

VISIÓN

Médica

Año 2 Número 4

Del 19 de enero al 01 de febrero del 2004

En el Ministerio de Salud

Estado adeuda a cada médico 6,380 nuevos soles

La salud y la intervención del Gobierno

..... Pág. 2

La práctica de la optometría es ilegal

..... Pág.3

Residuos hospitalarios atentan contra la salud de la población

..... Pág. 7

Dos mujeres asumen cargos dirigenciales de los médicos

..... Pág. 8



Facultan a Unidades Ejecutoras del Ministerio aplicar proceso de nivelación de médicos cirujanos dispuesto por D.S. N° 024-2001-SA

Resolución Ministerial

N° 1237-2003-SA/SG-DM

Artículo 2°.- Autorizar a las Unidades Ejecutoras del Pliego del Ministerio de Salud efectuar el pago de las remuneraciones que corresponda, a los médicos cirujanos incorporados en el nivel adquirido; a partir del 15 de diciembre del 2003.

Artículo 3° -Derógese o modifíquese las normas que se opongan a la presente Resolución.

Regístrese y comuníquese.

Alvaro Vidal Rivadeneyra
Ministro de Salud

Pág. 4

Decreto supremo que no llega

Niños con VIH Sida y hemodiálisis en espera

En la edición anterior de Visión Médica, hicimos un llamado al Gobierno para que solucionara el caso de los niños con VIH Sida que no reciben los medicamentos antirretrovirales, así como el de los pequeños que, sufriendo insuficiencia renal, ven peligrar el tratamiento de hemodiálisis. En ambos casos, la falta de los procedimientos adecuados significa la muerte para los pequeños. Los médicos sostienen que es una omisión al socorro y una forma de eutanasia social pasiva. Los niños, aunque enfermos al igual que cualquier ser humano, tienen el mismo derecho a la salud y a la vida. Por eso, desde este espacio insistimos en que, de una vez por todas, el Ejecutivo cumpla con incluirlos en el Seguro Integral de Salud.

Hace unos días, Moises Acuña, jefe del Seguro Integral de Salud, anunció en un medio de comunicación masivo que los niños con tratamiento de hemodiálisis vienen siendo atendidos. No obstante, las familias, los médicos y la ciudadanía en general exigimos que esto sea refrendado por el tan esperado decreto supremo que no tiene cuándo llegar. Mientras tanto, nos preguntamos: ¿hasta cuándo?, ¿acaso es humano que de mes a mes se vaya anunciando una ampliación del tratamiento en una suerte de tortura? Bastante tienen los niños enfermos y sus familias sabiendo que el mal que padecen es una limitación para una vida normal.

Editorial**En salud, ¿voto de confianza?**

El mensaje con relación al sector Salud ha sido un listado inconexo de asuntos puntuales y ha eludido el aspecto del financiamiento de dicho listado. Ha guardado silencio sobre la desatención del programa de planificación familiar, de los niños con insuficiencia renal y VIH Sida, del nombramiento de médicos del Seguro Integral de Salud, que con tanto acierto fue señalado por la prensa. La mayor omisión ha sido la ausencia de lineamientos de política capaces de emprender un proceso de reforma del Estado en el rubro de la salud.

Por ejemplo, ha señalado que el Seguro Integral de Salud incrementará sus atenciones a 8,8 millones de personas, sin explicar cómo resolverá primero el colapso económico en que se encuentra. A renglón seguido, ha prometido que en un mes será presentado al Congreso un Proyecto de Aseguramiento Universal en Salud. Según ha señalado la Asociación Médica Peruana, se pretende que Essalud, con su ya deficitario financiamiento, resuelva la atención médica de 8,8 millones de personas adicionales.

Ha resaltado que existen 18 millones de dólares, del convenio de cooperación internacional llamado Fondo Global, para atender las necesidades de Sida, tuberculosis y malaria. Es una buena noticia, pero hay que mencionar que es insuficiente. Sólo el programa de tuberculosis debería duplicar esa cifra. De igual manera, la promesa que en el año 2004 el 100% de los niños menores de 1 año serán vacunados es un mea culpa por el descuido del programa de inmunizaciones, cuyo resultado fue el rebrote de algunas enfermedades propias de la infancia.

La sanidad de la policía se encuentra en proceso de reestructuración. Esto involucra personas, equipos, insumos y procesos, además de lineamientos de política, que lamentablemente no han sido señalados y ha planteado únicamente su tercerización.

Hay que resaltar que en el tema educativo mencionó el nombramiento inmediato de más de 5 mil docente. Sin embargo, ¿por qué no se ha referido al nombramiento de los médicos del Ministerio de Salud? No ha comprendido aún la importancia de la libertad de conciencia del médico en el ejercicio de su profesión y como derecho de los pacientes.

Opinión**La salud y la intervención del gobierno**

Un país desarrollado en salud no es aquel que se cura bien sino que no se enferma. La prevención juega por ello un rol fundamental. Es obvio que es mejor prevenir que curar. En ambas actividades se gasta dinero. La prevención primaria, secundaria o terciaria siempre involucra cambios y adopción de nuevos estilos de vida más saludables, con la finalidad de evitar la enfermedad. Ocurredida la enfermedad, evitar las secuelas, y si ya existen secuelas, evitar que estas se agraven e insertar al paciente en la sociedad. La medicina curativa y la preventiva están profundamente entrelazadas. Existe un nivel de confusión en la población al creer que la prevención equivale sólo a la prevención primaria, vale decir, evitar las enfermedades. Mayor confusión agrega el Ministerio de Salud al confundir la prevención primaria con las actividades preventivo-promocionales.

