

VISIÓN

Médica

«Una multitud sin cabeza es inútil»

Maquiavelo

Año 1 Número 7

Del 1 de setiembre al 15 de setiembre del 2004

►► Gestión de ministra Pilar Mazzetti es ineficaz y caótica

MINISTERIO DE SALUD A LA DERIVA



Graves denuncias de corrupción recaen sobre viceministro de Salud, Henry Zorrilla Sakoda

Página 8

Funciones esenciales de la salud pública

Página 2

Descalabro en norma técnica de historias clínicas

Página 3

Balance de la gestión del Gobierno en salud

Página 4 y 5

Cuestionada política de Essalud

La situación del servicio de Essalud cada vez se hace más crítica. La demanda de pacientes es cada vez mayor en el área de emergencia, y el sistema de generación de citas es tan caótico que estas pueden demorar inclusive hasta tres meses.

En el caso del Departamento de Emergencias del Hospital Edgardo Rebagliati, que atiende el 60% de las emergencias del total de hospitales de Essalud, se han visto rebasadas sus capacidades de infraestructura, equipo y personal

médico, lo que deriva en el hacinamiento, demora en la atención, hospitalizaciones prolongadas de emergencia y, como consecuencia, aumento en el riesgo de las complicaciones.

La Asociación de Médicos Emergenciólogos de este importante nosocomio ha señalado que la causa de la grave crisis radica en la inadecuada distribución de recursos económicos, deficiencia en la implementación de otros hospitales y policlínicos, mala organización del sis-

tema de atención en consulta externa y en áreas hospitalarias. Por su parte, el Dr. Hermes Velásquez Chamocho, presidente del cuerpo médico ha denunciado de igual forma el hacinamiento y la falta de equipos.

A pesar de esta situación, se advierte un plan para disminuir el número de médicos emergenciólogos, poniendo, como es de suponer, en peligro la vida de los pacientes y aumentando el riesgo de negligencias médicas.

Editorial

Minsa a la deriva

¿A dónde va el sector Salud?, ¿qué impacto se busca?, ¿qué áreas priorizar? ¿en qué forma se produce y qué estrategias aplicar en función de metas?, ¿quiénes producen los servicios de salud?, ¿qué rol tienen y como los desempeñan las instituciones del Minsa?... Estas son sólo algunas preguntas que deberían plantearse los funcionarios del Gobierno y, como es obvio, formular propuestas coherentes en favor de la salud del país.

Es lugar común señalar los pésimos indicadores de salud que posee nuestro país. Detrás de estas cifras hay dolor y muerte. El manejo poco juicioso de la cosa pública, unido a la impunidad en alianza con aristocracias sindicales, convierte al sector Salud en una nave a la deriva. Esto ha llevado a una pérdida de la línea de autoridad, a la politización y a las cuotas de poder. La unidad de mando se ha roto y actores subalternos desempeñan funciones superiores. Se ha estimulado la labor sindical gremial y existe alta tolerancia al conflicto social. La firma de actas de compromiso se ha hecho costumbre. La ineficacia, la ineficiencia y la corrupción del sistema de salud hace inalcanzable cualquier monto presupuestal que se asigne.

Por si fuera poco, el desconocimiento de la realidad sanitaria es patético. Por ejemplo, plantear que en 7 provincias donde reside el 50% de la población, el 40% no tiene acceso a la salud, y en 189 provincias donde reside el otro 50% de la población, no tiene acceso a la salud el 70%, nos lleva a la conclusión de que casi 15 millones de peruanos no tendrían acceso a la salud. Hecho absolutamente falso. Hay que aclarar que la atención de salud (promoción y prevención) llega hasta el 90%. Sin embargo, la exclusión reconocida por los estudiosos en atención médica es de 25% de la población. El drama del Perú es la exclusión de atención médica. Además, el Seguro Integral de Salud, el año 2003, ha subsidiado 2,739 cesáreas a la quinta parte más pobre de la población y 14,399 cesáreas a la quinta parte más rica del país. Es decir, el Minsa se dedica a subsidiar a la población más rica y a ampliar la brecha de inequidad entre ricos y pobres, sin que nadie atine a hacer algo.

