

VISIÓN

Médica

«¿Qué sentido tiene correr cuando estamos en la carretera equivocada?»

Proverbio Alemán

(a propósito de la reforma del sector salud)

Año 2 Número 6

Del jueves 25 de marzo al viernes 9 de abril del 2004

En el marco de la reestructuración

Sanidad policial debe ser autónoma

Urge precisar rol en el Sistema Nacional de Salud

Págs. 4 y 5

Mientras tramitan pensión de jubilación se quedan sin atención médica

Página 3

Logros en los últimos decenios para las mujeres

Página 7

Exigen la libre desafiliación de las AFP

Página 8



Asociación Médica Peruana exige

HOSPITALES DE LA SOLIDARIDAD DEBEN SER CLAUSURADOS

El líder de Solidaridad Nacional, Castañeda Lossio, persiste



Tal como Visión Médica informara en su edición anterior, la Asociación Médica Peruana continúa señalando las graves deficiencias que ofrecen los llamados Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad Metropolitana de Lima al no reunir las condiciones mínimas indispensables para su funcionamiento.

Resulta increíble cómo se siguen desarrollando las

actividades médicas en estos buses refaccionados, estrechos, revestidos en su interior con aluminio y con una ventilación deficiente.

¿Es posible que se realicen en estos lugares cirugías reparadoras, reconstructivas y pediátricas?

Los oficios del alcalde de Lima, Luis Castañeda Lossio, impidieron la clausura del Hospital de la Solidaridad ubicado en el distrito de Independencia aun en contra de las autoridades ediles del distrito y de los mismos vecinos que pugnan por su clausura, a pesar

de que se anunciara públicamente su salida.

Resulta evidente que en estos buses, los riesgos para las atenciones médicas son mayores. Por ello, la Asociación Médica Peruana hace un llamado a la Fiscalía, al Colegio Médico, al Ministerio de Salud y al Instituto Nacional de Energía Nuclear, para que realicen la verificación de las normas que los Hospitales de la Solidaridad estarían violando. Queda a las autoridades competentes velar por el bienestar y la salud de la ciudadanía.

Editorial

Sobrevivir

La sociedad peruana ha comprendido, a estas alturas del periodo gubernamental, un principio básico de la administración. Primero, hay que sobrevivir; luego, crecer. Si no se tiene la existencia asegurada, es poco probable pensar siquiera en maximizar las utilidades. La gobernabilidad tantas veces implorada significa eso: sobrevivir.

Sin embargo, la sobrevivencia del Gobierno se presenta cada vez más complicada debido a los intereses de los diversos actores sociales. Por ello, se hace cada vez más explícita la retórica política. La democracia no sólo es la elección de un gobierno cada cierto tiempo, sino también los procedimientos con los cuales se desenvuelven el sistema social. Este punto se ha convertido en capital para entender el proceso político peruano. Es la fuente de las controversias y del acalorado discurso.

El gabinete remozado presidido por Carlos Ferrero ha alargado la sobrevivencia del régimen por el concurso de técnicos, sin tomar en cuenta su filiación partidaria. En ese contexto, rol importante cumple el sector Salud.

Sin embargo, se necesita visualizar el norte de las acciones del sector Salud, evitar la agudización de la fragmentación del sistema y sobre todo evitar, como en el caso de la sanidad, que los imponentes reformistas atenten contra la unidad del sistema y este termine descuartizado por la ineficacia y la ineficiencia.

La financiación de la salud debe ser abordada con energía y con altísimo criterio técnico. Es cierto que los actores políticos definen cuánto se invierte en salud, pero la eficacia y la eficiencia del gasto deben estar en manos técnicas y honestas. No sólo hay que incrementar el presupuesto, sino hay que administrarlo bien.

Finalmente, en la prestación de los servicios de salud el rol de sector Salud se encuentra ausente, como ocurre con la medicina que administra la Municipalidad de Lima.

Opinión

La auditoría médica

El principal problema que atraviesa la profesión médica es el ejercicio ilegal de la medicina por no médicos (intrusismo), seguido del riesgo del médico de ser comprendido en procesos de responsabilidad profesional médica.

Es así como se ha hecho común ver personas inescrupulosas e incluso profesionales de la salud que hacen de médicos. De igual manera, hoy proliferan las denuncias contra los médicos, y algunos funcionarios, por desconocimiento confunden la auditoría médica con la auditoría gubernamental y, por lo tanto, pretenden convertir la auditoría médica en un proceso administrativo cuyo objetivo sea punitivo.

El artículo 42 de la Ley General de Salud señala que todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a los que es sometido el paciente, sean estos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación.

En el mismo sentido se pronuncia el Colegio Médico del Perú, al señalar como falta grave a la ética la inobservancia del artículo 36 del Código de Ética del CMP, que dice: "Los médicos legistas y médicos que realizan labores de auditoría médica deben limitarse a establecer causas, hechos y conclusiones de orden científico-técnico, absteniéndose de formular juicios de valor sobre la actuación de sus colegas o apreciaciones u opiniones que induzcan a terceros a comprometer la responsabilidad profesional de éstos".

Asimismo, el Reglamento de Hospitales vigente (D.S. 005-90-SA) señala, en el artículo 23 del citado decreto, que

los órganos de asesoría de los hospitales son la Comisión de Asesoramiento, el Comité Técnico-Médico, el Comité Técnico-Administrativo y el Cuerpo Médico. De igual forma, el artículo 182 señala al Cuerpo Médico como órgano de carácter técnico, científico y ético-deontológico, y el 183 norma su competencia como "órgano no estructural del Hospital, pero se le reconoce funciones de asesoría a la Dirección en los campos técnicos de su incumbencia. Es un órgano con capacidad técnica para juzgar los actos de cada uno de sus miembros en el ejercicio de su labor médica (Auditoría Médica)".

