

Debido al alto costo del tratamiento:

Niños con VIH Sida e insuficiencia renal exigen intervención estatal

...indiferencia los llevaría a la muerte

Pág. 4

¿Por qué sólo los médicos deben ser directores de los hospitales?

..... Pág. 2

El consentimiento informado facilita el suicidio y permite la eutanasia

..... Pág. 6

Juramentará nueva directiva de la AMP

..... Pág. 7

La prensa y la profesión médica

..... Pág. 8

¡Inaudito!.. la salud en carpas y basural

Es realmente preocupante la situación por la que viene atravesando el Centro de Salud San Juan de Amancaes del Rímac. Las consultas diarias son realizadas en carpas en cuyo interior el calor es insostenible, sin que las autoridades de la salud se interesen en hacer algo al respecto.

Hace tres meses, este policlínico funcionaba en la zona de San Juan de Amancaes, edificación que fue construida sobre un relleno sanitario hace 10 años y que, como suele suceder en estos casos, cuando no se toman las medidas pertinentes, empezó a ceder inevitablemente, por lo que especialistas de Defensa Civil recomendaron la clausura del local.

Desde entonces, las consultas se atienden en condiciones nada favorables ni para médicos ni para pacientes. Y por si fuera poco, a tan sólo unos metros de esta posta se ha empezado a formar un basural. Qué hacen las autoridades que no atienden estas necesidades: es inaudito ver cómo los pacientes hacen colas para ser atendidos en deplorables condiciones, sin que nada se haga al respecto.



Editorial

Acaba el año 2003 y la población peruana celebra este acontecimiento con pesimismo e incredulidad. La brecha entre las necesidades y las expectativas de la gente se amplía día a día. La población percibe a los políticos, grupos de poder, etc., disputar sus intereses al interior del Gobierno. Los medios de comunicación y las encuestas, al reflejar esa realidad, la reducen sólo a la política. Sin embargo, la gobernabilidad del país se encuentra profundamente mellada. Por ejemplo, el Seguro Integral de Salud ofrece contratos de atención médica a 8 millones de personas con apenas 167 millones de soles. Se exagera expectativas legítimas de la población y luego se incumple, creando frustración y desilusión.

Los niños con VIH Sida y los que necesitan diálisis se encuentran al borde de la muerte. Al margen de la violación flagrante a los derechos humanos, es inhumano. No caben discusiones teóricas sobre el tipo de modelo de salud, sino simplemente que el Estado asuma su responsabilidad social e intervenga asumiendo el costo del tratamiento.

La prensa también martilla en modo permanente con los casos de negligencia médica, afectando seriamente el prestigio y la confianza que inspira la profesión médica, sin salir al frente la respuesta médica, que pierde por abandono o ausencia. Hay que abandonar la política del avestruz y aprender en modo sistemático a relacionarse con la prensa para velar por los principios éticos y valores culturales de la ciudadanía.

Han pasado desapercibidas por médicos y políticos la intransigencia y audacia con que propulsores de la eutanasia se desenvuelven enarbolando criterios de modernidad y autonomía. En 1997 lograron introducir en modo ambiguo el consentimiento informado como figura legal, en la Ley General de Salud, aspecto que no se ha aplicado todavía porque se contrapone al Código Penal, que sanciona con cárcel a los que omiten socorro (eutanasia pasiva), porque el valor supremo de la sociedad es la vida.

Visión Médica les desea un feliz Año Nuevo, con la esperanza de que la defensa de la vida y sus valores enaltezcan nuestra profesión.

Opinión

¿Por qué sólo los médicos deben ser directores de los hospitales?

A inicios de la década pasada se llevó a cabo un enorme debate en torno al profesional que debería dirigir los hospitales. La pregunta era ¿qué es preferible: perder un gran médico haciéndolo un mal administrador o poner un administrador y conservar un gran médico?

Este debate obviaba el aspecto central, es decir, ¿cuál es la misión de un hospital? Había, además, un sesgo en la manera de formular la pregunta, al darse por descontado que el simple hecho de ser médico implicaba ser un mal

acto médico es lo distintivo del galeno para plasmar y producir el bien deseado a los pacientes, se necesita como complemento el proceso completo de la administración (planeación, organización, dirección y control).

Toda organización se divide en administradores y operativos u operadores. El médico en un hospital o establecimiento de atención médica nunca es un operativo. El médico de más bajo nivel, por la naturaleza del acto médico siempre realiza tareas de administrador,

sea como supervisor, medio u alto nivel. Además, hay que tomar en cuenta que las organizaciones especializadas y complejas requieren de administradores del más alto nivel con un enorme conocimiento de la razón

de su existir, es decir, engarzados en la propia misión de la organización.

La fuerza propulsora, la línea central de producción (servucción) de los hospitales o establecimientos de atención médica son los actos médicos.

