paciente en estado crítico.
6. La cadena de atención clínica, administrativa y logística involucrada en este caso presentó fallas en todos sus niveles, lo que impidió una respuesta eficiente y oportuna ante una situación de alto riesgo, comprometiendo la continuidad y calidad de la atención neonatal.

*[Signature]*  
 Abg. Alejandro Díaz Villaverde  
 Dirección de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. María Inés Herrera  
 Lic. en Asesoría Jurídica  
 Lic. en Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Andrea Troche  
 Reg. N° 30 197-MD  
 Superintendencia de Salud

3- RECOMENDACIONES

Proponer medidas correctivas y preventivas para evitar situaciones similares en el futuro:

- Fortalecer las verificaciones de las unidades del Sistema Nacional de Salud mediante controles más rigurosos y transparentes en el proceso de habilitación de Establecimientos Sanitarios.
- Establecer instrumentos estandarizados de inspección técnica (listas de verificación, formatos de actas con ítems detallados y criterios objetivos), que permitan documentar con precisión las no conformidades detectadas durante las visitas previas a la habilitación, de cumplimiento obligatorio y verificado previo a la habilitación. Dicho proceso debe ser riguroso tanto en el sector público, privado y mixto.
- Incluir plazos específicos y responsables asignados para la corrección de observaciones técnicas, dejando constancia de las acciones requeridas y las condiciones necesarias para una nueva verificación. El mencionado proceso debe estar sujeto al control interno correspondiente.
- Prohibir la habilitación definitiva sin cumplimiento documentado de todas las observaciones técnicas identificadas en etapas previas. La constancia de adecuaciones debe ser avalada mediante acta firmada por los responsables técnicos de cada área.
- Dar cumplimiento a la Ley Nro. 2319/06 que obliga a las EPSS públicas, privadas y mixtas a la inscripción en el Registro Nacional de la Superintendencia de Salud, una vez expedido el Certificado de Habilitación Definitiva por la Dirección de

*[Signature]*  
 GUSTAVO J. GADEA D.  
 ABOGADO  
 Mat. C.S.J. N° 9.060

*[Signature]*  
 Dra. Patricia Basso  
 Lic. en Asesoría Jurídica  
 Lic. en Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Cristina Llanos Bastiana  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Abg. Enrique D. Román Nivas  
 Abogado Dictaminante  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dra. Gabriela Salerno  
 Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
 Dr. José Luis Molinas Novati  
 Médico R. N. 24.300  
 Abogado N. N. 10.226

*[Signature]*  
 Tte. Demetrio Araujo Miño N° 107 esq. Avda. Sacramento  
 Abg. Miguel A. Arsuay, Abg. Dictaminante  
 Dirección de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, previo al inicio de actividades operativas del Establecimiento.