Con esa visión, la política de salud del gobierno actual ha dividido la intervención del Estado en salud en 2 áreas: una, la actividad preventiva y promocional (atención de salud o sanitaria), como por ejemplo, vacunación, información, educación, comunicación en salud, etc., y dos, la actividad conocida como curativa y de rehabilitación (atención médica), como son las cirugías, tratamientos médicos y otros.

La primera será financiada íntegramente, y para la segunda no hay plata. Hay que señalar que desde la década pasada la atención de salud o sanitaria ha llegado a una cobertura del 95%, cifra extraordinaria. Sin embargo, la preocupación central de los gobiernos es la exclusión en la atención médica, que en el Perú bordea el 25% de la población (especialmente población de extrema pobreza), cifra realmente vergonzosa.

Por otro lado, el ministro de salud ha argumentado que invertir en prevención en detrimento de la curación genera ahorro. Este razonamiento es falso si incluimos en la relación la variable pobreza.

Veamos con un ejemplo: comprar un auto nuevo significa realizar más adelante el mantenimiento, según uso, tiempo, etc., que representa nuevos gastos. Pero si el comprador del auto nuevo no tiene el dinero suficiente, no realizará el mantenimiento hasta que el auto se

paralice. Finalmente, con el auto en el garaje recién vera de dónde obtiene más dinero y el costo beneficio de tener un auto.

Pero con la salud, la cosa es más seria, pues no tiene esta última alternativa. El paciente está obligado a cargar con su propio cuerpo. No puede aplicar el costo beneficio de tener o no tener su propio cuerpo.

Los pobres no tienen dinero para realizar la prevención, que no se resume sólo a recibir información, educación y comunicación en salud, sino estilos de vida saludables, que lamentablemente significa conocimientos y poder adquisitivo. Por ejemplo, no sólo hay que saber qué comida es saludable, sino también cual es más cara.

Por otro lado, el propietario del auto dañado puede de alguna manera deshacerse de él, pero el paciente que tiene la salud mellada requiere una intervención inmediata. No tiene otra alternativa, necesita atención médica. En estas circunstancias se encuentra el 25% de la población peruana que se enferma y no tiene atención médica. El 75% restante recibe atención médica bajo la modalidad de Essalud, Ministerio de Salud, sanidades policiales y militares, seguros privados, clínicas privadas, etc.

La propuesta del Gobierno parece decir algo como esto: gastaremos en la prevención y promoción de la salud de los peruanos, pero cuando enfermen, les recordaremos que ya hemos gastado en ellos y, por lo tanto, ya cumplimos. Ahora, que paguen su propia atención médica porque el Estado no tiene plata.

En un país subdesarrollado es importante el subsidio de las atenciones médicas, sobre todo de las personas en pobreza y pobreza extrema. Está demostrado que los países pobres gastan más dinero en curación que en prevención. Y continuará así por muchos años más hasta que se disminuya y/o erradique la pobreza.

El Ministerio de Salud tiene la obligación de estudiar la cruda realidad sanitaria del país de modo integral e implementar políticas integrales, tomando en cuenta que el enfoque preventivo involucra también la curación, y comprender que mientras la pobreza se encuentre tan extendida, el Estado debe aplicar políticas integrales, de subsidio. No hacerlo significa condenar a muerte a miles de peruanos.

Finalmente, el Gobierno ha relacionado directamente la recaudación tributaria con la atención médica, al señalar que, en la medida en que se recaude más, se empezará a brindar poco a poco, según alcance, más atenciones médicas para los ciudadanos. Mientras tanto, el 25% de la población peruana más pobre seguirá excluida. Es la cruda realidad de la política del Gobierno.

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

Dirección: Jr. Camaná 381, oficina 207, Lima Telf.: 427-4590 - 4277578

E-mail: visionmedica@millicom.com.pe

Escenario médico

En busca de una cultura ciudadana La práctica de la optometría es ilegal

Hace unas semanas, los medios de comunicación anunciaron la llegada de 26 optómetras voluntarios del estado norteamericano de Minnessota, gracias a una gestión del Rotary Club International. Los mencionados técnicos provistos de equipos de tecnología avanzada iniciaron una campaña masiva en el Cono Sur de la capital. Sobre este hecho, Visión Médica pudo recoger la siguiente información.

En nuestro país, los optómetras son técnicos que no pueden realizar evaluaciones o diagnósticos a los pacientes, mucho menos recomendarles tratamiento alguno. Vale decir que su ejercicio es ilegal en nuestro país. A pesar de ello, reciben el apoyo de autoridades, instituciones y de una universidad que, por desconocimiento o desidia, les permiten realizar sus campañas en centros de salud, hospitales, colegios, asentamientos humanos u otros adonde acude la gente que cree que midiéndosele la vista soluciona el problema de su salud.

Una gran mayoría de nuestra población está desinformada respecto a la necesidad de acudir a un médico oftalmólogo para el diagnóstico que sólo el especialista está capacitado a elaborar, por lo que, cuando sienten un malestar en los ojos, acuden a centros ópticos donde son atendidos por optómetras.

Un médico oftalmólogo es un profesional especializado que estudia durante 12 años esta carrera y sus conocimientos no pueden ser re-

emplazados ni postergados por empíricos. Muchas veces, el desconocimiento genera que el paciente se incline por lo más económico, sin tener en cuenta que puede terminar resultando mucho más caro si es que no se da el tratamiento adecuado o no se aplican medidas oportunas.