Uno de los bienes más preciados de los sistemas de salud es el resguardo de la intimidad de los pacientes. Sin embargo, el Minsa ha promulgado una norma de historias clínicas que viola la intimidad y los derechos humanos de los pacientes. Además horroriza el anuncio que todavía falta promulgar el sistema de referencia y contrarreferencia, la categorización hospitalaria y el sistema integrado de información. El poco conocimiento técnico y el desprecio demostrado por los derechos humanos de los pacientes, hacen que exijamos, por lo delicado de la información médica, un amplio debate técnico y público de dichas normas y, como primer paso, que se derogue la norma de historias clínicas.

Visión Médica ha elaborado un balance de la gestión de salud del actual gobierno y ha focalizado la actual gestión ministerial. Esperamos que el esfuerzo sea apreciado por el Ejecutivo, el Congreso de la República y todos los actores involucrados y que hagamos una gran cruzada nacional en pro de la salud de nuestro país.

Funciones esenciales de la salud pública

Los países de América Latina y el Caribe ya han cumplido casi dos décadas de ensayos y errores con relación a sus procesos de reforma, iniciados no por el convencimiento real de sus gobernantes o sus actores involucrados, sino por presión de los organismos internacionales, llámense Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) o la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), etc.

En 1994 se realizó la Cumbre de las Américas, ratificada nuevamente en el 2004, donde los diferentes gobiernos se han comprometido a llevar a cabo una **Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe**. Se han extrapolado experiencias que muchas veces no han sido beneficiosas, por ser verticales y no concordar con las necesidades específicas de cada país. Los procesos de reforma a partir de la década del 90 significaron cambios estructurales con reducción de personal de salud, pérdida de beneficios sociales, reducción del presupuesto público en salud y un alza de las tarifas hospitalarias, conocida como "sinceramiento de costos", y que condicionaron hasta la fecha la exclusión de atención médica de un 25% de nuestra población, coincidentemente, la más pobre.

La Asociación Médica Peruana tiene muy claro que es el médico quien tiene que liderar los procesos de reforma sanitaria y del equipo de salud, porque su vasta preparación le da esa visión integral que se necesita para hacer realidad las funciones esenciales de la Salud Pública y de los sistemas de salud. La equivocada y fracasada experiencia de Alma Ata, "Salud para todos en el año 2000", es un buen ejemplo, para que no se repita, dado que allí, por razones de "abaratamiento de costos", se excluyó al médico en el liderazgo del equipo de salud.

Las funciones esenciales de la Salud Pública son las capacidades necesarias para mejorar las intervenciones en ella. La Asociación Médica Peruana enfatiza la evaluación del desempeño y liderazgo de los funcionarios del Ministerio de Salud y de los demás actores involucrados en la salud pública, por lo que exige una medición y contrastación entre las políticas y las metas, la valoración de la eficacia y la eficiencia del sector Salud. En el Perú, esta tarea es imposible. La falta de cifras, de estadísticas confiables y recientes ha sido demostrada por el propio viceministro de Salud en una reciente exposición a los funcionarios de la OPS.

Una de las grandes ventajas de adoptar el mismo patrón de intervenciones y evaluación de las funciones esenciales de la salud pública en las Américas es que nos permite un norte más claro en las intervenciones sanitarias, compararnos con otros países y, sobre todo, evaluar el desempeño e impacto de los sistemas de salud. A renglón seguido presentamos las funciones esenciales de la salud pública,