- Establecer procedimientos de **seguimiento técnico posterior a la habilitación**, especialmente en unidades de alta complejidad como UTIN, que incluyan auditorías de funcionamiento, revisiones estructurales y supervisión del cumplimiento de observaciones previas.
- Exigir la elaboración y archivo de un **Plan de Puesta en Marcha Operativa**, que contemple:
  - ⇒ Pruebas técnicas de los sistemas (gases, electricidad, climatización).
  - ⇒ Validación del equipamiento biomédico.
  - ⇒ Plan de dotación de RRHH capacitados.
  - ⇒ Protocolos de funcionamiento y contingencia.
  - ⇒ Cronograma de habilitación progresiva, en caso necesario.
- No permitir la apertura al público ni el inicio de atención sin este plan validado.
- Con respecto a las debilidades de los controles prenatales:
  - ⇒ Implementar medidas tales como el monitoreo periódico de las actuaciones realizadas por el personal sanitario, y capacitaciones Ad. Hoc. según hallazgos, que permitan garantizar el cumplimiento estricto de los protocolos nacionales para tamizaje y seguimiento de Diabetes Gestacional.
  - ⇒ Documentar en forma completa y cronológica todos los resultados y derivaciones clínicas.
  - ⇒ Establecer mecanismos de derivación planificada y oportuna en embarazos de alto riesgo a centros de mayor complejidad.
  - ⇒ Incorporar rutinas de control de calidad de registros clínicos obstétricos y neonatales.
  - ⇒ Reforzar la capacitación del personal en la aplicación del CIE-10 y uso de herramientas de registro electrónico (HIS).
- Implementar un Sistema Integral de Coordinación y Comunicación Eficiente:
  - ⇒ Formalizar y estructurar grupos de comunicación (como el grupo de WhatsApp denominado "Código Rojo") con respaldo normativo, flujogramas y procedimientos claros.
  - ⇒ Estructurar un sistema formal de referencia y contrarreferencia utilizando como herramienta, un sistema informatizado oficial centralizado y controlado, para el registro y comunicación instantánea entre centros hospitalarios, SEME y otros actores involucrados, evitando la utilización de otros canales no oficiales.
- Mejorar la Disponibilidad y Gestión de Camas en Cuidados Críticos:
  - ⇒ Crear una plataforma en tiempo real que muestre la disponibilidad de camas en unidades de cuidados críticos en hospitales públicos, mixtos y privados con convenio con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
  - ⇒ Agilizar los procesos que se requieren para las derivaciones a unidades de cuidados críticos del sector privado, cuando no se disponen dentro del sector público.
- Fortalecer la infraestructura del transporte sanitario:

*[Signature]*  
Abg. Adelfo José Villalón Ayala  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Lic. César Gabriel Villalón Ayala  
Jefe de Dpto. Capacitación de Salud  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Karina Troche  
Reg. N° 30.197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
GUSTAVO J. GADEA  
ABOGADO  
Mat. C.S.J. N° 9.060

*[Signature]*  
Abg. Enrique D. Román Rivas  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Dra. Rosalva Salerno  
Superintendencia de Salud

Dr. José Luis Molinas Novati  
Mat. C.S.J. N° 4.900  
Abogado Mat. N° 16.226

*[Signature]*  
Abg. Miguel Arestivo  
Abogado Dictaminante  
Superintendencia de Salud

*[Signature]*  
Abg. Miguel Arestivo, Abg. Dictaminante  
Dirección de Asesoría Jurídica  
Superintendencia de Salud  
Asunción - Paraguay

- ⇒ Asegurar la disponibilidad de ambulancias con soporte avanzado y condiciones adecuadas para el traslado de pacientes críticos, especialmente neonatales. El transporte sanitario eficaz, eficiente y oportuno salva vidas, por lo tanto, amerita un esfuerzo importante, no solamente en lo económico que es fundamental, sino también en lo relacionado a los aspectos de planificación y organización.
- ⇒ Mejorar la distribución de ambulancias disponibles en función de la demanda regional, asegurando que existan unidades suficientes para la cobertura efectiva.
- **Protocolos de Traslado y Referencia Estandarizados:**
  - ⇒ Desarrollar y aplicar protocolos de referencia y contrarreferencia unificados a nivel nacional que sean fácilmente accesibles para el personal médico.
  - ⇒ Establecer tiempos máximos permitidos para cada fase del proceso de referencia y traslado, reduciendo demoras y mejorando la eficiencia.
- **Mejorar la Coordinación Interinstitucional:**
  - ⇒ Asegurar que el SEME y otros sistemas reguladores regionales trabajen de manera más eficiente y coordinada con los hospitales.
  - ⇒ Crear un sistema de respaldo que permita derivaciones rápidas en caso de indisponibilidad en el sector público, abarcando gestión para obtener los acuerdos con instancias privadas o mixtas, no solamente en lo relacionado a Unidades de Cuidados críticos, sino también con sistemas de ambulancias.
- **Fortalecimiento del Personal Médico en Transporte Sanitario de pacientes críticos:**
  - ⇒ Creación de Unidades Especializadas de Transporte Crítico: Establecer equipos dedicados al transporte sanitario de pacientes críticos, con médicos y enfermeros capacitados exclusivamente para estos casos.
  - ⇒ Gestión en la contratación de Médicos y Enfermeros asignados exclusivamente al área de transporte de pacientes críticos, con las competencias para dicha función.
  - ⇒ Capacitación Especializada: Desarrollar programas de formación continua y certificación específica para médicos y enfermeros que realizan traslados de pacientes críticos, con énfasis en:
    - Reanimación Cardiopulmonar Avanzada (ACLS y PALS).
    - Cuidados intensivos en transporte.
    - Manejo de neonatos críticos.
- **Ofrecer entrenamiento específico al personal administrativo en el área de la gestión de emergencias que permita una adecuada participación en el proceso de derivación de pacientes críticos.**
- **Con relación al impacto mediático y social, se recomienda trabajar en los siguientes aspectos:**
  - ⇒ **Transparencia en la comunicación institucional:**
    - Garantizar que la información sobre la operatividad de servicios hospitalarios sea clara y accesible para los pacientes y la ciudadanía.
    - Implementar protocolos de comunicación para informar a las familias sobre las limitaciones del centro asistencial.