El médico como conocedor de las habilidades, destrezas y actitudes propias del acto médico, fuerza propulsora de la organización hospitalaria y del proceso administrativo, reúne los requisitos ideales para dirigir un establecimiento de atención médica u hospital.

Hay que aclarar, sin embargo, que estos requisitos que sólo reúne la profesión médica no aseguran automáticamente el éxito de un director hospitalario si no se toma en cuenta su personalidad, su sello individual. Por ello, es necesario que se restablezca la carrera médica dentro de las instituciones públicas de salud, asegurando la promoción en base a concursos y evaluaciones integrales, las direcciones hospitalarias concursadas y se abandone la politización y el coto de poder de los gobiernos de turno.



administrador y, por otro lado, que se trataría de un administrador general y todavía siempre exitoso. El argumento era perder un gran médico por el hecho de hacerlo administrador, desconociendo que el médico trabaja desde el inicio de su carrera como administrador. Es imposible hacer medicina si no se es administrador.

El galeno recién egresado administra personal de cuidados intermedios y de apoyo al paciente, a la familia del paciente, su propio consultorio, la posta, el centro de salud, etc. Podríamos afirmar enfáticamente que si bien el

VISION

Médica

Es una publicación quincenal de
Cuper Perú S.A.

Director
Dr. Herberth Cuba García

Directora periodística
Kathy Perales Ysla

Asesor legal
Dr. Hernán Cuba García

Colaboradora:
Dra. Flora Luna Gonzales

Redacción
Magari Quiroz Noriega

Diseño y diagramación
María Olivera Cano

Escenario médico

La responsabilidad profesional del acto médico

Por Dr. Herberth Cuba García



El acto médico que ha generado muchas incomprensiones debido a su confusión con el acto sanitario o de salud es aquel que realiza exclusivamente el médico en razón a su formación profesional y de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, es decir, establece la relación médico-paciente gracias a la formación profesional, al título de médico cirujano otorgado por la universidad a nombre de la Nación y a las normas legales vigentes referentes a la obligatoriedad de la colegiación.

El Colegio Médico es una institución de derecho público, creada por el artículo 20 de la Constitución Política del Perú y por su propia ley de creación. Es la única entidad que autoriza la licencia para ejercer como médico. Además, vigila el ejercicio profesional y las buenas prácticas médicas estipuladas en el Código de Ética. Somete a proceso administrativo llamado a «la Ética» emitiendo sanciones. Retira la licencia de funcionamiento a los médicos por falta de pago de cuotas obligatorias o falta grave a la «Ética».

El acto sanitario o de salud es aquel que realizan las demás profesiones de la salud, y tiene como finalidad la promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Si bien es cierto que la ética es una sola, y se define como la conducta correcta, existen diversos puntos de vista de lo que es lo bueno y lo correcto. Veamos dos puntos de vista de la ética:

La ética utilitarista o pragmática

Se puede resumir con la frase: «El mayor bien al mayor número de personas», traducido en la experiencia del Perú en un conocido logo de Essalud que reza «Más salud para más peruanos». La ética utilitarista plantea que «El fin justifica los medios». Lo que importa es el resultado; por eso también se la denomina ética consecuencialista y plantea los famosos dilemas éticos en medicina. Un ejemplo sería el hecho de tener dos pacientes graves y un solo respirador, ¿a quién se prefiere?, ¿a quién se deja morir? Aplicando la lógica del mayor bien, deberíamos dejar morir a un ser vivo, pues las vidas no son iguales.

La ética de los derechos o ética deontológica

Siendo el punto de vista médico, se define como «todo el bien para todas las personas», es decir, la persona es un fin en sí misma. Los medios correctos para fines correctos. Contrariamente a los dilemas éticos de la ética

utilitaria, en la ética deontológica, el Estado y la administración tienen como fin supremo el hombre y su bienestar. La ética médica reconoce la vida como el máximo valor y rechaza la vida como útil para otra cosa.

El acto médico es un acto eminentemente ético, que abriga en su seno principios que la profesión médica aplica sin un orden establecido, pues todos son importantes e interactúan entre sí. Al médico lo guía siempre la intencionalidad de hacer el bien. A esto se le llama **la Beneficencia**, mientras que la **No maleficencia** significa, en primer lugar, no hacer daño. El principio de la **Justicia** es dar más ayuda a quien más necesita y menos a quien menos necesita.

Otro principio es la **Libertad de conciencia del médico**, que es un derecho del paciente. Un médico sin libertad de conciencia es un peligro para el propio paciente porque, por acatar normas políticas, administrativas o de otra índole, puede poner a la medicina al servicio de la muerte. En el Perú, los excesos del programa de anticoncepción quirúrgica de finales de la década de los noventa son claros ejemplos.