para que la profesión médica juzgue nuestra realidad y culmine con propuestas. Veamos:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (Por regiones, departamentos, provincias, distritos, etc.)
2. La vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños para ser proactivos y no reactivos.
3. La promoción de la salud (¿Cuándo consideraremos los indicadores positivos? Por ejemplo, no sólo las tasas de morbilidad sino cómo mejorar el talento infantil o el desempeño laboral de los peruanos).
4. La participación de la comunidad para resolver sus problemas, no para beneficio personal, partidario o de grupo. ¿Cuál es la posición oficial del Minsa en relación a los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS)?
5. El desarrollo de políticas y la capacidad institucional para planificación y gestión (Las últimas acciones del Minsa muestran indicadores de gestión que llegan sólo al 40%...)
6. El fortalecimiento de la capacidad de regulación. Normar a todos los sectores y que las normas se cumplan para todos. No es posible tolerar por ejemplo los "buses de la solidaridad", que no cumplen ninguna norma de acreditación y siguen funcionando, con la excusa de atender a los pobres.
7. El acceso más equitativo a los servicios de salud, inclusive de los más pobres.
8. El desarrollo y capacitación de los recursos humanos para mejora del desempeño.
9. La garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios.
10. La investigación para resolver nuestros problemas y salir del subdesarrollo
11. La reducción del impacto de las emergencias y desastres. Los peruanos necesitamos políticas y estrategias adecuadas para evitar desgracias como las de Mesa Redonda, Utopía, etc., así como accidentes de tránsito múltiples y repetitivos.

La Asociación Médica Peruana reconoce que las funciones de la Salud Pública son vastas y complejas, Por lo tanto, nuestras autoridades deben hacer el esfuerzo por cumplirlas, cuantificarlas y monitorearlas, para mejorar el desempeño y eficacia del sector Salud y, de ser necesario, corregir a tiempo, porque los ensayos y errores en este caso pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte de muchos peruanos.



Dr. Flora Luna
Presidenta de la AMP

Los procesos de reforma a partir de la década del 90 significaron cambios estructurales con reducción de personal de salud, pérdida de beneficios sociales, reducción del presupuesto público en salud y un alza de las tarifas hospitalarias, conocida como "sinceramiento de costos", y que condicionaron hasta la fecha la exclusión de atención médica de un 25% de nuestra población, coincidentemente, la más pobre.

VISION Médica

Es una publicación 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.

Entre pasillos

¡A respetar la propiedad intelectual!

Qué pena que en el Congreso se elaboren proyectos de ley sin respetar la propiedad intelectual de los creadores. Ahora quieren discutir una Ley de Aseguramiento Universal como descubridores de la pólvora. Señoras y señores: ¿acaso esa propuesta no fue realizada por un médico en el año 1994 y fue entendida por la mayoría de los médicos y funcionarios de la época...? Algunos asesores leyeron al autor, pero no sabemos por qué no lo mencionan...los denunciaremos a Indecopi. ¿Se corregirán con esto...? ¡Ojalá!

¿Qué pasó con la ley de transgénicos?

En la Comisión de Salud se archivó un proyecto de ley sobre los alimentos genéticamente modificados, o también llamados transgénicos. La Asociación Médica Peruana muestra su preocupación por este hecho ya que es importante tomar conciencia de que este tipo de alimentos no son inocuos, y el no tener una legislación al respecto nos convertirá en "los mejores conejillos de Indias de la región". Señores congresistas, acuérdense que ustedes y sus familias y los hijos de sus hijos y sus próximas generaciones también sufrirán los efectos.... ¡Manos a la obra, a corregir esa falta!

¡Cuidado con la nueva ley de medicamentos!

Ad portas de realizarse el TLC, en la Comisión de Salud del Congreso se pretende aprobar una nueva Ley de Medicamentos que facilitará su ingreso a los que nunca pasaron los controles de las farmacopeas americanas o europeas. Se hará tabla rasa de la propiedad intelectual, y además, se incentivará la venta irracional de medicamentos, dado que ningún artículo menciona que la prescripción la deban realizar sólo los médicos. Estos se podrán vender en cualquier sitio, no sólo en las boticas y farmacias, y las recetas podrán ser cambiadas por quien sea y por lo que sea. Los psicotrópicos o analgésicos potencialmente adictivos ya no se controlarány si Ud. está preocupado por la calidad, adivine quién hará la supervisión...la OMS. No vale reírse, esto no es una broma. Este organismo internacional no tiene esa misión. La AMP espera que esta ley sea archivada.