Tomando en cuenta las características especiales y distintivas de la profesión médica, los bienes jurídicos que tutela, y sobre todo por respeto a la intimidad, pudor, secreto profesional y los derechos de los pacientes, se debe cumplir la tradición médica internacionalmente aceptada como derecho fundamental de los ciudadanos. La auditoría médica es un acto médico y sólo la hace el médico, y se encuentra amparado, como ya hemos visto, en la legislación peruana.

El artículo 184 regula que forman parte del Cuerpo Médico del Hospital los profesionales médicos colegiados y que el director no preside pero integra obligatoriamente el cuerpo médico. Y el 185 dice que los comités obligatorios que el Cuerpo Médico tendrá forzadamente son el Comité de Historias Clínicas, el Comité de Auditoría Médica y el Comité de Farmacia, señalando además que "estos comités tendrán carácter permanente y reportarán sus actividades mensualmente".

Dr. Herberth Cuba García



Las auditorías médicas deben realizarse sólo por médicos con la debida seriedad y respeto a las normas y los principios ético-deontológicos.

La Auditoría Médica se dedica al análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico, y su influencia en la calidad de vida de los pacientes, identificando errores y deficiencias en los procesos con fines de educación, prevención y corrección, es una herramienta para el mejoramiento continuo de la atención médica, pero no es una herramienta fiscalizadora o punitiva como sí lo son la Auditoría Gubernamental o los procesos administrativos disciplinarios.

La Auditoría Médica no se ocupa de determinar la causa de muerte, pues, según la Ley General de Salud, se realiza mediante necropsia; tampoco las responsabilidades profesionales (negligencia médica por ejemplo), que son investigadas por la fiscalía, y las responsabilidades determinadas por un juez.

No debemos dejarnos sorprender por personas inescrupulosas que no siendo médicos pretenden no sólo capacitar en auditoría médica sino que, incluso, en el colmo de la osadía, pretenden que no médicos incursionen en la realización de auditorías médicas.

Se debe vigilar muy de cerca el cumplimiento de la finalidad de las auditorías médicas y rechazar todo intento de convertirlas en punitivas.

"La Auditoría Médica es un acto médico y sólo la hace el médico".

VISIÓN Médica

Es una publicación quincenal de:



Dirección: Jr. Camaná 381, oficina 207, Lima, 427-4590
http://www.amporg.net/vision_medica.htm
visionmedica@millicom.com.pe

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

Si desea enviarnos sus comentarios, sugerencias y colaboraciones, puede hacerlo a: visionmedica@millicom.com.pe. Nuestro periódico se reserva el derecho de edición de la correspondencia con el respeto que nuestros lectores se merecen.

Escenario médico

Se agudiza salud de pensionistas

Mientras tramitan pensión de jubilación se quedan sin atención médica

La salud constituye un derecho fundamental de todos los ciudadanos sin distinción, que forma parte de las obligaciones del Estado, y que como tal, debe garantizarla. Lo dice la Constitución y lo ratifica la Ley General de Salud. De otro lado, la base de la Seguridad Social es el reconocimiento de este derecho y la garantía del libre acceso a las prestaciones de salud a cargo de entidades públicas o privadas.

Desde noviembre del año pasado, en los hospitales y policlínicos de Essalud, los pacientes cuyo trámite de pensión aún no ha sido regularizado en la Oficina de Normalización Previsional (ONP) ya no pueden hacer uso de la Carta de Atención Médica otorgada por esta entidad para su atención facultativa, salvo el caso de los pacientes que padecen de diálisis peritoneal o hemodiálisis.

De este modo, miles de peruanos, en su gran mayoría adultos mayores cuya pensión de jubilación (además, viudez, invalidez y otros) aún se encuentra en trámite ante la Oficina de Normalización Previsional (ONP), cuya espera en promedio no es menor de tres años, se ven afectados en un derecho fundamental como es la salud.

Muchos pacientes que padecen de otras dolorosas enfermedades han visto postergada su atención médica, teniendo que acudir a otros hospitales o clínicas, si es que sus posibilidades económicas lo permiten. Mientras tanto, la Oficina de Defensoría de Essalud, Defensoría del Pueblo y otras instituciones que defienden los derechos de las personas ven llegar infinidad de demandas, sin que estas vislumbren una pronta solución para no perjudicar a todas es-



tas familias que quedaron sin atención médica.

Queda a las autoridades competentes diseñar una estrategia de reordenamiento, de manejo de información más exacta y menos burocrática, pues afecta no sólo a aquellos que no tengan acceso a su derecho a la jubilación, sino también a aquellos que pudieran obtenerlo.

PROYECTO DE LEY

El congresista Javier Diez Canseco Cisneros ha presentado un proyecto de ley que establece como alternativa la obligación de Essalud para la dación de cartas de Atención Médica a quienes se encuentren tramitando su pensión ante la ONP, exigiendo garantía de desembolso, en caso de denegarse su derecho de pensión, hasta por un monto equivalente a la atención médica que pudiera haber recibido a través del Seguro Potestativo Único. De este modo, según el referido proyecto, no se dejaría desprotegido al usuario y tampoco se colocaría en riesgo a Essalud.

La Asociación Médica Peruana, sobre esta iniciativa legislativa, plantea que no se puede cargar sobre Essalud los gastos que se originan por la duración prolongada del trámite administrativo en la ONP. La propia ONP debe afrontar sus costos y debe velar por que los pacientes no queden abandonados.