Finalmente, la autonomía del paciente, que significa el ejercicio de ciudadanía. Contrario a lo que piensan los utilitarios, se complementa con el principio de Beneficencia. El médico y su paciente siempre deben tener la intención de hacer el bien, aunque su bondadosa acción pase por el tamiz de conciencia de ambos.

El acto médico se realiza en medio de una serie de grupos de presión que pretenden distorsionarlo y, lo que es peor, aprovecharse, por lo que es necesaria una fuerte formación ética en los médicos, para que sean capaces de rechazar y velar por la pureza del acto médico. La presión generalmente proviene de la política, los aspectos culturales y religiosos de los gobiernos, las aseguradoras y seguros, de la administración hospitalaria, del propio paciente, etc.

La responsabilidad del acto médico, tanto en el libre ejercicio o en el ejercicio dependiente, reconoce consecuencias éticas, administrativas, civiles y penales. ¿Pero qué es responsabilidad?

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, es la «capacidad existente en todo sujeto activo de derecho

para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente». Es decir, el médico sólo aceptará las consecuencias de un acto médico si lo ha realizado libremente. El galeno sin libertad de conciencia en el discernimiento clínico es irresponsable jurídicamente en sus actos médicos.

Para el punto de vista médico la ética se define como: «todo el bien para todas las personas, es decir, la persona es un fin en sí misma».

El Reglamento de la Ley de Trabajo Médico (DS N° 024 –2001– SA) consta de 57 artículos y dos disposiciones transitorias. Nos referiremos sólo al artículo 6 del Reglamento, que versa sobre la responsabilidad legal del acto médico, normando insólitamente que sólo el médico asume la responsabilidad legal por los efectos del acto médico, elude responsabilizar a la administración y a los agentes involucrados en el acto médico, hecho cada vez más precisado en la legislación internacional y que además es contrario al Código Civil peruano. A renglón seguido, este artículo agrega que «el Estado garantiza las condiciones necesarias para su cumplimiento» y «que el médico no podrá ser obligado a ejercer el acto médico si las condiciones de infraestructura, equipo o insumos no garantizan una práctica médica ética e idónea». Elude la responsabilidad civil del Estado, la objeción de conciencia y la libertad de conciencia del médico. Tampoco menciona lo inaplicable que es esto, pues, al negarse el galeno a atender, la justicia puede interpretar como exposición a riesgo innecesario a un paciente y ser penado por abandono a los pacientes en situación de peligro.

Finalmente, el artículo señala que, en situación de emergencia, el médico está obligado a atender como sea al paciente, acarreado el mayor riesgo de denuncias contra él. Es decir, la concordancia con otras normas hace imposible, declarativo y peligroso este artículo, ya que el médico es el único responsable y, en la práctica, no puede negarse nunca a brindar atención.

La línea 0800 en el Minsa y la defensoría del asegurado en Essalud son la demostración más palpable de que a las instituciones no les interesa asumir responsabilidad alguna, sino trasladarla a sus médicos.

Entre pasillos...

En la inauguración de la nueva sala de admisión del Instituto de Salud del Niño, el director de este nosocomio, Dr. Jorge Velásquez, puso en apuros al ministro de salud, Alvaro Vidal, al solicitar con mucho tino la derogatoria del Reglamento de Organización de Funciones de los Institutos, «porque esta norma sería la responsable de impedir el desarrollo de estas instituciones», a lo que el ministro de Salud respondió, como ya nos tiene acostumbrados, «el tema está en evaluación».

.....

En Loreto, el Dr. Wagner Terrones, director del Hospital de Apoyo de Iquitos, ha denunciado el recorte de las transferencias en 68% por el Ministerio de Economía. El Seguro Integral de Salud ha sido recortado en 65% , «servicio que será suspendido por falta de financiamiento», manifestó. Denunció además que el hospital ya redujo el 50% del oxígeno y de los alimentos de los pacientes, lo que pone en grave riesgo a los más pobres y origina el incremento de la negligencia sanitaria.

.....

Las autoridades del Ministerio de Salud y de Economía seguramente esta Navidad reflexionarán acerca de la necesidad de la renovación del seguro desde enero del 2004, que permita la incorporación de los 50 niños que requieren de diálisis y hemodiálisis. Por nuestra ética deontológica, los médicos nos oponemos enérgicamente a la eutanasia social.

.....

El 23 de diciembre, en Radio Programas del Perú se presentó la directora de la Asociación de Pacientes con Problemas de Infertilidad, la licenciada Luz Aquino, denunciando que Essalud no debería crear falsas expectativas en las familias que sufren este problema, porque los pacientes tienen que gastar 3,500 dólares para recibir el tratamiento, monto que es imposible de conseguir para la mayoría de las parejas. Esta denuncia es importante que sea aclarada por las autoridades institucionales.

.....