¡Alerta peruanos!

Conversando con algunos médicos de las clínicas privadas, hemos evidenciado que nuestro temor al oligopolio creado por las compañías de seguros es ya una peligrosa realidad. Las EPS, en vez de asumir el riesgo de las atenciones de salud, como todo seguro debiera hacerlo, en la actualidad lo transfieren a las clínicas, pagando montos fijos por la atención de los pacientes, lo que está llevando a la quiebra a muchas clínicas privadas. Es obligación de los médicos alertar a la población en general sobre esta política despiadada de abaratamiento de costos de los seguros y de algunas clínicas, que está poniendo en riesgo la salud y vida de los pacientes y, además, aumentará injustamente los litigios por responsabilidad profesional y ubicará a las clínicas como terceros civilmente responsables.



Hernán Piero Cuba García
Asesor legal de la AMP

Descalabro en la Norma Técnica de la Historia Clínica

El Ministerio de Salud emitió, el pasado 27 de julio, la RM N°776-2004, aprobando la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.01, que regula la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado. Esta medida, lejos de proteger y defender la relación médico-paciente, la perjudica y atenta contra los derechos humanos. Aquí, algunos conceptos que desafortunadamente definen la norma de modo equivocado, y que se convierten en las principales razones por las que los médicos deben exigir su pronta derogación.

1. Considera la historia clínica como un documento, sin tener en cuenta que es una declaración del médico.

2. La norma indica que las atenciones de salud de cualquier profesional son registradas en la historia clínica, desconociendo que sólo existe historia clínica cuando el paciente es atendido por un médico.

3. La atención de salud es definida como el conjunto de acciones que realiza al paciente cualquier profesional de salud no médico, olvidando que las atenciones de salud están supeditadas al acto médico, confundiendo las atenciones de salud con acto médico.

4. El acto médico es entendido como modalidades de trabajo médico, dejando de lado que el acto médico es la relación médico-paciente y las modalidades del trabajo médico son: asistencial, docente, de investigación, administrativo, auditoría y peritaje. Es lamentable que se confunda el acto médico con las modalidades del trabajo médico y se cite, inclusive, un Código de Ética del Colegio Médico derogado.

5. Se señala como alta del paciente el retiro voluntario o fuga cuando, en realidad, el alta es una decisión de carácter médico. Los médicos deben saber que el alta voluntaria o fuga es peligrosa para el paciente y le acarrea problemas legales.

6. El empeoramiento del estado de salud de un paciente se considera como un motivo de alta, lo que resulta irónico, ya que el médico no decidiría dar de alta a un paciente que estuviera en peor estado al que ingresó.

7. La norma crea el término "médico tratante" para permitir que las autoridades policiales y judiciales puedan diferenciar entre los médicos que atienden a pacientes de los médicos que se desempeñan como directivos, autoridades, funcionarios, consultores, auditores u otros, sin considerar que, ya hace mucho tiempo, al médico que atiende a pacientes se le denomina "médico asistente".

8. Contrario a la ley general de salud, la atención médica de los pacientes requiere un consentimiento informado y lo que es peor, para el retiro voluntario sólo se requiere de una constancia de la decisión del paciente, a fin de que este asuma las consecuencias de su decisión (lesiones o muerte), lo

que genera eutanasia social, con la finalidad de ahorrar costos para beneficiar a terceros. Esto, como es obvio, expone a los médicos a que sean denunciados por el delito de omisión al socorro.

9. Se confunde al paciente con el usuario, sin tener en cuenta que el paciente no tiene tiempo para elegir su atención, lo cual es aun más latente en la atención de emergencia.

10. La medida toma la decisión de que en los establecimientos de salud se realicen actividades sanitarias por profesionales de la salud no médicos en lugar de actos médicos. Sin considerar que lo que busca el paciente en un establecimiento de salud es un acto médico.