*[Handwritten signature]*  
 Dra. Mariana M. Villalba  
 Directora de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
 Dra. Patricia Troche  
 Reg. N° 30 197-MD  
 Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
 GUSTAVO J. GADEA D.  
 ABOGADO  
 Mat. F.S.J. N° 9.060

*[Handwritten signature]*  
 Dra. Cecilia Escobar Quintana  
 Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
 Dr. José Luis Molinas N° 251  
 Médico R.P. N° 4.806  
 Abogado Mat. N° 10.228

*[Handwritten signature]*  
 Tte. Demetrio Araujo Miño N° 107

*[Handwritten signature]*  
 Abg. Miguel Arestivo, Abg. Dictaminante  
 Dirección de Asesoría Jurídica  
 Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
 Abg. Enrique D. Romázar Flores  
 Abogado Dictaminante  
 Superintendencia de Salud

*[Handwritten signature]*  
 Dra. Rebeca Salerno  
 Superintendencia de Salud

⇒ Fortalecimiento de la capacidad operativa de los hospitales:

- Asegurar que cualquier unidad médica inaugurada cuente con personal capacitado, equipamiento adecuado y recursos necesarios antes de su habilitación.
- Crear un plan de contingencia en hospitales regionales para la rápida derivación de pacientes que requieran atención especializada.

⇒ Gestión proactiva y no reactiva:

- Desarrollar auditorías preventivas en hospitales del interior del país para evaluar la funcionalidad de las unidades críticas y evitar que situaciones similares se repitan.
- Implementar sistemas de monitoreo continuo sobre la disponibilidad de terapias intensivas en todo el territorio nacional.

⇒ Manejo estratégico de crisis en el sector salud:

- Capacitar a las autoridades sanitarias en estrategias de respuesta ante crisis mediáticas, asegurando que las acciones no sean solo reactivas, sino parte de un plan de mejora estructural.
- Fomentar un enfoque de comunicación institucional basado en la rendición de cuentas y la mejora continua del sistema de salud.

*[Firma]*  
Luis María M. Peña  
Jefe de División de Auditoría  
Superintendencia de Salud

Este análisis permite vincular la cobertura mediática con la toma de decisiones institucionales y la percepción pública, además de proponer medidas para mejorar la gestión hospitalaria en situaciones de emergencia.

*[Firma]*  
Luis María M. Peña  
Jefe de División de Auditoría  
Superintendencia de Salud

SINTESIS FINAL DE LA AUDITORIA

*[Firma]*  
GUSTAVO J. GARDER D.  
ABG. C. R. Nº 19.080

En virtud de los hallazgos expuestos a lo largo del presente informe de auditoría integral de oficio, se han identificado deficiencias en diversos aspectos de la atención médica y administrativa brindada tanto a la madre como al recién nacido, desde el control prenatal hasta la derivación final del paciente. Dichas deficiencias incluyen falencias en la planificación, habilitación y operatividad de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Regional de Villarrica, así como debilidades en la coordinación interinstitucional, toma de decisiones y registros médicos.