Una vez más el intrusismo

En este caso se pone una vez más de manifiesto el intrusismo, que en medicina es el ejercicio ilegal de la profesión médica por personas que no cumplen los requisitos legales para ejercer como médicos.

Se debe combatir el intrusismo mediante la formación de una cultura ciudadana que comprenda la importancia del conocimiento especializado y que exija y acepte sólo la atención de un médico oftalmólogo, y no se deje confundir por el uso del mandil blanco. Urge educar más a la población en los contenidos específicos de la profesión y los que corresponden a cada especialidad, frontera que, la mayoría de las veces, se hace difícil diferenciar.

La campaña emprendida por lo optómetras es una muestra de ello, un hecho más que pone en evidencia la informalidad de la salud en nuestro país. Mucho más grave si a esto sumamos la venta indiscriminada de anteojos con medida que circulan inescrupulosamente en los mercados que concentran mayor cantidad de gente, sin receta médica y, por supuesto, sin garantía alguna.



**Dr. Víctor Alva, médico oftalmólogo,
Secretario de Organización de la AMP**

«La refracción es un acto médico»

Respecto a la medición de la vista en manos de optómetras, ¿qué opinión le merece?

La refracción es un acto médico y es parte de la historia médica y por lo tanto debe ser realizado por un facultativo, en este caso, un oftalmólogo, que es la única persona que puede prescribir recetas para el uso de lentes terapéuticos. De no ser así, se estaría transgrediendo la ley.

¿Existe alguna norma legal al respecto?

Sí, la Resolución Ministerial N° 2077, de noviembre de 1957 declara que el ejercicio de la optometría no está reconocido en el Perú. Por lo tanto está penado. El Estado es el encargado de velar para que estos hechos no sucedan, para que los derechos de los pacientes sean respetados y que estos reciban la atención de manos de especialistas.

¿Cuáles son las consecuencias de esta práctica?

El riesgo de que no se detecten enfermedades oculares a tiempo, que con un tratamiento oportuno podrían curarse, como glaucoma, que es la principal causa de ceguera en nuestro país, diabetes, catarata, retinopatía vascular isquémica, entre otras. El intrusismo atenta contra la sociedad y contra el médico oftalmólogo.

«Se hace urgente la intervención del Minsa, Indecopi y Poder Judicial»

¿En qué consiste la optometría?

La optometría es una carrera técnica que no es reconocida por el Ministerio de Salud. El título que ostentan los optómetras es otorgado por el Ministerio de Educación, contradiciendo lo estipulado por ley, pues su ejercicio no está reconocido. Por lo tanto, es ilegal. Quienes lo hacen ignoran los dispositivos.

¿Qué está sucediendo con las campañas masivas de medida de vista llevadas a cabo por optómetras en las municipalidades, Uses, colegios, etc.?

Todas estas personas están ejerciendo ilegalmente, promovidas por instituciones con el fin de ganar prestigio y reconocimiento de la población, y claro, también existen intereses económicos de quienes tienen en cuenta que la salud de la población no es un negocio. La venta indiscriminada de anteojos con medida a precios sumamente módicos es otra muestra de ello.

¿De qué instituciones se espera su intervención para evitar el ejercicio ilegal de los optómetras?

Se hace urgente la intervención del Ministerio de Salud, de Indecopi y del Poder Judicial por ser una práctica ilegal, ya que la resolución ministerial mediante la cual no es reconocida no ha sido derogada ni modificada, a pesar de que esto ha sido solicitado por los grupos interesados.



**Dr. José Albites,
presidente de la Sociedad
Peruana de Oftalmología**

Puede enviarnos sus comentarios,
sugerencias y colaboraciones a:
visionmedica@millicom.com.pe

Entre pasillos...

¿Y la salud mental del país?

Los médicos, con sumo pesar, vemos en los medios de comunicación que todos los días una o dos personas se quitan la vida. Ola de suicidios que va en incremento. Es urgente que el ministro de Salud se preocupe de la salud mental de los peruanos y dé soluciones. ¿Cuántas muertes más deben ocurrir para que el ministro tome cartas en el asunto.

¡Qué falta de tino!

La ministra de la Mujer y Desarrollo Social, Ana María Romero-Lozada Lauezzari, visitó el Hogar Reina de la Paz, que alberga a treinta niñas y adolescentes madres, llevando una serie de donativos en claro cumplimiento de su misión. Lamentablemente, las menores de edad fueron interrogadas por los diferentes medios de comunicación, para que contaran por quiénes fueron violadas, cómo sufrieron estos vejámenes, etc. Estos hechos no deben ocurrir. Sí, es loable brindar ayuda, Sra. Ministra, pero sin atentar contra los derechos de los niños, protegiéndolos de todo aquello que pueda afectar su desarrollo emocional. La Asociación Médica Peruana espera el pronunciamiento de oficio de la Fiscalía de Familia.

¡Por pasarse de vivos!

En el Hospital de Sicuani (Canchis) y en el Comité Local de Administración de Salud (CLAS), de la misma provincia, se descubrió que algunos trabajadores traficaban con los medicamentos que llegaban en calidad de donación, los cuales eran vendidos en las farmacias del hospital. Es alentador que los funcionarios del sector, después de comprobar esta irregularidad, sancionen a los culpables, y no pase como en otros casos, en que los implicados terminan con cargos importantes en el sector Salud.