11. Ilegalmente se pretende que el Comité de Historias Clínicas sea integrado por cualquier profesional, técnico asistencial y personal administrativo, cuando el artículo 185 del Reglamento General de Hospitales del Sector Salud, D.S. 05-90-PCM, establece que debe estar a cargo de los médicos que integran el cuerpo médico del establecimiento de salud.

12. Mediante la sectorización geográfica se introduce un sistema de atención médica monopólico –público o privado– ya que asigna a los pacientes a un determinado establecimiento de salud. Este hecho recorta la libertad del paciente de elegir a su médico y su establecimiento de salud. La ficha de transeúnte sería la excepción.

13. Finalmente, la norma confunde la Ficha Familiar con la Historia Clínica, mal llamada Historia Clínica Familiar. El aspecto social es más importante que el aspecto médico en la ficha familiar. Introducir la historia clínica de cada paciente viola la intimidad del paciente al colocarla a disposición del personal de salud encargado de realizar la Ficha Familiar. Además, con ello se implementa un sistema de atención monopolístico que no respeta la autonomía del paciente y que ha demostrado en muchos países su ineficiencia por los altos costos.

La Asociación Médica Peruana y su Oficina de Asesoría Legal presenta estas observaciones, señala lo inconveniente de esta norma y exige a la ministra de Salud la pronta derogación de la RM N°776-2004, debido a que no se ciñe a las necesidades de la salud de nuestro país.

ASOCIACIÓN MÉDICA PERUANA

Programa académico

4 y 5 de Setiembre

Los aspectos éticos y sociales de los pacientes crónicos y las terapias paliativas

Cursos mensuales dirigidos a médicos y estudiantes de medicina

Informes e inscripciones: Jr. Camaná 381, of. 207 Lima 1
Teléfonos: 247-4590, 427-7578, 3210037

9 y 10 de Octubre

Especialidades medicas y los avances de la genética: Estudios del genoma y tratamiento

6 y 7 de Noviembre

La salud de los niños, como curarla, prevenirla, promocionarla. La influencia del factor ambiental. ¿cómo desarrollar el talento infantil?

4 y 5 de Diciembre

Los médicos y la salud ocupacional: Aspectos legales y conceptos fundamentales

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

► Colapso es similar a los niveles del inicio de la década pasada

Balance de la gestión

El actual mandato del presidente Alejandro Toledo, en lo que a salud pública se refiere, está llevando a suculencia a lo largo de las gestiones de los ministros Luis Solari, Fernando Carbone, Alvaro Vargas Llerena y de los hospitales por falta de presupuesto, el fracaso del Seguro Integral de Salud (SIS), las condiciones de Salud, que por su naturaleza social debería beneficiar a la población desprotegida, termina favoreciendo

Los recursos humanos del sector Salud

La gestión de los recursos humanos del sector Salud tiende a ampliar la brecha de la inequidad laboral y de la inequidad en la atención de salud a la población. De persistir en la misma política, se transformará en una "bomba de tiempo".

Un aspecto es la designación de los cargos «a dedo» en puestos que por ley deberían hacerse a través de concurso. Se ha dado cumplimiento a los concursos para directores generales de los hospitales del sector, pero esto no se cumple con los directores de menor jerarquía, y menos aun, con las jefaturas. Estas irregulares designaciones desde la sede central del ministerio continúan inclusive sin la anuencia de los propios directores generales concursados. Es decir, un director general no escoge (selecciona) a sus más cercanos colaboradores. Esto genera una serie de conflictos y ha convertido al sector Salud en un botín de los funcionarios de confianza, que además tienen el récord de ser los mejor pagados de toda la historia del Perú.