La Asociación Médica Peruana ha venido exigiendo que los laboratorios de análisis clínicos de todos los centros de salud estén a cargo de médicos especialistas en patología clínica. Sin embargo, por la escasez de estos, la AMP ha propuesto que sean los médicos en medicina general capacitados adecuadamente quienes realicen estas actividades. Por ello, saluda la propuesta que ha hecho la Sociedad Peruana de Patología Clínica (SPPC) en el mismo sentido. «En el país existen alrededor de 2.500 laboratorios de patología clínica, superando el número de patólogos clínicos, por lo que la SPPC ha planteado esa alternativa», sostuvo Nelly Borja Santa Cruz, presidenta de esta entidad.

INFORME

Niños con VIH Sida e in... por un derec...

**El alto costo del tratamiento en niños que padecen del VIH Sida e in...
estrategia de política de salud que subsidie su atención, debido a...**

¡Las familias y la sociedad en su conjunto de...

El VIH Sida en los niños

En el Perú, el primer caso de Sida en un menor de edad se reportó en el año 1989 en el Instituto de Salud del Niño. A partir de aquel entonces, el índice ha ido en aumento, sin que las autoridades de turno puedan hacer frente a este terrible mal que campea en la humanidad.

En diciembre de 2001, el Ministerio de Salud anunció que atendería gratuitamente con medicamentos antirretrovirales a los niños que padecían este mal. El Gobierno, con el DS N°236-2001-F, aprobó «la liberación del pago del Impuesto General a las Ventas y de los derechos arancelarios» a los medicamentos antirretrovirales VIH/Sida. De los 150 niños registrados con este mal, tan sólo 50 iniciaron el Tratamiento Antirretro Viral (TARV), de los cuales 17 ya fallecieron.

Desde septiembre del año pasado, se inició la tan esperada terapia retroviral, dentro de lo que actualmente se denomina Componente de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (CETSS). En el Instituto de Salud del Niño se atiende escasamente a 36 menores de edad (sumados 13 a los 23 del año anterior), encontrándose a la espera otros 100 niños que sólo pueden ser atendidos en caso de complicaciones bacterianas, micóticas, etc., siendo este nosocomio el que alcanza el mayor número de infectados; mientras que en el hospital Loayza se atiende a 15. El hospital Cayetano Heredia empezó a atender este año hace un par de meses; sin embargo, por falta de presupuesto tuvo que suspender la atención.

El costo promedio para el tratamiento antirretroviral es de aproximadamente mil nuevos soles por paciente, dependiendo de la marca del producto, cuya elección se deja a libertad de las direcciones de los hospitales. El Nuevo Modelo Integral de Salud (MAIS) no cubre la demanda de esta enfermedad, lo que, una vez más, demuestra el estado de desfinanciamiento y fracaso de este modelo.

Al no contar con financiamiento para el CETTS, cuyos fondos provienen del Tesoro Público, se recurre a los fondos del Seguro Integral de Salud (SIS), destinado para otros fines, y ni aun así se logra atender a todos los pacientes.

Si bien es cierto que a los niños que reciben el tratamiento no se les curará la enfermedad, al menos tienen la oportunidad de mejorar su calidad de vida, lo que no sucede con otros niños infectados y que están a la espera, recrudeciendo así el drama de estas familias que acuden continuamente con la esperanza de una buena noticia.

Otro aspecto que refleja la situación en que se encuentra la niñez que sufre este mal es que no existe, como es en el caso del Instituto de Salud del Niño, un lugar exclusivo para las consultas, observándose que es un espacio donde son tratadas todo tipo de enfermedades infecciosas, lo que hace peligrar mucho más la salud de los menores infectados con el VIH Sida, pues, al tener menos defensas que los niños normales, son más vulnerables.

Control de gestantes

La prevención, como parte del control pre-



Insuficiencia renal pugnan por el derecho humano

Insuficiencia renal y la pobreza que sufren estos pacientes exigen una política que su ausencia podría ocasionar la muerte de estos pequeños.

Exigimos con urgencia la intervención estatal!

natal, es otro aspecto que debe tenerse en cuenta para que no siga en aumento este mal, y esto tiene que ver directamente con las madres gestantes, para evitar la transmisión vertical, ya que la mayoría de niños contrajeron el mal por transmisión de sus progenitoras. No todas las mujeres en gestación son evaluadas con la prueba de Elisa, por diferentes factores. Actualmente se viene entregando gratuitamente a las gestantes portadoras la Zidovudina, para evitar que los niños padezcan el mal.

Se está a la espera de que el Ministerio de Salud reciba 23 millones de dólares, aproximadamente, de la organización Fondo Global, entidad mundial que maneja tratamientos para enfermos de Sida y tuberculosis. Con este apoyo se reducirían los costos del tratamiento hasta un 60% por cada caso. Esta suma, que será entregada al Perú en un período de 5 años, será destinada en parte para el tratamiento antirretroviral a las madres gestantes.