Estas situaciones, además de poner en riesgo la calidad de atención y la seguridad del paciente, evidencian la necesidad de una revisión profunda de los protocolos vigentes y de los mecanismos de supervisión y control en los servicios de salud.

*[Firma]*  
Abg. Enrique D. Portián Rivas  
Asesorado Jurídico  
Superintendencia de Salud

En tal sentido, y en cumplimiento del mandato conferido por la Resolución N.º 101/2025 de la Superintendencia de Salud, se pone a conocimiento del Superintendente de Salud el presente informe, para que eleve a la Máxima Autoridad Institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a fin de que se gestionen las investigaciones complementarias si considera pertinente, y se adopten las medidas correctivas, administrativas y legales que correspondan, en el marco de sus atribuciones, con el objetivo de garantizar que situaciones como la analizada no vuelvan a repetirse, y se fortalezca el Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles.

*[Firma]*  
Abg. Miguel Arceño, Ag. Chamorro  
Dirección de Asesoría Jurídica

*[Firma]*  
Abg. Eduardo Barrios Barrilana  
Asesorado Jurídico  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
Dra. Luz Mercedes Moya  
Reg. N.º R.P.N. 4.900  
Abogado M.E. N.º 19.220

*[Firma]*  
Dra. Karina Troche  
Reg. N.º 30.197-MD  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
Dra. Cristina Barrios Barrilana  
Superintendencia de Salud

*[Firma]*  
Dra. Rebeca Salerno  
Superintendencia de Salud

Nota SUPERINTENDENCIA DE SALUD N° 412/2025

Asunción, 11 de abril de 2025

Señora Ministra

Me es grato dirigirme a usted, en su doble carácter de Ministra y Presidenta del Consejo Nacional de Salud; a los efectos de remitir el Informe de Auditoría Integral de Oficio, en el marco de la Resolución Superintendencia de Salud N° 101/2025 de fecha 01 de marzo de 2025 **"POR LA CUAL SE DISPONE LA REALIZACIÓN DE UNA AUDITORÍA INTEGRAL DE OFICIO, CON RELACIÓN A LOS HECHOS DENUNCIADOS REFERENTE A LA PRESUNTA FALTA DE ATENCIÓN O ATENCIÓN INADECUADA, Y QUE DERIVÓ EN LA MUERTE DEL RECIÉN NACIDO, HIJO DE ~~XXXXXXXXXX~~"**, como así también dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 2319/06 **"QUE ESTABLECE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD CREADA POR LEY N° 1032, DE FECHA 30 DE DICIEMBRE DE 1996 "QUE CREA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD"** que en su artículo 2° dispone: *"La Superintendencia de Salud es el organismo que, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, está encargado de la aplicación de la presente ley, en todo el territorio de la República. Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia goza de autonomía técnica y de gestión"; Artículo 9°: "El Superintendente tendrá las siguientes deberes y atribuciones: Inc. a) ejercer la representación legal de la Superintendencia de Salud, Inc. l) adoptar las medidas tendientes a que las disposiciones de esta ley se cumplan, en el marco de los procedimientos que rigen en el ámbito administrativo", Inc. m) disponer auditorías especiales de oficio ante denuncias responsables"*.

En ese contexto, en atención al párrafo anterior, solicito a la Excelentísima Ministra considerar las recomendaciones vertidas en el informe agregado a la presente misiva.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para extenderle cordial saludo.

**Dr. Roberto Melgarejo Palacios**  
Superintendente de Salud

A su Excelencia  
Dra. **MARÍA TERESA BARAN WASILCHUK**, Ministra  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	
SECRETARÍA GENERAL	
MESA DE ENTRADA	
Tta. Damarcio Araujo Milla N° 107	
esq. Avenida Encarnación 599	
SIMESB N° 51172	FECHA: 11/04/2025
HORA: 15:02	FUNC. RESP. <i>[Firma]</i>

Victor Caballero  
Dpto. Mesa de Entrada  
Secretaría General