La salud no es un negocio

En diferentes medios de comunicación se presentan empíricos que, con una mezcla de hierbas, ofrecen curar la diabetes mellitus, el Sida y el cáncer. La AMP ha recibido una serie de denuncias de oftalmólogos y otros especialistas que tienen pacientes que se están quedando ciegos o con otras complicaciones, por el abandono de su tratamiento médico y la ingesta de estos «brebajes». Es urgente que se pronuncien sobre este tema las autoridades de salud y la Fiscalía.

¡Alerta médicos!

Existe la firma de un convenio de cooperación entre la Sociedad Peruana de Auditoría Médica y el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS). El nombre del representante de la Sociedad Peruana de Auditoría Médica a muchos causará preocupación. Se trata de José Leonardo Piscoya Arbañil, propulsor de la auditoría antimédica en salud, cuyo desempeño y trayectoria antimédica son conocidos por todos los galenos. Alertamos a los médicos a tener cuidado con estas auditorías.

INFORME

Sobre incrementos de haberes

El 13 de diciembre del 2003 se promulgó en el diario El Peruano la RM N° 1236, que modifica la Directiva 003-Minsa/OGG-RR.HH-V.01, referente al otorgamiento de incentivos a los médicos. La directiva modificada otorgaba incentivos económicos de 30 soles por hora adicional de trabajo, con un máximo de 22 horas. Lo que significa un incremento de la jornada laboral, que debería ser abonada como hora extra y no como incentivo llamado Asignación Extraordinaria por Trabajo Asistencial. (AETA).

Por otro lado, cada establecimiento de salud otorga un monto distinto de incentivos. El promedio es de 10 horas, es decir, la suma de 300 nuevos soles. La norma modificatoria señala que los médicos ya no necesitan laborar la hora adicional en el caso de que se trate de 10 horas, es decir, 300 soles. Queda claro entonces que si un hospital otorgaba más horas de incentivo, las que sobrepasen 10 horas deben trabajarse adicionalmente.

Algunos médicos creen que esta norma agrega la bonificación de 300 nuevos soles a los incentivos que ya reciben, pero esto no es así. Simplemente, los incentivos que ya tienen no se trabajan como hora extra si son hasta 10 horas, y si son más, se trabajan las que exceden de 10 horas. Es más, se agrega que siempre y cuando cumpla los indicadores aprobados por la Dirección General de Salud de las personas del Ministerio de Salud, y el cumplimiento es responsabilidad del titular de la unidad ejecutora o centro de trabajo. Por lo tanto, la norma no asegura los 22 días de incentivos, ni siquiera 10. Deja a criterio de los funcionarios establecer el monto. Además, sujeta el incentivo a indicadores preestablecidos y le da potestad a

los jefes para el manejo de ese pago. En otras palabras, más control y ningún sol de aumento.

Sobre nivelación de sueldos

El 13 de diciembre del 2003 se promulgó la RM N°1237, que faculta a las Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud la aplicación del proceso de nivelación de los médicos cirujanos. Sin embargo, ya el 23 de julio del 2001 se promulgó el DS 024-2001-SA, que norma la nivelación de los médicos cirujanos. Es decir, los médicos legalmente tienen el derecho expedido para cobrar la nivelación desde agosto del 2001, lo que hasta la fecha significa un adeudo de 29 meses, sin moras ni intereses.

Si el ascenso es de dos niveles como promedio, esto significa que el Estado adeuda como 6,380 nuevos soles a cada médico. Sin embargo, en modo muy hábil, el ministro de Salud señala en la norma promulgada que el proceso se aplica a partir del 15 de diciembre del 2003. Es decir, pretende borrar el adeudo que tiene con la profesión médica con una norma. ¡Pura viveza criolla!

El tiempo de servicio para el ascenso, sólo se calcula hasta julio del 2001, con lo cual se produce una incongruencia. Se aplica a partir del 15 de diciembre del 2003 y se computa el tiempo de servicios sólo hasta julio del 2001. ¡Sea sincero, señor ministro, pague la deuda a los médicos!

Al respecto, la Asociación Médica Peruana rechaza acuerdos que violan derechos, que regalan el dinero de los médicos y, sobre todo, son ajenos al sentir de la profesión, y hace un llamado a sumar fuerzas para exigir el pago retroactivo de la nivelación desde el 2001, por ser justo y legal.

«Exigimos el pago retroactivo de la nivelación desde el 2001»

Declaraciones del Dr. Carlos Santillán, vicepresidente de la AMP

¿La nivelación prometida por el Gobierno satisface las expectativas de los médicos?

No nos satisface, pues, según la RM N° 1237, el ministro de salud niega los 29 meses que adeuda el Estado a los médicos por el derecho a su nivelación, tal y como lo manda la ley. Lo que significa que cada médico debe recibir 220 soles mensuales por nivelación, lo que hace un total de 6,380 nuevos soles

¿Qué sucedió luego de darse el D.S. 024-2001-SA, del 23 de julio de 2001, sobre la nivelación respectiva?

El Ministerio de Salud no presupuestó este pago a los médicos ni tampoco lo quiere reconocer, ascendiendo actualmente esta deuda a más de 50 millones de soles a nivel nacional.

¿Qué medidas adoptarán los médicos al respecto?

La Asociación Médica Peruana llevará a cabo una serie de acciones gremiales, sin descartar la acción judicial, para exigir el pago de la deuda, para que el Gobierno cumpla con la suma que adeuda a los médicos.