3 y 4 de abril

El gasto público en salud

Temario

- Prevención y salud
- Concepto de salud
- Prevención: conceptos fundamentales
- La pobreza
- El rol de Estado en la política social
- Tendencias del financiamiento en salud
- La prevención primaria y el fracaso de Alma Ata
- Declaración de Alma Ata
- El nuevo rol del ciudadano y la crisis de la salud pública
- La relación de la pobreza y el financiamiento de la salud

ASOCIACIÓN MÉDICA PERUANA

Inscrita en Registros Públicos, partida N° 11157403

Año Académico 2004

Cursos mensuales Dirigidos a Médicos

- | | |
|---|--------------------|
| 1) El gasto público en salud. Pobreza: ¿énfasis en prevención o curación? | 3 y 4 de abril |
| 2) La investigación de la responsabilidad profesional ante el Colegio Médico del Perú: misión, funciones, atribuciones, el proceso a la ética. | 15 y 16 de mayo |
| 3) La investigación de la responsabilidad profesional del médico ante el Ministerio de Salud: rol normativo y prestador de servicios en la responsabilidad administrativa. | 5 y 6 de junio |
| 4) La investigación de la responsabilidad profesional del médico ante los organismos competentes: atribuciones y limitaciones de la Policía Nacional, Fiscalía y Poder Judicial en la investigación de delitos relacionados con el acto médico. | 3 y 4 de julio |
| 5) La investigación de la responsabilidad profesional del médico y las indemnizaciones por los perjuicios económicos causados en los actos médicos: demandas, arbitrajes y conciliaciones. | 7 y 8 de agosto |
| 6) Los aspectos éticos y sociales de los pacientes crónicos y las terapias paliativas: legislación, problema de los seguros y gasto público. | 4 y 5 de setiembre |
| 7) Especialidades médicas y los avances de la genética: estudios del genoma y tratamiento. Legislación y aspectos éticos. | 9 y 10 de octubre |
| 8) La salud de los niños, cómo curarla, prevenirla, promocionarla. La influencia del factor ambiental. ¿Cómo desarrollar el talento infantil? | 6 y 7 de noviembre |
| 9) Los médicos y la salud ocupacional: aspectos legales y conceptos fundamentales. | 4 y 5 de diciembre |

Informes e Inscripciones:

Jr. Camaná 381, Of. 207, Lima 1

Teléfonos: 427-4590, 427-7578, 321-0037

Lugar: Av. César Vallejo 565, Lince, Auditorio del Laboratorio Farminindustria

INFORME

En el marco de la reestructuración

Sanidad policial d

La Sanidad policial y su historia

Hasta octubre de 1991, el Servicio de Sanidad de la PNP contaba con autonomía administrativa, técnica y presupuestaria, por ser un organismo dependiente de la Alta Dirección del Ministerio del Interior, reconocido por ley desde el 02 de julio de 1940.

El Servicio de Sanidad se gesta en 1926 del tópic de la escuela de la Guardia Civil, desarrollándose posteriormente como enfermería, con infraestructura, capacitación y gestión de su personal. A partir del año 1940, como Servicio de Sanidad. En el año 1942 se traslada al que hoy es el Hospital Central de la PNP, ubicado en la Av. Brasil.

El 30 de mayo de 1987, por D.S. N° 015-B-87-IN, se crea el Fondo de Salud para el Personal de las FF.PP. y Sanidad de las mismas, aportando el Estado el 6% de las remuneraciones mensuales del personal policial y sanidad en situación de actividad, disponibilidad y en retiro, además de aportes o donaciones que reciba o intereses por sus colocaciones financieras. La administración de Fospoli a cargo de la Sanidad y el Consejo de Vigilancia integrado por un representante de cada una de las FF.PP. y Sanidad; sujeto a disposiciones de la Ley 20064.

El 25 de noviembre de 1988, el Congreso de la República modifica el artículo 277 de la Constitución del Estado, creando la PNP, al unificar en un solo cuerpo a la Guardia Civil, Policía de Investigación y a la Guardia Republicana, no incluía a la Sanidad.

El 03 de octubre de 1991, por D. S. N° 0001-91-IN, aduciendo «optimizar el funcionamiento del Fospoli y teniendo en cuenta que la mayoría de sus miembros son de la PNP, se establece que la administración del aludido fondo deberá realizarse en forma proporcional entre la PNP y el Servicio de Sanidad de la misma», modificando el art. 4to. del D.S.: 015 -B-87-IN. El Consejo de la Administración del Fospoli pasó a cargo de la policía y el Consejo de Vigilancia integrada por representantes de la PNP y Sanidad.

En 1991, la cobertura del Servicio de la Sanidad policial era a nivel de todo el territorio nacional, otorgando al personal policial y a sus familiares prestaciones de salud integral de alta calidad, convirtiéndose el Hospital Central en el centro referencial de los heridos por el terrorismo de aquella época, actuando en convenio con el Minsa, y en el aspecto de formación y capacitación del personal con las universidades.

El 05 de noviembre de 1991, por D.L. N° 694, se incluye dentro de la estruc-

tura de la PNP como órgano de apoyo al Servicio de Sanidad, aduciendo un mejor accionar del policía contra el terrorismo, dependiendo directamente de la Dirección General de la PNP. Esto fue en el papel, pero, en la realidad, la PNP desapareció al servicio de la Sanidad, destruyendo toda la organización y reduciendo el "accionar" de esta dirección a cinco unidades operativas en Lima, incluido los hospitales Central y el B. Leguía.

La Dirección de Sanidad estaba supeditada al manejo de las direcciones (economía, logística, personal, etc.) de la PNP; hecho que se dio desde que fue incluida; cuando desaparece su estructura y organización, sale la Ley N° 27238, del 21 de diciembre de 1999, oficializando la desaparición de la Sanidad como Dirección, apareciendo como programa de bienestar y salud integral. De esta manera se mantenía centralizado el control y se usufructuaba la renta del presupuesto de la PNP.

Para brindar una atención integral de salud, se hace imprescindible apoyar el financiamiento de las metas que han sido presupuestadas por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en base al trabajo realizado a partir del 2003, al devolverle la autonomía presupuestaria a Sanidad. Al hacerse efectiva la R.M. N° 0749-2002-IN-0304, del 6 de mayo del 2002, y al aprobar la estructura funcional programática de la nueva Unidad Ejecutora 020: Sanidad PNP para el AF-2002, considerando que en los últimos 11 años la Sanidad no tenía un presupuesto, este fue absorbido y manejado por las direcciones (economía, logística, personal, etc.) de la PNP, incluyendo la farmacia de ventas del hospital central, que pasó a manos del Fondo de Bienestar de la PNP.

A fines de ese año se hace la entrega respectiva con deudas y un resto magro del presupuesto, llegando a efectivizarse en el año 2003.