Insuficiencia renal en los niños

El tratamiento para la insuficiencia renal en los niños es otro vía crucis, que el actual siste-

ma de salud no puede hacer frente. La hemodiálisis es un tratamiento costoso que se viene financiando a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y que corre el riesgo de ser excluido, debido a que las autoridades del sector no se han pronunciado acerca de la posibilidad de prorrogar la inclusión de este tratamiento dentro de lo que cubre el mencionado seguro, que es subsidiado por el Estado.

De esta forma, alrededor de 50 niños con insuficiencia renal crónica terminal podrían quedar desentendidos al no recibir este tratamiento. Su suspensión por unos días podría colocar en grave riesgo la vida de estos pequeños.

A la espera

En el 2002, el Poder Ejecutivo emitió el D.S. N° 003 SA, que estableció que las coberturas del Seguro Integral de Salud excluían el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal. El Ministerio de Salud promulgó la Resolución Ministerial N°1014, que incluyó el tratamiento de diálisis y hemodiálisis para estos menores por un plazo que venció en el 2002, pero que se mantendrá hasta el próximo 31 de diciembre de este año, mediante carta de compromiso.

Finalizando el año, nos preguntamos ¿qué será de estos niños y estas familias?, ¿en qué incertidumbre tienen que vivir?, ¿de qué dependerán sus vidas?, ¿qué hace el ministro de Salud, que no toma las medidas respectivas para solucionar este grave problema? Se está batallando para que el Ejecutivo apruebe, de una vez por todas, el decreto supremo de inclusión definitiva y, de esta manera, se restituya el derecho a la salud de estos menores.

Queda al Gobierno peruano aplicar una política de salud coherente para hacer frente a los problemas que afectan a nuestra población, en este caso a nuestros niños, que en su mayoría provienen de familias empobrecidas, reconociendo además el fracaso y la improvisación, como producto de intereses creados, ajenos a las necesidades del país. Una realidad a la que nadie puede mirar soslayadamente y mucho menos cerrar los ojos.



El Perú necesita una política de salud coherente que alcance a todos por igual, donde los niños entiendan que la salud es un derecho no una ilusión

Punto de vista

Un derecho que no llega

El derecho a la salud es parte de los derechos humanos. Los médicos tienen la impresión de que todo el mundo tiene la misma percepción sobre el derecho a la salud. Lamentablemente, eso no es así. Por ejemplo, ¿cuál es la percepción del ministro de Salud cuando afirma que no hay dinero para cubrir todas las necesidades de salud de la población?, ¿es una mea culpa para justificar la muerte de niños y adultos de enfermedades curables? o, al contrario, ¿se referirá sólo a los aspectos de promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades?

Los funcionarios del gobierno actual aplican una ética social al margen de las personas en concreto. Les interesa hacer el mayor bien al mayor número de personas y rechazan la ética médica, que obliga a hacer el bien a todas las personas. Reconocen abiertamente que un número de personas no tengan acceso a tratamientos médicos y claman por el desamparo en que se encuentran y, finalmente, mueran.

Es más, en la elaboración de los lineamientos de política de salud y en la formulación de los programas y proyectos de intervención en salud se usan, en modo corriente, los conceptos de inclusión, exclusión y de costo-beneficio.

El Gobierno se preocupa en diseñar estrategias de subsidio para la población más pobre que cubran el costo de las enfermedades más comunes y baratas con el deseo de favorecer al 80% de la población más pobre. ¿Qué sucede con el 20% que adquiere enfermedades poco comunes y caras? Es una cifra calculada y esperada de muertes que ocurren aunque sean evitables. Los médicos saben que eso es eutanasia social pasiva.

Los galenos peruanos han sido formados bajo los principios de la ética médica y rechazan estos argumentos utilitaristas. Claman y protestan cuando tienen enfrente un paciente, cualquiera sea su condición, por recursos para su atención y recuperación. No existe felizmente un médico que no sea funcionario que se vanaglorie con la muerte de un semejante por ser considerado como «excluido».

La profesión médica, la población, los pacientes y las organizaciones de derechos humanos tienen una agenda pendiente en el tema de la salud; por ello, la Asociación Médica Peruana los invita a reflexionar y participar en la defensa del derecho a la salud de todos los peruanos. Y cuando decimos todos, nos estamos refiriendo a un concepto profundamente ético.

Legal

Por *Hernán Piero Cuba García*
Asesor legal de la AMP



El consentimiento informado facilita el suicidio y permite la eutanasia

Un médico diagnostica un abdomen quirúrgico con peritonitis, informa de los riesgos y complicaciones si no se realiza una operación inmediata, pero el paciente se niega a firmar el consentimiento informado... y fallece.

¿Qué es más importante: la vida de una persona o el consentimiento informado?

1. ¡Lo más importante es la vida del paciente!