Dr. Carlos Santillán,
vicepresidente de la AMP

En el Ministerio de S Estado a 6,3

Salud

Deuda a cada médico

380 nuevos soles

Propuesta legislativa

Declaraciones del Dr. Iván Calderón, congresista de la República, miembro de la Comisión de Salud del Congreso

¿En qué estado se encuentra la propuesta de ley que plantea el nombramiento automático de los médicos?

La propuesta legislativa que cuenta con el apoyo de otros seis congresistas se encuentra en las comisiones de Salud y Trabajo del Congreso de la República, pues no hay sesiones hasta el mes de marzo. Sin embargo, podría darse el caso de que el Ejecutivo dé una iniciativa a través del ministro de Salud para un trato preferencial a este proyecto de ley del nombramiento de médicos, y pueda ser tratado anticipadamente.

¿Qué coincidencias tiene su propuesta legislativa con la del ministro de Salud?

Está coincidiendo en una primera acta firmada en la Región Piura, en cuyos puntos de agenda se incluye el nombramiento progresivo de los médicos contratados. Del mismo modo, con una segunda acta firmada a nivel nacional.

Nuestro proyecto ha generado gran expectativa entre los médicos de Lima y del norte del país, que están apoyando esta propuesta con muchas esperanzas, pues su aprobación significará ubicar a los médicos en el sitio que se merecen.



Congresista Iván Calderón, miembro de la Comisión de Salud

Los médicos contratados

En la RM N°1238-2003-SA-SG-DM se aprueba el compromiso del ministerio en el sentido siguiente: «durante los meses de diciembre del 2003 y enero del 2004, el Ministerio de Salud elaborará y gestionará la dación e implementará el instrumento normativo que permita la transferencia de fondos del grupo genérico de gasto 03 al 01, para la habilitación de plazas de profesionales médicos. La redacción del compromiso es alambicado, confuso y con lenguaje burocrático.

Al comprometerse el Ministerio de Salud a elaborar y gestionar la dación del instrumento normativo, significa que elaborará un proyecto de ley que remitirá el Ejecutivo al Congreso de la República, pues se necesita de una ley para transferir fondos del grupo genérico 03 del gasto público (servicios) al grupo genérico 01 (remuneraciones). Además, como ya es conocido, hay fondos directamente recaudados (recursos propios) y del tesoro, que sirven para pagar los servicios, dinero con el que hoy pagan a los médicos. No se modifica el techo presupuestal del Ministerio de Salud, solo hay un transvase de fondos al interior del mismo.

Hay que recordar que la AMP, con la iniciativa legislativa del congresista Iván Calderón Castillo, presentó un proyecto de ley que además cuenta con la firma de seis congresistas más, que plantea el nombramiento automático de los médicos y autoriza la creación de las plazas con la transferencia de partidas de la 03 (servicios) a la 01 (remuneraciones). La norma contrasta con el compromiso del ministerio que insiste en los concursos, hecho que la AMP rechaza porque los médicos se encuentran laboran-

do, y ponerlos a concursar significa, en la práctica, despedirlos.

Además, cada año, como producto de las jubilaciones y cese de médicos, se producen vacantes presupuestadas, que se someten a concurso de provisión de plazas. No es ninguna novedad que el ministro se comprometa a sacarlas a concurso a partir del mes de enero. Es más, ya debió hacerlo en los meses de noviembre y diciembre del 2003 y que, por cálculos políticos, no lo hizo.

La RM señala además que el ministro de Salud revisará la nómina de médicos contratados por servicios no personales, para determinar que no se encuentren en otra planilla del Sector Público, y procederá a rescindirles el contrato. Este acuerdo es rechazado por muchos médicos que realizan una labor de servicios no personales en dos instituciones públicas distintas o en calidad de nombrados en una y por servicios no personales en otra.

El acuerdo prevé, además, que los propios médicos ejerzan como «soplones» en estas pesquisas. Este compromiso está de espaldas a la realidad médica del país. No hay suficientes especialistas para cubrir todas las necesidades. Por ejemplo, en patología clínica, anestesiología, ginecología, etc., los sueldos son muy bajos y el médico se ve obligado a laborar en dos lugares distintos para sobrevivir. La AMP viene exigiendo el derecho de los médicos a tener una doble remuneración del Estado como tienen los docentes en el caso de laborar en otra institución estatal, además de su centro educativo, y exige que se frene y rechace el intrusismo que realizan las instituciones por la ausencia de médicos especialistas.