Por R.M. N° 1735-2003-IN, nombran la Comisión de Reestructuración del Servicio de Sanidad de la PNP y del Fondo de Salud para el Personal de la PNP, con un Comité Técnico conformado por civiles: dos médicos empresarios privados de la salud, un administrador y un ingeniero agrónomo, con un nombramiento arbitrario. El Comité de Apoyo está conformado por miembros de la institución encargados de dar información al Comité Técnico, que emite un informe final en que se pretende tercerizar al Servicio de Sanidad y al Fondo de Salud Policial.

Los pacientes de los centros de salud y de los hospitales de la Sanidad de la Policía, por la naturaleza de sus funciones, precisan no sólo garantía en el cuidado integral de su salud, sino que, además de la atención médica que reciben, que esta se realice en forma oportuna, eficiente, con plena garantía de confidencialidad y seguridad de la información que se registra en sus historias clínicas.

Sin embargo, estos aspectos están siendo ignorados en detrimento de la calidad de atención. Así lo demuestra el informe elaborado por el Comité Técnico y el Comité Asesor de Reestructuración del Servicio de Sanidad y Fondo de Salud para el Personal de la PNP (Fospoli), en lo que han llamado la etapa inicial del proceso de reestructuración de la Sanidad policial.

Esta comisión constituida por R.M. N° 1735-2003-In. pretende desestimar la capacidad instalada y el potencial humano que tiene la Sanidad Policial, y recomienda como siguiente etapa la sustitución de los comités encargados de la evaluación por una unidad administrativa que forme parte del Mininter, asuma las funciones de la Unidad Ejecutora de la Sanidad Policial y administre el Fospoli, el que por ende dejará de tener un cuerpo administrativo propio, para convertirse en una cuenta contable.

Por qué razones no se le devuelve a la Sanidad el nivel que tenía en 1991: una organización dependiente de la Alta Dirección del Ministerio del Interior con autonomía

administrativa, técnica y presupuestaria, con un excelente desempeño y eficiencia en su gestión.

Las conclusiones de esta comisión desvirtúan el trabajo que ha venido realizando la Dirección de Salud de la Policía Nacional (Dirsal 2003) que el referido informe señala; por ejemplo, que la prestación del servicio de salud puede ser mejorada ejecutando decisiones que no exigen mayores inversiones, lo que resulta inconcebible si se tiene en cuenta la realidad por la que atraviesa la Dirsa y las necesidades que esta reclama de disponer de los recursos económicos necesarios que le son negados para la implementación de los objetivos trazados.

Sobre la prescripción de medicinas esta se realiza dentro del marco existente en el Petitorio de Medicamentos para el 2004, según las normas dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), encontrándose actualizado a la fecha, lo que limitará la prescripción de medicinas no consideradas en él. El Consejo de Administración del Fospoli se encuentra implementando las medidas de control para corregir cualquier situación

Al parecer, las autoridades han olvidado que la salud del pueblo no se negocia, más aun la que es subvencionada por el Estado.



Hospital central de la Policía

Debe ser autónoma

El exceso de personal, que refiere el informe ha sido originado por disposiciones de gobiernos anteriores, que promovieron su ingreso obedeciendo a decisiones políticas ajenas a la institución; actualmente personal administrativo se ha puesto a disposición de la Dirección General PNP, proceso que continuará hasta lograr una adecuada racionalización. La apreciación del Comité Técnico es muy generalizada, pues existe un déficit notorio de profesional médico.

En cuanto a los establecimientos, estos se están reestructurando para conformar 5 microrredes (Norte, Centro, Sur, Oeste y Este) para la atención integral de la salud de la población policial de Lima Metropolitana.

No hay renovación de equipos ni se da mantenimiento a los existentes, porque los magros recursos asignados a la Sanidad no lo permiten; no obstante, estos reducidos recursos son manejados transparente y eficientemente como Unidad Ejecutora 020. Los precios de adquisiciones son mucho menores que anteriores gestiones; ejemplode ello es el alcohol medicinal que se adquiría a 8.00 nuevos soles, hoy se compra a 1.48 nuevos soles e incluso se ha adquirido dos ambulancias, las que no se compraban desde hace 20 años.

En 1991, la Sanidad era una organización dependiente de la Alta Dirección del Ministerio del Interior con autonomía administrativa, técnica y presupuestaria, y un excelente desempeño y eficiencia en su gestión.

Esta comisión dice que "superar las deficiencias anotadas requiere no sólo de la decisión de realizar los cambios, sino de disponer de recursos, no siendo garantía que este curso de acción sea el más eficiente para alcanzar el objetivo de brindar un servicio de salud oportuno eficiente y de calidad, sobre todo si se tiene un exceso de capacidad instalada a nivel del sector privado y que este dispuesto a ejecutar un contrato con el Ministerio del Interior si se le garantiza una demanda potencial de 500,000 posibles pacientes".

Al parecer, las autoridades han olvidado que la salud del pueblo no se negocia,



más aun la que es subvencionada por el Estado.

LO INCONCEBIBLE

Se sabe que el Ministerio del Interior ha dispuesto la transferencia de 250,000 nuevos soles por cuatro meses del presupuesto de Sanidad para la compra de carros a los generales de la Policía. Nos preguntamos: ¿y los policías enfermos qué? ¿Si el presupuesto de la Sanidad es escaso por qué entonces se pretende quitarlo?

BUSCAN CONTRATAR LOS SERVICIOS DE ENTIDAD PRIVADA

La entidad privada tiene costos de servicios de salud que se van incrementando a medida que se sumen otras atenciones en el paquete de prestación y de acuerdo al número de integrantes por familia.

Contratar los servicios de una entidad privada de salud no garantiza servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad. La capacidad instalada de la Sanidad representa un costo para el Estado, que actualmente es competitivo con relación a otras entidades de salud y que no debe ser desestimado, más aun si se tiene en cuenta que, por el mismo costo, brinda atención integral, es decir, actividades de salud en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, del titular y sus familiares con derecho, incluyendo la atención de alta complejidad que ninguna entidad privada lo va a hacer.