Es el principio inmanente que los galenos aplican en la atención médica y se formaliza con la relación médico-paciente. Principio que ha permitido la existencia y desarrollo de la medicina durante 2,500 años, aun por encima de las guerras, de las crisis económicas, de políticas de estado, etc.

2. ¡El consentimiento informado es lo más importante!

Es el condicionamiento o «principio» impuesto por los seguros, instituciones de salud e inclusive por algunos estados, que creen que lo más importante a la hora de aplicar o no un determinado tratamiento es el ahorro de los recursos. Sin importarles que este «ahorro de los recursos disponibles», mediante el consentimiento informado, facilita el suicidio de las personas improductivas y promueve la eutanasia de los «enfermos costosos». Ejemplo: pacientes con cáncer, los que requieren hemodiálisis, los niños malformados, etc.

En contra del principio que defiende la vida del paciente están los seguros e instituciones de salud y algunos estados, cuando, con el afán de abaratar costos y ahorrar grandes cantidades de dinero, diariamente retiran a los pacien-

tes de las técnicas de soporte vital, para no mantener más a un suicida que ya no quiere vivir o a personas que tienen pocas esperanzas de recuperación, o con enfermedades crónicas, complicadas o infrecuentes, cuya su recuperación demandaría recursos elevados.

En ese contexto, en 1997 la LGS impuso a los médicos el consentimiento informado, no motivando la conservación de la vida, sino más bien, la conservación de los recursos económicos, planteados por los seguros privados o públicos, disponiendo que se exima de responsabilidad al médico si su paciente se niega a reci-

El consentimiento informado pretende que el paciente, previa información, consienta o rechace una intervención médica

bir tratamiento médico o quirúrgico y, así mismo, prohibiendo que el médico atienda a su paciente sin que previamente éste le firme un consentimiento informado, facilitando el suicidio y permitiendo que el médico realice eutanasia pasiva.

En los casos en que los pacientes no puedan dar su consentimiento informado, los hospitales y clínicas, los seguros e instituciones de salud buscan que la sociedad, a través de un

comité de bioética hospitalaria, brinde el consentimiento informado, permitiendo que el médico realice la eutanasia pasiva y determinando previamente si la vida del paciente es buena o mala, útil o inútil, si puede soportar el sufrimiento o no, etc.

Desde el punto de vista moral como del médico legal, la omisión al socorro del suicida y la eutanasia son delitos sancionados. En el primer caso, si un paciente se niega a recibir tratamiento, se expone a peligro de muerte o grave e inminente daño de su salud, y ante esta negativa, el médico omite prestarle auxilio inmediato o le priva de los cuidados indispensables, comete el delito de exposición o abandono de personas en peligro. En el segundo caso, cuando se trata de un paciente incurable que se niega a recibir atención médica y, por esta negativa, el médico no le brinda tratamiento, estamos frente a la eutanasia pasiva del colega.

En cualquier caso, a pesar de lo expresado en la LGS, la negativa del paciente a consentir el tratamiento médico y no libera al galeno de ser sancionado por el Código Penal con pena privativa de la libertad, ya que el primer derecho de toda persona, empresa o sociedad debe ser el respeto, al derecho de la vida, como el primer derecho reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución Política del Estado.

Cortitas...

- ◆ Resolución Ministerial N° 1259-2003-SA/DM.- Designan director ejecutivo del Hospital de Apoyo San José al Dr. Ricardo Aldo Lama Morales.
- ◆ Resolución Ministerial N° 1260-2003-SA/DM.- Designan director ejecutivo del Hospital de Apoyo Rezola de Cañete al Dr. Guillermo Chia Chong.
- ◆ Resolución Ministerial N° 1261-2003-SA/DM.- Designan director ejecutivo del Hospital de Huaral y Servicios Básicos de Salud al Dr. Alfredo Edilberto Coca Balta.
- ◆ Resolución Ministerial N° 1262-2003-SA/DM.- Designan director general del

Instituto Especializado Materno Perinatal al Dr. Víctor Eduardo Bazul Nicho.

- ◆ RR.MM: N°s. 1264 y 1265-2003-SA/DM.- Designan expertos de la Oficina Ejecutiva de Logística y de la Oficina General de Administración al Dr. César Murillo Benavides y al economista Juan Carlos Chipoco Toledo.
- ◆ RR.MM. N°s. 1266 y 1267-2003-SA/DM.- Designan directores ejecutivos del Hospital Nacional «Daniel Alcides Carrión» al Dr. Felipe Torres Villanueva y al Dr. Elber del Aguila Quispe.
- ◆ Resolución Ministerial N° 1268-2003-SA/DM.- Designan coordinadora en el Proyecto Integral para la Atención de la Emergencia por Hepatitis B en los pueblos Candoshi y

Shapra, de la provincia de Alto Amazonas, a la Lic. María Melvy Graciela Ormaeche Macassi.