Los 23 puntos que reclaman los médicos

- 1 Reactivar el sector Salud, teniendo como líder al médico y garantizando su plena libertad de conciencia en el acto médico.
- 2 Nivelación de su nivel remunerativo en todos los subsectores, Minsa, Essalud, FFAA, FFPP, Intersectoriales, de acuerdo al DL 559 y al promedio latinoamericano, que es US\$ 1,500.
- 3 Ascenso automático en el nivel de carrera.
- 4 Reconocer y bonificar económicamente la enorme responsabilidad del médico, así como el riesgo profesional y familiar a enfermar.
- 5 Cumplir con el seguro de riesgo profesional que, según ley, corresponde pagar a los empleadores.
- 6 Compensación por enfermedad o fallecimiento para el médico y su familia.
- 7 Reconocer las horas de guardia como horas extras, dado que no existe una obligación legal para realizarlas.
- 8 Gratificación de un sueldo mensual (Navidad, Fiestas Patrias, mes de la medicina y escolaridad), un total de 16 sueldos.
- 9 Nombrar automáticamente a los 12,000 galenos, que trabajen en el Minsa, Essalud, y sanidades, intersectoriales, etc.
- 10 Desaparición del SERUMS.
- 11 Concursos para direcciones, jefaturas de departamento, servicios y centros de salud
- 12 Bonificación por trabajo en zonas urbano-marginales y de frontera.
- 13 Restitución de gratificaciones por 25 y 30 años de servicio.
- 14 Subsidio por sepelio y luto de acuerdo al DL 276.
- 15 Nivelación de pensiones para cesantes y jubilados de Essalud.
- 16 Hacer extensivo a EsSALUD el decreto de urgencia 011-99 que bonifica con el 16% que se otorgó al Sector Público.
- 17 Cumplir la ley que homologa a los catedráticos de medicina con los magistrados del Poder Judicial.
- 18 Combatir el intrusismo en medicina, erradicar la instigación al intrusismo por parte de los funcionarios, incrementando las penas a quienes cometan este delito.
- 19 Rechazar la venta de medicamentos sin prescripción médica.
- 20 Financiar por el Gobierno el Proceso de Recertificación Médica.
- 21 Anular los procesos administrativos injustos y abusivos a que fueron sometidos los médicos durante toda la década y se otorgue el resarcimiento a los colegas injustamente castigados.
- 22 Reposición de los colegas médicos despedidos por defender la salud y seguridad social del Perú.
- 23 Incremento del presupuesto del sector Salud.

Legal

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



Urge que el médico recobre su atribución

¿QUIÉN CERTIFICA LA MUERTE?

Un peatón es atropellado. Aquí se nos presenta una disyuntiva, si está vivo, hay que desplazarlo inmediatamente a un hospital, pero si está muerto, la ley prohíbe moverlo hasta que llegue el fiscal a investigar el delito.

A los pocos minutos llega la policía, los bomberos, una ambulancia con personal paramédico, y todos constatan la muerte del peatón, pero un médico que transita por el lugar se acerca y constata que está vivo. ¿Está vivo o muerto?, ¿quién debe legalmente constatar la muerte?, ¿qué se debe hacer?

Para saber si está vivo o muerto, debemos constatar si carece de la característica fundamental de la vida.

Legalmente es el cese definitivo e irreversible de la función cardiorespiratoria o de la actividad cerebral. No se trata únicamente de determinar que no hay estas funciones, sino que lo más importante es la certeza de que esta es definitiva e irreversible. Esta certeza se encuentra determinada por el avance de la medicina.

Legalmente, el que debe constatar la muerte es el médico. Es por ello que el derogado Código Sanitario, en su artículo 37, expresamente confería únicamente al médico la atribución de certificar la muerte de una persona, constatando la ausencia de la característica de la vida. Lamentablemente, en 1982, la Ley de Transplantes de Órganos y tejidos derogó este artículo, dejando un vacío legal que hasta el



día de hoy no ha sido subsanado.

Es necesario mencionar que en estos casos no es aplicable la Ley de Transplantes de Órganos y tejidos, que únicamente regula la muerte para efectos de trasplante de órganos y tejidos, disponiendo que para constatar la muerte se debe firmar un acta con el acuerdo unánime de una junta de tres personas (el director o representante legal de la clínica, el médico tratante y un especialista neurólogo).

En el ejemplo reseñado, lo que se debe hacer es llevar al peatón a un hospital, ya que el único que tiene la preparación suficiente para constatar el cese **definitivo e irreversible** de la función cardiorespiratoria o actividad cerebral es el médico. El hecho que la policía, los bomberos o el personal paramédico tengan

cursos de primeros auxilios, no los convierte en profesionales de la medicina y, por lo tanto, no están capacitados para constatar la muerte de una persona, y si omiten llevar al peatón a un hospital, cometen el delito de exposición a peligro de muerte tipificado en el artículo 125 del Código Penal y pueden ser sancionados hasta con ocho años de pena privativa de libertad.

Urge que el médico recobre su atribución de constatar la muerte, incorporada en el artículo 108 de la Ley General de Salud: «la constatación de la muerte es atribución y responsabilidad únicamente del médico».



- ↳ **Ediciones:** libros, revistas, periódicos, folletos en general.
- ↳ **Publicidad:** comerciales para radio y tv, avisos para diarios y revistas.
- ↳ **Servicios periodísticos:** asesoramientos y producciones.
- ↳ **Promoción:** organización de eventos especiales.

Jr. Camaná 381 Of. 205 LIMA 1 - PERÚ
Telf.: 427-4590 Telefax: 427-7578
98572967

Cortitas...

- ◆ Resolución Ministerial N°1294-2003-SA/DM-Designan como asesor del despacho viceministerial al doctor Rino Delfín García Carbone.
- ◆ Aprueban Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones de la SEPS para el ejercicio 2004.
- ◆ Resolución Ministerial N° 1329-2003-SA/

DM - Designa directores ejecutivos de las redes de salud de San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo a la doctora Iris Judith Muñante Porras, y para Chilca - Mala, se designó al doctor Bernardo Elvis Osto Jara, de la Dirección de Salud II Lima Sur.

- ◆ RR.MM.: N°1331- 2003-SA/DM- Designan al Doctor Michel Stalin Saldarriaga Castro como asesor de la Oficina General de

Gestión de Recursos Humanos.