El informe del Comité Técnico y del Co-

mité Asesor de Reestructuración del Servicio de Sanidad y Fondo de Salud pretende contratar los servicios de una entidad privada de salud, lo cual requeriría de un costo adicional para realizar dicho contrato. ¿Quién asumirá estos costos?, ¿acaso los titulares?, sabiendo que los sueldos del policía son bajos. El resultado sería una disminución del poder adquisitivo y, por ende, un impacto negativo en la economía familiar, mucho mayor dependiendo de los familiares dependientes que se tenga que asegurar.

Por otro lado, dependiendo de la posibilidad económica para contratar determinado tipo de servicios, éste sólo tendría acceso a un limitado paquete de servicios que pondría en peligro su salud y la de sus familiares cuando requieran atención especializada y compleja, como es el caso de enfermedades renales, del corazón, de cáncer, diabetes complicadas, accidentes de tránsito, e infecciosas, como el Sida y lesiones a causa de la acción ocupacional.

La Dirsal formuló el anteproyecto de presupuesto para 2004 por un monto total de 67'449.562 nuevos soles (bienes, servicios y bienes de capital), estableciendo además un monto de las necesidades indispensables, que asciende a 745,000 nuevos soles mensuales. De lo solicitado fueron aprobados 4'090,000 nuevos soles, equivalentes a 340,000 nuevos soles mensuales, los que se destinan para cubrir las necesidades mínimas, monto que resulta totalmente insuficiente para dar cobertura en el ámbito de la república.

Punto de Vista

El futuro del sistema de salud

La Sanidad policial se encuentra en pleno proceso de reestructuración, cuyo norte es incierto debido al hermetismo para conducir el proceso y la nula participación de la sociedad. Es increíble que aún no se haya definido la función rectora del Ministerio de Salud y de la Sanidad de Policía. Según las normas legales, la función rectora del sistema de salud le compete al Ministerio de Salud; sin embargo, definir las facultades, las competencias y las expectativas que le corresponden a la Sanidad debe quedar meridianamente claro para emprender su reestructuración. Este aspecto crucial debe coordinarse con el Minsa.

Por otro lado, la eficacia y la eficiencia del sistema de salud están en entredicho. Se gasta poco en salud es verdad, pero además se gasta mal. Por ello, es necesario definir el rol prestador, financiador y regulador del sistema de salud, de tal manera que por un sistema de trasvase de recursos de los diversos componentes del sector Salud se gane en eficacia y eficiencia.

Por ello, es contraproducente que la Sanidad policial empiece un proceso de reestructuración sin contexto macro y sin debate público, con la finalidad de conseguir legitimación social. Este último aspecto es importante, por obvias razones, en una institución no deliberante.

La historia de la Sanidad policial ha puesto en evidencia, una vez más, cómo se manejaron los recursos de esta a partir de 1991, al depender directamente del director general de la Policía Nacional. Esta autonomía presupuestal ha sido de alguna manera devuelta a partir del 2003, pero ahora pende como una espada de Damocles el impacto de la reestructuración en la autonomía de la sanidad policial.

Entre pasillos

Resulta que ahora el conocimiento no es importante

El editorial del diario El Comercio del día 9 de marzo, con justa razón ha puesto en tela de juicio el concurso actual para el nombramiento de los médicos, que convocó y dejó organizado el ex ministro de Salud Álvaro Vidal, donde el examen de conocimiento sólo representa el 5% de la evaluación general y la entrevista personal y experiencia del médico, 35% y 60%, respectivamente. Visión Médica se une a la crítica y se pregunta: ¿De esta manera aumentaremos la confianza y nuestro prestigio como profesión médica ante la población peruana? ¿En que país del mundo un concurso médico menosprecia las capacidades técnicas y científicas de los médicos...?

¡¡Tres minutos por paciente!!

Con enorme sorpresa hemos visto en los diarios que el decano de un colegio profesional, a propósito de conmemorar sus 40 años de vida institucional, ha estimulado la participación de una odontóloga en el concurso de Récord Guinness y van a premiarla por atender 317 pacientes en 24 horas. Entre el público atendido estuvieron: familias de escasos recursos, policías y niños de la calle. Nos cabe la siguiente reflexión: ¿Qué norma tenemos para determinar que sólo tres minutos son suficientes para atender a estos pacientes? ¿Pruebas de Récord Guinness se deben realizar con pacientes? ¿Estamos ante un problema ético? ¿Debe recibir un premio o una sanción...?

¿Consumen usted transgénidos?

Desde hace algunos años se ha iniciado un gran experimento en el mundo: con ingeniería genética se cambian genes de plantas y animales, «buscando ciertas mejoras», una mayor producción por hectáreas, de leche, resistencia a ciertas plagas, pesticidas, etc. Lo que no se menciona es que existe muy poco conocimiento del efecto a largo plazo de estas manipulaciones genéticas sobre todas las especies, incluido el ser humano. En la actualidad ya se presentan patologías como: alergias, enfermedades autoinmunes, envejecimiento prematuro de animales y el riesgo de grandes monopolios económicos de patentes por un cuarto de siglo para comprar especies vegetales resistentes a herbicidas que sólo pequeños investigadores manejan.

Cada quien a lo suyo

En el canal del Estado, los días miércoles, un programa familiar presenta a una obstetrix, que utilizando a un niño ha ido explicando el «crecimiento y desarrollo infantil». La AMP se pregunta por qué el Ministerio de Salud, el Colegio Médico y la Sociedad Peruana de Pediatría permiten que se realice esa labor sin tener la competencia profesional para ello... ¿Quién velará por los derechos de los niños?

Legal

Asociación Médica Peruana exige:

☛ La jornada laboral del médico: un derecho que se debe cumplir

La jornada laboral de los médicos es de seis horas diarias ininterrumpidas, de las cuales la consulta ambulatoria no podrá ser mayor a cuatro horas y las otras dos horas deben ser dedicadas a otras modalidades: la labor docente, administrativa, de investigación, producción u otras relacionadas con el acto médico. Esta aseveración se sustenta en el artículo 9 del D.L. N°559, Ley del Trabajo Médico. Dicha norma señala, además, que la jornada laboral es de seis horas diarias ininterrumpidas o su equivalen-

te semanal de 36 horas o 150 horas mensuales.