- ◆ Resolución Ministerial N° 1273-2003-SA/DM.- Designan director general del Instituto Especializado de Salud Mental al Dr. Martín Nizama Valladolid.
- ◆ Resolución Ministerial N° 1274-2003-SA/DM.- Designan director general del Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas al Dr. Jorge Enrique Medina Rubio.
- ◆ Resolución Ministerial N° 1290-2003-SA/DM.- designan director ejecutivo del hospital Casimiro Ulloa al Dr. Jorge Artemio Moscol Gonzales.

Medicina al día

Juramentará nueva junta directiva de la Asociación Médica Peruana

El próximo 7 de enero juramentará la nueva junta directiva de la Asociación Médica Peruana, presidida por la Dra. Flora Luna Gonzales. La flamante presidenta es conocida en el sector Salud por su trayectoria como médica pediatra, como docente y, sobre todo, por la defensa del ejercicio de la medicina, lo que le ha valido el reconocimiento de sus colegas de los distintos nosocomios de la capital.



De igual forma, integran la nueva directiva, como secretario de Organización, el Dr. Víctor Alva Flores; con el cargo de secretario de Previsión Social, el Dr. Gustavo Miranda Rivas; la Dra. Daniela Porlles Loarte, como secretaria de Relaciones Públicas; como secretario de Prensa y Propaganda, el Dr.

Gerardo Caballero Vera. Finalmente, los cargos de secretaria de Educación Médica Continua y secretario de Vigilancia del Acto Médico los ocupan los doctores Isabel Muchaypiña Gallejos y el Dr. José Saúl Díaz Bendivel.

La presidencia del Consejo de Vigilancia está a cargo del Dr. Herberth Cuba García (presidente de la AMP en el período 1999-2001) y, como miembro, el Dr. Jesús Félix Ramírez (presidente de la AMP en el período 2002-2003)

Todos los miembros de la junta directiva nacional electa son líderes en sus áreas de todo el sector Salud: Ministerio de Salud, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Policiales, sector privado, Ministerio Público, etc, lo que permite tener una visión amplia, conjunta y total de la realidad sanitaria del Perú, para contribuir a la defensa y desarrollo de la profesión médica y a la salud de todos los peruanos.

Entre las propuestas que la Dra. Flora Luna Gonzales pondrá en práctica durante el próximo período de su gestión está el enarbolar la ética médica y rechazar las corrientes utilitaristas (Bioética), defendiendo la auditoria médica como estrategia de mejorar la calidad del acto médico, pero resguardando la intimidad y el secreto profesional, rechazando la auditoria por no médicos y los protocolos que violan la autonomía del acto médico.

Forman parte de la nueva junta directiva el Dr. Carlos Santillán Ramírez, como vicepresidente; el Dr. Julio Sánchez Tonohuye, como secretario general; la Dra. Nelly Solís Gonzales, como secretaria de economía, y como secretario de Actas y Archivo, el Dr. Teodoro Quintanilla Quispe.

Hospital San José de Villa El Salvador

Nueva directiva de Cuerpo Médico

Hace unos días juramentó el nuevo Cuerpo Médico del hospital San José, del Ministerio de Salud, en el populoso distrito de Villa El Salvador, teniendo como presidente al Dr. Luis Huapaya Pando. El dirigente entrante ha ofrecido trabajar con su equipo, en coordinación permanente con los diferentes cuerpos médicos de la Red de Salud, por los derechos de los médicos, un trato justo y un ambiente laboral adecuado. En su plan de trabajo se ha considerado, entre otras acciones, propiciar y apoyar la capacitación de todos los colegas dejando de lado los favoritismos, mejorar la infraestructura de los centros y puestos de salud de la jurisdicción y luchar por un nombramiento justo de los médicos.



Estuvo presente la Dra. Derlinda Portugal, en representación de la Red de Salud de Villa El Salvador, y como presidenta del comité electoral, la Dra. Felicita Baltasar, miembro de la Asociación Médica Peruana.

Desde aquí saludamos a la nueva directiva y le deseamos muchos éxitos en su nuevo período.



Fiesta de fin de año de la Asociación Médica Peruana

El sábado 27 de diciembre, la gran familia de la Asociación Médica Peruana despidió el año 2003 en una gran cena bailable realizada en el chifa Fu Sen. Un encuentro de camaradería que quedará para el recuerdo de todos los asistentes.

En la foto aparecen el Dr. Víctor Cruz Chuquín, la Dra. Virginia Villanueva, el Dr. Isidro Ronquillo, el Dr. Gerardo Caballero, el Dr. Hernán Cuba y, de espaldas, la Dra. Flora Luna Gonzales y la Dra. María Luisa Torres.