- ◆ Resolución de Gerencia General N° 671-GG-ESSALUD-2003- Modifican el Plan Anual de Adquisiciones y contrataciones de Essalud para el ejercicio 2003. *
- ◆ R.J. N°102-2003-PARSALUD.- Modifican el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones del PARSALUD para el ejercicio presupuestal 2003.

*El congresista Daniel Robles López, manifestó que «esta norma básicamente apunta a tratar de regularizar operaciones de compra que ya se hicieron, algo que es ilegal».

Medicina al día

Urge adoptar medidas preventivas

Residuos hospitalarios atentan contra la salud de la población

La preocupación por la ecología y el medio ambiente crece galopantemente en la humanidad, y es que la contaminación ambiental en todas sus formas está devastando la Tierra.

El centro de trabajo, cuando se trata de una institución de salud, puede convertirse en una fuente de contaminación ambiental si no se adoptan las medidas adecuadas para evitarla. El desconocimiento de las normas de bioseguridad, la falta de concientización y la escasa asignación de recursos para el manejo de los residuos exponen a la sociedad y a su entorno a altos riesgos que pueden ser evitados.

Se hace necesaria una mirada al ámbito hospitalario tanto desde el punto de vista sanitario como ecológico, en cuanto éste constituye un microclima laboral particular que conlleva a riesgos diferenciales para el personal expuesto, para los pacientes y la sociedad en su conjunto. El riesgo potencial de los desechos producidos como consecuencia de la actividad hospitalaria ha estimulado la adopción de políticas tendientes a minimizarlo, a través del reciclaje y del tratamiento de los mismos, pero que lamentable-

mente en nuestro país se aplican a medias tanto a nivel estatal como privado.

Los desechos patógenos provienen de las actividades hospitalarias, de los institutos de diagnóstico médico, centros de salud, cirugía médica, odontología y veterinaria, de los hogares de personas con enfermedades crónicas, como la diabetes o la insuficiencia renal, que se tratan a sí mismos en sus domicilios.

Dentro de ellos, los residuos biológicos constituyen, por su magnitud y características, un tema de particular interés para la prevención de la salud pública en general. Su adecuado tratamiento y disposición contribuyen a minimizar el peligro de contagio y transmisión de enfermedades infecciosas.

Entre los riesgos más comunes tenemos a la hepatitis A, B y C y el VIH Sida, los riesgos químicos como consecuencia del uso de plaguicidas, hidrocarburos, citostáticos, desechos de laboratorio, el uso inadecuado del óxido de etileno para la esterilización, anestésicos volátiles. Del mismo modo, intoxicaciones alimentarias, pilas de marcapasos, riesgos de radiaciones ionizantes, entre otros.

Clasificación de residuos hospitalarios

Residuos comunes: Similares a los domiciliarios.

Residuos infecciosos: Contienen agentes infecciosos de tipo y cantidad tales que sean capaces de causar enfermedades o impactos adversos sobre la salud.

Residuos patológicos: Residuos orgánicos que no son infecciosos (miembros, restos de órganos, placentas, fetos, etc.), que requieren de un tratamiento especial por razones de ética o de impacto psicológico en el personal involucrado y en la población debido a sus características.

Residuos cortopunzantes: Pueden causar cortaduras o pinchazos y pueden haber tenido contacto con microorganismos patógenos o con sustancias químicas peligrosas.

Residuos peligrosos: Causan daño directa o indirectamente a los seres vivos o contaminan el suelo, el agua, el aire o el medio ambiente en general.

Residuos químicos peligrosos: Poseen las siguientes características: tóxico o genotóxico, corrosivo, inflamable o reactivo.

Residuos especiales: Comprenden esta categoría los elementos que no se encuentren comprendidos en los apartados anteriores, tales como yesos, pañales, objetos de uso único, envases de vidrio, residuos esterilizados, etc.

Residuos farmacéuticos: Incluyen productos farmacéuticos, medicamentos, drogas y sustancias químicas de uso terapéutico que hayan sido devueltos de las salas, o fueron derramados o vertidos, contaminados o descartados por ser obsoletos.

Hospital Arzobispo Loayza: cumplió 79 años

Considerado como uno de los más importantes del sector Salud, el hospital Arzobispo Loayza cumplió recientemente 79 años de existencia. Por su trayectoria con más de 30 especialidades que le permiten brindar una atención multidisciplinaria a sus pacientes, se ha convertido en un importante nosocomio de referencia a escala nacional, siendo su actual director general, el Dr. Luis Sánchez Hurtado.

El número de pacientes en consulta externa, ha ido aumentando progresivamente, atendiendo a un promedio de dos mil 700 pacientes diariamente, cifra que en ocasiones supera los tres mil. Del mismo modo, las especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, también han incrementado notablemente su aporte, con atención del más alto nivel.

Con la participación de la Oficina de Infraestructura y Construcción de la Universidad Nacional de Ingeniería y de la Oficina de Proyectos de Infraestructura del propio hospital, se vienen ejecutando varias obras, como es la edificación de una nueva sala de operaciones en el pabellón central. Entre las obras ya concluidas están una nueva farmacia, el local para el Programa de Asma Pediátrica se han habilitado ocho consultorios más para atender la gran demanda de pacientes, entre otros.

Nos escriben...

Lima, agosto 2003

Cada día es más notorio el «avance» de las medicinas alternativas. En nuestro medio existe un mal entendido, ya que muchos laboratorios lucran con la ignorancia de nuestro pueblo fabricando «jarabes» para la tos, bronquios, riñón, hígado, pulmones. También existen grageas, suspensiones, soluciones, etc. Estos medicamentos no han sido investigados sobre sus efectos nocivos en diversos órganos y se comercian libremente a la vista y paciencia, y aun con apoyo de congresistas, etc.