El artículo 10 de la Ley del Trabajo Médico enfáticamente subraya que la consulta ambulatoria no podrá ser mayor de cuatro horas diarias ininterrumpidas y las otras dos horas laborales deben ser diferentes a la consulta ambulatoria.

Sin embargo, los establecimientos de salud del sector público (Minsa, Essalud, sanidades militares, policiales y otros) incumplen sistemáticamente la

jornada laboral de los médicos, siendo Essalud la entidad más renuente a su cumplimiento, creando, inclusive, estándares basados en el número de consultas por hora y por seis horas.

La Asociación Médica Peruana, consciente de esta situación del gremio médico que afecta sus derechos, realiza un trabajo orientado a hacer cumplir la Ley del Trabajo Médico, habiendo conseguido ya que algunos hospitales reconozcan los legítimos derechos de los médicos. Es el caso de la clínica Ramón Castilla, de Essalud.

☛ Jefaturas de servicios y departamentos médicos por consumo

Los médicos vienen exigiendo el inmediato concurso para ocupar los cargos jefaturales de servicios y departamentos, tal como está estipulado en el Art. 19, D.L. N° 559 de la Ley del Trabajo Médico, que a la letra dice: «Las Jefaturas y Direcciones serán cubiertas únicamente por concurso; su desempeño deberá ser sometido a ratificación periódica y su ejercicio es a tiempo completo, en concordancia con la R.M.N°288-99-SA-DM y el R.M.N°289-99-SA-DM.

Asimismo, en el Reglamento de la

Ley del Trabajo Médico, D.S.N° 024-2001-SA, Art. 35, se señala que «los cargos son los puestos de trabajo a través de los cuales los médicos desempeñan las funciones asignadas. La asignación de un cargo responde a la necesidad institucional y debe respetar el nivel de carrera y especialidad alcanzados».

La misma norma señala además que «los cargos jefaturales de departamentos y servicios de los institutos especializados y hospitales se cubren mediante concurso y están sujetos al proceso de ratificación periódica. Por el

desempeño de dichos cargos, los médicos-cirujanos percibirán una bonificación por función directiva, cuya base de cálculo será la Remuneración Total Permanente».

En los últimos tiempos, los médicos se han topado con un nivel de resistencia de parte de las autoridades, al haber visto limitada su participación en la planificación de las reformas que se vienen implementando en lo que se ha denominado una nueva estructura de redes de atención en Lima, lo que ha significado además una preponderancia del elemento administrativo.

Cortitas legales...

En la sesión extraordinaria de la Comisión de Salud del 10 de marzo, sólo fue aprobado el dictamen de insistencia del Proyecto de Ley N° 3243/2002-CR, que declara de necesidad y utilidad pública el funcionamiento de un hospital en el distrito de San Juan de Lurigancho, de la congresista Judith de la Matta Fernández.

Pasó a informe el dictamen de los proyectos de ley N° 3347/2002-CR, N° 3609/2002-CR y N° 3387/2002-CR, que proponen modificar la regulación concerniente al nombre del hijo extramatrimonial, (autores: congresistas Héctor Chávez Chuchón, Víctor Valdez Meléndez y Luis Flores Vásquez).

Fue archivado el dictamen recaído en el Proyecto de Ley N° 8420/2003-CR, que propone la implementación de la política pública en prevención del suicidio, del congresista Xavier Barrón

Cabrejos; de igual forma, el dictamen del Proyecto 5349-2002-CR, que propone crear el Registro de Información de Pacientes que acuden a los centros hospitalarios y asistenciales, en situación de emergencia, autores: José Barba Caballero e Hildebrandio Tapia Samaniego), y el dictamen del Proyecto de Ley N° 8883/2003-CR, que propone incorporar a la Ley General de Salud Mental el título referido a la Salud Mental, del congresista Rafael Aita Campodónico.

Proyecto de ley de nombramiento de médicos contratados se posterga

Sobre el Proyecto de Ley de Nombramiento de Médicos Cirujanos Contratados N° 9314/2003 por servicios no personales en el Ministerio de Salud, presentado por el congresista Iván Calderón y la Asociación Médica Peruana, se votó por dos opciones: debate en el

día o su postergación para una próxima fecha, aduciendo quienes votaron por lo último que tenía que estar presente la ministra, a pesar de que ella comunicó con anticipación el motivo de su ausencia.

El empate de tres a tres fue dirimido dilatoriamente por el Presidente de la Comisión, Dr. Chávez Chuchón, quien votó a favor de la postergación, aludiendo que era necesaria una opinión más exhaustiva del Minsa.



Medicina al día

Logros en los últimos decenios para las mujeres

En estos días hemos escuchado comentarios sobre una serie de indicadores y cifras totalmente desalentadores para la mujer en comparación con los varones, con relación a la desocupación, menores sueldos, analfabetismo, violencia familiar, etc., a pesar de muchos años de lucha contra la discriminación por género.

Sin embargo, a pesar de atravesar momentos difíciles, especialmente en nuestro país, hoy se conoce que las mujeres somos genética y biológicamente más fuertes de lo que aparentamos, y las mujeres peruanas por demás hemos dado ejemplo de valentía en la conquista de nuestra independencia, de nuestra democracia y en la lucha cotidiana por la sobrevivencia en las peores épocas económicas, y como mujer me enorgullezco de ello.

Creo que en estos tiempos es difícil ser optimista, pero hay algunas razones para estarlo; por eso quiero compartir con ustedes una serie de logros científicos que las mujeres hemos conseguido en la última década del siglo XX:

- En la década del 70, las mujeres adquirieron mayor conciencia sobre sus cuerpos y su funcionamiento, gracias al aporte científico y al propio interés de ellas.
- En la década de los 80 se divulgó más sobre nuestras enfermedades, como el cáncer de mama.