Al cierre

La prensa y la profesión médica

Los medios de comunicación vienen denunciando hace algún tiempo una serie de casos de intervenciones quirúrgicas con lamentables resultados. Algunos de ellos con consecuencias mortales, originando fuertes polémicas y poniendo en tela de juicio la imagen de los médicos.

El mal manejo de las informaciones provenientes, en la mayoría de los casos, de la consulta de fuentes no confiables, así como el desconocimiento del acto médico, han generado que la población vea la profesión médica con desconfianza, por lo que se hace vital rescatar los principios de la profesión médica, dar a conocer la labor que realizan, los médicos, los riesgos que corre un paciente al someterse a una intervención y, por supuesto, está el aclarar qué es una negligencia médica.

Conocedores de esta realidad, la Asociación Médica Peruana realizó hace unos días el curso «Los medios de comunicación y la salud», siendo uno de los objetivos principales que los médicos aprendan a usar las herramientas adecuadas para relacionarse con la prensa cuando la situación lo amerite, para beneficio propio, de la profesión médica y del país.

Se hicieron presentes periodistas de diferentes medios de comunicación, como Zenaida Solís, directora y conductora del programa «A solas con Zenaida»; Alberto Ku King, director de Noticias de CPN Radio, entre otros destacados profesionales.



Zenaida Solís, conductora del programa radial «A solas con Zenaida», participó como expositora en el evento.

Los temas abordados fueron la Función Social de la Prensa, el Periodismo de Investigación y su importancia; la Realidad de la Prensa en el Perú (radial, televisiva y escrita) la Prensa y la Salud, y la Cultura Informativa y la Salud en el Perú.



Los medios de comunicación son los llamados a plasmar los hechos ocurridos con la seriedad que se requiere, informando los resultados de la investigación que el caso amerita, para evitar caer en el morbo, mellando la imagen de la profesión médica en detrimento de la salud de la población, no dejándose llevar por conjeturas ni informaciones distorsionadas de otras fuentes, que podrían llevar a una crisis de la credibilidad del profesional médico. De igual forma, garantizan el proceso de investigación hasta las últimas consecuencias.

La opinión pública debe tener en cuenta que la única institución que en el Perú registra a los médicos y sus especialidades, de acuerdo a ley, es el Colegio Médico del Perú. El hecho de que un médico no sea miembro de cualquier otra institución o sociedad científica, por ejemplo, de la Sociedad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética del Perú, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Peruana de Medicina Interna, etc., no significa que este sea empírico o que no sea especialista.

Punto de vista

Entender la labor de la prensa

Los medios de comunicación se ocupan cada vez más de los temas médicos. Sin embargo, muchos creen que eso es negativo. Ver detrás al rating por el morbo que generan los temas médicos cuando son abordados desde un ángulo sensacionalista, a las compañías aseguradoras que promueven compañías de desconfianza y desprestigio con la finalidad de vender sus pólizas de seguros de negligencias médicas o, incluso, a las malas artes en la competencia entre médicos y entre clínicas.

Los medios de comunicación son eso, medios. Sólo transmiten los hechos que interesan a la gente. Si un hecho tiene interés público, es noticia; de lo contrario, no lo es. La profesión médica realiza 37 millones de actos médicos al año, produce infinidad de hechos exitosos, debe remarcar la noticia, que muy bien podría ser transmitida por la prensa en modo adecuado, positivo y oportuno. Los medios actúan en un mercado de consumidores que son adictos a las noticias. Esa es su misión. Si los consumidores exigen información sobre un hecho, el medio tiene la obligación de proporcionarlo. Muchos quisiéramos que los medios cubran nuestras noticias sólo si son positivas para nosotros; sin embargo, no siempre es así. Los medios transmiten noticias sin importar lo negativo o positivo que esto signifique para los actores involucrados. La ética periodística velará por la forma de presentación, el formato, tiempo, espacio y por la preservación de los valores culturales. Si los actores involucrados eluden su responsabilidad social de informar no sólo lo bueno que realizan sino también lo malo, no deberían luego quejarse de lo mal que los tratan los medios de comunicación.

El creciente interés de la prensa por los temas médicos debería plantearnos el reto de aprender a relacionarnos con ellos, a resaltar las enormes conquistas de la medicina, los logros terapéuticos, los avances tecnológicos, los gestos profundamente humanos de la profesión, pero, además, si se produjese algo negativo, nefasto, doloroso y el hecho está en condiciones de transformarse en noticia, es nuestra obligación aprender a presentar una versión objetiva de los hechos, de tal forma que preserve la intimidad, los derechos humanos, las normas éticas que regulan las relaciones entre colegas, usando un lenguaje sencillo y comprensible para el gran público. Hay que comunicar a los medios el contexto de los hechos. Muchas cosas que parecen obvias a los médicos no lo son para los periodistas.

Las conclusiones del curso taller sobre los medios de comunicación y salud que ha realizado con éxito la AMP servirán como guía práctica en este nuevo reto.