Mi pedido es que la AMP, como la entidad más seria y representativa del gremio médico en el campo científico solicite al Ministerio de Salud que estos «fármacos» sean sometidos a pruebas o estudios experimentales para dilucidar sus efectos nocivos.

Yo no estoy en contra de este tipo de medicina, sino que debe pasar todas las pruebas y el rigor científico previo a su comercialización.

Atentamente,

Mario More Flores
CMP 11582

Dos mujeres asumen cargos directivos:

JURAMENTAN DECANOS DEL CMP Y JUNTA DIRECTIVA NACIONAL DE LA AMP

Dos eventos importantes para los médicos se han realizado en los primeros días de enero: la juramentación de la nueva directiva nacional de la Asociación Médica Peruana y la ceremonia de transmisión de cargos del Colegio Médico del Perú.

En el Colegio Médico del Perú juramentó como decano del Consejo Nacional el Dr. Isaías Peñaloza, y la Dra. Pilar Mazzetti Soler, decana del Consejo Regional III. En el auditorio del Hospital Rebagliati,

juramentó la nueva junta directiva de la Asociación Médica Peruana presidida por la Dra. Flora Luna Gonzales.

En ambos casos, salta a la vista el papel de la mujer en la medicina peruana: la asunción de la Dra. Flora Luna en una representación nacional y la Dra. Pilar Mazzetti en el Consejo Regional de Lima, siendo la primera mujer que llega al cargo.



El ex decano del CMP, Dr. Patrick Wagner, junto a la flamante directiva de la AMP y los invitados de honor, la Dra. María Bancos, Medalla de Honor 2002, y los ganadores del máximo galardón de la AMP, el Tumi de Oro: Dra. Armida Quiñónez y el Dr. Efraín Montesinos.



La Dra. Pilar Mazzetti, decana del Consejo Regional III, y la Dra. Flora Luna, presidenta de la AMP, flanqueadas por el Dr. Carlos Santillán y el Dr. Herberth Cuba.



Patrick Wagner en su último discurso como decano del CMP en la juramentación de la directiva de la AMP.

«Defenderé la profesión médica»

En declaraciones exclusivas para Visión Médica, la Dra. Luna puntualizó sus principales áreas de trabajo.

1. Defender los principios y valores de la profesión médica. La ética médica.
2. Fortalecer la Escuela de Liderazgo de la AMP.
3. Implementar el Servicio de Diplomatura y Maestrías, para la capacitación de los médicos del país.
4. Participar con proyectos de ley y opiniones técnicas ante los problemas de salud pública del país.
5. Combatir del intrusismo, para proteger el derecho humano de la población peruana de ser atendida por médicos y/o médicos especialistas.
6. Apoyar y defender los cuerpos médicos de todas las instituciones de salud, Essalud, Minsa, FFAA y Policiales y Clínicas Privadas.



Dra. Flora Luna, presidenta de la AMP

Estetoscopio...

Zapatero a tus zapatos

El ministro de Salud, Dr. Álvaro Vidal, no estuvo presente en la juramentación del Colegio Médico del Perú por encontrarse en la reunión de la Organización Mundial de la Salud. En su representación asistió el ministro de Educación, Dr. Carlos Malpica, cuyo discurso de orden ocasionó varios comentarios. ¿Acaso no hubiese sido mejor que su discurso estuviera dirigido al tema de educación, que es lo que él más conoce?

Con todos no me junto

Pésima es la costumbre que durante el brindis de la ceremonia de las juramentaciones del CMP se reúnan en un ambiente separado el decano y algunos "invitados". ¿Acaso la élite no quiere confundirse con los demás colegas?

La del estribo

En la juramentación de la directiva de la Asociación Médica Peruana, el ex decano del Colegio Médico, Patricio Wagner, se despidió de su cargo, por ser éste el último evento público en el que hacía uso de la palabra como decano.

Alerta Minsa

Esperamos que las promesas del nuevo Decano: "nombramiento de los médicos contratados, desaparición del SERUMS y la lucha contra el Seguro Médico Obligatorio, espada de Damocles para todos los colegas", cuenten con el apoyo ministerial.

Fallas de oficio

En la ceremonia de juramentación de la AMP, el equipo de sonido hizo de las suyas al inicio y durante el evento. ¡A cuidar los detalles!

Qué dirían las feministas

El Dr. Isaías Peñaloza inició la juramentación de los Consejos Regionales, mencionando...señores...y no se percató de que contaba también con damas... Esperamos que en esta gestión, el CMP sea un ejemplo en la no discriminación de género.

Una noche de olvidos

El decano del Consejo Regional de Lima provincias no fue mencionado. Pacientemente, el colega esperó que todos juramentaran... Felizmente se subsanó el error y al final juramentó solo. La descentralización del CMP y los problemas de los colegas de provincias requieren de mayor apoyo y no más lapsus...¿no les parece?

Quien siembra cosecha

El Dr. Fernando Carbone, ex ministro de Salud recordado por obviar a los cuerpos médicos, no fue saludado con la efusividad acostumbrada. Sólo se le acercaron sus compañeros de promoción... Los cargos públicos son transitorios. Las obras, en cambio, son un legado para la posteridad junto con el reconocimiento de los médicos.