En la década de los 90, finalmente, hemos reconocido que "la salud de la mujer implica mucho más que vigilar el funcionamiento de su sistema reproductor"; nos refiere la doctora Nancy Milliken, directora del Centro de Salud Femenina de la Universidad de California, en San Francisco. A las enfermedades cardíacas en las mujeres, a pesar de las altas incidencias, no se les daba la debida importancia, no eran incluidas en los estudios de ese tipo. Actualmente se conoce que los síntomas de un ataque cardíaco en una mujer son muy distintos a los de un ataque en el caso de un hombre, y que las consecuencias pueden ser mucho más graves.

- En esta década también "se han comprendido mejor las diferencias científicas básicas entre hombres y mujeres", declara la doctora Janet Pregler, directora del Centro de Salud Femenino Iris Cantor de UCLA, de la Universidad de California, en Los Ángeles. El estrógeno parece desempeñar un papel mucho más importante en la salud de la mujer relacionado con la inmunidad, depresión y la demencia en mayor grado que en los varones.

- El desarrollo de los antidepresivos, llamados inhibidores selectivos de recaptura de la serotonina, ha mejorado las opciones de terapia para depresión, enfermedad mucho más frecuente en las mujeres.

- En los últimos años se han desarrollado diversas técnicas para tra-

Dr. Flora Luna



tar la incontinencia urinaria en las mujeres, como anillos de estrógeno, descargas eléctricas, nuevas técnicas quirúrgicas, etc.

- Terminando el milenio, todos los médicos en el mundo somos conscientes de que la violencia doméstica es más frecuente de lo que se cree y se están diagnosticando más casos de abuso físico. Sin embargo, países desarrollados y subdesarrollados como el nuestro carecen de un manejo integral del problema para prevenirlo y disminuirlo drásticamente.

Actualmente, todos los médicos peruanos (especialmente las mujeres) confiamos en que la presencia de dos mujeres en el Ministerio de Salud y de la Promoción de la Mujer y Desarrollo Social, Pilar Mazetti y Ana María Romero, con la personalidad que las caracteriza, trabajarán coordinadamente para disminuir las cifras estadísticas de este vergonzoso problema.

Finalmente, quiero comentarles que en los países desarrollados se avizora una feminización de la carrera médica; varios países europeos cuentan con más del 50% de médicas mujeres, número que va en aumento año a año. Este fenómeno intenta explicarse por una demanda de la población que reconoce en las mujeres una mejor relación médico-paciente y un desempeño profesional muy comprometido.

Entre pasillos

Cuestión de términos

En las iniciativas legislativas que el Consejo Nacional de Salud ha propuesto, existe una falta de definición y revisión del alcance legal de ciertos términos que se usan indistintamente de manera errónea, como son: paciente, cliente, usuario, protocolo y el consentimiento informado. Las autoridades de Salud y todos los colegas deben conocer el estatus jurídico de todos estos términos, especialmente del Protocolo y Consentimiento Informado, que sólo benefician a los seguros privados y que, por la nefasta experiencia de los países desarrollados, nosotros deberíamos rechazar.

Sin control de calidad

En los medios de prensa han estado discutiendo periodistas, químicos farmacéuticos, un directivo de Digemid y un ex ministro de Salud, el por qué los médicos usan medicamentos de marca en vez de medicamentos genéricos. Sin aclarar a la población que en nuestro país no se realiza control de calidad de ninguno de los dos tipos de medicamentos y que el Registro Sanitario es automático. Este se expide en siete días después de presentar sólo un documento con las características de la droga.

Más discriminaciones en salud

Nuevamente se anuncia con gran pompa la aplicación ISO 9000 para el sector privado. El 90% de los médicos que trabajamos en el sector público nos preguntamos ¿cuándo se cumplirán las normas de acreditación también para las instituciones públicas: Minsa, Essalud, FF.AA. y sanidades y las "Clínicas de la Solidaridad de las Municipalidades"? Los médicos creemos que por respeto a la dignidad de las personas (médicos y pacientes) no deben existir dos tipos de estándares de atención.

¿Profesional en educación?



El primer pedagógico mixto de La Molina te ofrece:

- Educación inicial**
- Educación primaria**
- Educación secundaria**

Con especialidad en Lengua y Literatura

Prácticas en el Grupo Educativo Claridad



instituto
PEDAGÓGICO

INSTITUTO PEDAGOGICO CLARIDAD

25 años cuidando mentes geniales, un cuarto de siglo educando

4 de abril
Examen de admisión 2004

- Nivel universitario
- Carné de medio pasaje
- Título a nombre de la Nación

Institutoclaridad@hotmail.com - www.claridad.edu.pe
Pablo de Olavide 245 - Santa Raquel - La Molina
(altura de la cuadra 9 de la Av. Constructores)
Horario de atención de 8:00 a 19:00 horas
Telf. 348-9619 / fax: 349-3416

sí puedes!

Al cierre

Asociación Médica Peruana plantea iniciativa legislativa

Nombramiento médico en el sector público

El Proyecto de Ley de Nombramiento Automático de Médicos Cirujanos contratados N° 9314/2003 en el sector público, presentado por la Asociación Médica Peruana y el congresista Iván Calderón, fue dilataado hasta próxima fecha, en una votación de 3 a 3 decidida con el voto dirimente del presidente de la Comisión de Salud, Héctor Chávez Chuchón, quien justificó su voto con la necesidad de una opinión más exhaustiva del Minsa.

Dicho proyecto se fundamenta en que el actual concurso de nombramiento no resuelve el problema, debido a que las plazas que se ocuparon son sólo 630 frente a más de 5000 médicos contratados, dejando a la población peruana sin poder ser atendida en los establecimientos del Sector Público Nacional, por no contar con el número necesario de galenos nombrados que abastezcan la gran demanda que existe.

Este hecho se remonta a 1988, desde cuando los establecimientos de salud han venido supliendo temporalmente la necesidad de atención médica, contratando servicios no personales de médicos.

El nombramiento de médicos se hace indispensable para que la atención que los pacientes reciben en las instituciones jerarquizadas goce de la libertad de conciencia del médico, y para que esta no se vea coaccionada.

La AMP señala que si bien los médicos han sido contratados para realizar labores de naturaleza temporal, en función al principio de primacía de la realidad, la labor que estos médicos han venido desempeñando es de naturaleza permanente y ya casi el 50% de la atención médica que ofrece el Sector Público Nacional es a través de médicos contratados por servicios no personales.

Para los efectos de este proyecto de

ley, el nombramiento automático de los médicos cirujanos en servicio consideraría el mérito de haber permanecido en calidad de contratados por instituciones públicas y desempeñándose como médico, garantizando de esta forma que el Sector Público Nacional tendrá la cantidad de médicos requeridos para atender a la población con escasos recursos.

“La norma propuesta no acarrea costo para el Estado, pues se respeta el techo presupuestal aprobado y sólo se autoriza la transferencia de dinero de la partida genérica 3 (servicios) a la partida 1 (remuneraciones), ya sea que provenga del Tesoro Público o de los fondos directamente recaudados por los propios establecimientos en los que trabajan; los beneficios en cambio sí son tangibles, pues al asegurarse una mayor cobertura de atención médica a favor de la población de menores recursos, se mejora sustancialmente la situación de la salud pública y se evita ma-

yores gastos en el futuro”, señalaron los dirigentes de la AMP.

A pesar de que el artículo 15 de la Ley del Trabajo Médico, DL 559, establece que el ingreso a la carrera médica en condición de nombrado se realiza mediante Concurso Público, esta norma en general no se ha respetado, ya que la gran mayoría de los médicos son contratados.

El artículo 13 de la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Público, DL 276, establece que las vacantes se establecen en el presupuesto de cada entidad. El artículo 15 de esta misma ley establece que el personal contratado para realizar labores permanentes por más de tres años podrá ingresar a la carrera administrativa.

La norma propuesta constituye una excepción al artículo 15° de la Ley del Trabajo Médico, DL N° 559, y al artículo 13 y 15 de la Ley de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y de la Ley de Presupuesto del Sector Público.

Libre elección de sistema de pensiones

Exigen la libre desafiliación de las AFP

Recientemente, el Congreso de la República aprobó el proyecto de ley que permite la libre desafiliación del Sistema Privado de Pensiones (SPP), lo que significa que los trabajadores podrán salir de las AFP y regresar al Sistema Nacional de Pensiones (régimen 19990) que administra la Oficina de Normalización Previsional (ONP).

Los sistemas abiertos de libre afiliación y desafiliación obligarían a todas las empresas a brindar mejores servicios y a buscar mejor rentabilidad de los fondos, y hay que recordar que las AFP han comprado bonos del Estado,

volviendo a costumbres que llevaron al colapso del antiguo IPSS.

La Asociación Médica Peruana ha venido recibiendo numerosas quejas de médicos pensionistas que tienen una jubilación anticipada en las AFP y, por lo tanto, reciben pagos menores que con el Sistema Nacional de Pensiones, pero lo que resulta más inhumano e inconcebible todavía es que estos médicos, en gran parte adultos mayores, se quedan totalmente desprotegidos, sin atenciones de salud.

Por la importancia del tema, el ministro de Trabajo, Javier Neves Mujica, ha planteado que sea analizado al in-

terior del Acuerdo Nacional, que agrupa a todos los sectores involucrados. Esperamos que los tres millones de peruanos que se encuentran afiliados en las AFP puedan decidir libremente su desafiliación; queda pues al Pleno del Congreso y al Ejecutivo permitirlo.

El Movimiento de Desafiliación de las AFP del Perú, con la asesoría de la Asociación Médica Peruana, tuvo una reunión de trabajo con el presidente de la Comisión de Seguridad Social, Rafael Valencia Dongo, donde se expresó la exigencia de la libre desafiliación de los ciudadanos.



Estuvieron presentes el secretario general de esta agrupación, Leopoldo Salazar Rojas; la presidenta de la Asociación Médica Peruana, Dra. Flora Luna, y el presidente del Consejo de Vigilancia, el Dr. Herberth Cuba.

Punto de Vista

El Perú es un país de inesperados cambios, de inestabilidad política, económica y social. Un sistema de pensiones tipo AFP, de capitalización individual. Es atractivo en la medida, en que los indicadores macroeconómicos se mantengan estables por 30 años. Los aportes en soles, la precaria relación del salario real frente al nominal, la inflación, el uso del Estado de los fondos de los pensionistas a través de la venta

de bonos del Estado a las AFP (150 millones de dólares), el riesgo de quiebra de las empresas donde las AFP colocan el dinero, sea del país o del extranjero, el rol del Estado en la regulación y control, etc., demuestran la fragilidad del sistema y el riesgo en que se encuentra la pensión de los peruanos.

La cantidad de variables tan sensibles en la memoria de los peruanos, como la hiperinflación, la devaluación, la variación del salario real frente al nominal, incluyendo el cambio de mone-

da, y sobre todo, la deuda impaga que mantiene el Estado al IPSS, hoy ONP, hace difícil comprender el fanatismo en la defensa del Sistema Privado de Pensiones.

A pesar de que el Gobierno promete mantener los indicadores macroeconómicos, la disciplina fiscal, evitar la inflación, etc., hay aspectos que escapan al control estatal, como el riesgo de las propias inversiones. Teniendo en cuenta lo diminuto que es el mercado de capitales y el escaso po-

der adquisitivo de los peruanos, conseguir alta rentabilidad económica de los fondos de las AFP en el Perú es todo un reto; por ello, estas propugnan salir del país e invertir en el extranjero, con lo cual el control del Estado es menor.

La propuesta de la libre afiliación y desafiliación permite al ciudadano escoger libremente el sistema de pensiones de su elección y agrega competencia. Es importante aumentar rentabilidad y seguridad sin perjudicar el libre mercado.