Un poco de historia

En el año 1990 hubo un colapso funcional en el sector Salud. Hasta ese año, en los hospitales, las consultas eran casi gratuitas. A partir de 1991, el Gobierno autoriza a los hospitales a cobrar una suma simbólica, cada vez más creciente. Esta medida, duramente cuestionada, tuvo a la larga, de alguna manera, una consecuencia positiva, por-



que con el dinero recaudado por las tarifas cobradas a la población o pacientes, se empezaron a comprar los insumos necesarios para mantener los equipos, abastecer de medicamentos, insumos y otros. Esta cuestionada política excluyó de atención médica al 25% de la población más pobre del país.

La actual gestión del presidente Alejandro Toledo, con el Decreto de Urgencia N° 088-2002, señala que en adelante los trabajadores del sector Salud recibirán cuatro tipos de incentivos: Responsabilidad Administrativa (hasta 12,000 soles), Asesoría Especializada (hasta 8,000) y Productividad (hasta 660 soles) y otros como canastas de víveres, etc., todo proveniente del dinero recaudado de los recursos propios y de alguna transferencia del tesoro público.

Esto, como es obvio, ha generado que el servicio de atención al paciente sea cada vez más caro e ineficiente, aumentando la exclusión ya de por sí enorme, pues parte del presupuesto que se destinaba a mejorar el abastecimiento de medicamentos, insumos y al mantenimiento de equipos se transfiere al pago de los referidos incentivos. En otras palabras, los pacientes pagan todo y más caro, mientras ha disminuido la calidad de la atención, los insumos, equipos y el mantenimiento.

La exclusión social se ha incrementado y, lo que es peor aun, estamos alcanzando el empobrecimiento y caos de los inicios de los años 90. Por ejemplo, el conflicto laboral se ha incrementado debido al pago de los famosos incentivos. Los directores deben discutir un pliego de reclamos mensual que, luego de tediosas negociaciones, termina excluyendo a algunos grupos ocupacionales para incluir a otros, pero lo que es más grave, y en el corto plazo traerá efectos devastadores en el potencial humano, es que los incentivos eluden todo premio a la capacitación y mayor formación, habiéndose iniciado una peligrosa nivelación hacia abajo.

Se premia a los grupos menos capacitados y más numerosos, aunque con cifras irrisorias para justificar los elevados incentivos a los altos funcionarios de confianza. La población profesional, médicos y otros profesionales de la salud ven menguados sus ingresos. Los incentivos no guardan equilibrio y amplían la brecha de inequidad.

Los funcionarios de confianza perciben sus incentivos inalterablemente, mientras que a los trabajado-

res a quienes les corresponde la suma de 660 nuevos soles (según normas) se les paga de acuerdo con lo recaudado. Por ello, en la práctica, el estímulo económico es sólo de 150 soles en promedio. El caos laboral descrito no es sino la gota que hacía falta para poner en evidencia el colapso hospitalario del Perú: falta de equipos, insumos, medicamentos, infraestructura, mantenimiento, conflicto laboral, ampliación de la inequidad remunerativa y corrupción.

El problema del Seguro Integral de Salud

El Seguro Escolar Gratuito, iniciado en 1998, fue cambiado por el Seguro Integral de Salud en el año 2001, con el presidente Alejandro Toledo. Cabe recordar que el Seguro Escolar Gratuito se implementó con un doble propósito. Por un lado, subsidiar a la población escolar más pobre del país, y por el otro, combatir el ausentismo escolar, usando el propio seguro como estímulo.

El presupuesto asignado fue magro: 100 millones de soles para el primer año. El impacto en la salud escolar fue enorme. El control del gasto era doble y mutuo. Por un lado, controlaba el director de los colegios, y por el otro, los directores y jefes de los centros hospitalarios. El sistema de afiliación era sencillo, bastaba estar matriculado y acudir a clases. La focalización de la población objetivo era clara. Sin embargo, el sistema era cerrado, excluía a los niños muy pobres que ni siquiera acudían al colegio estatal. Había niños con posibilidades económicas que se beneficiaban del seguro, sobre todo en provincias, donde el colegio estatal es el único que existe. El Seguro Escolar Gratuito tenía muchas exclusiones, es decir, había enfermedades que no eran cubiertas.

El Gobierno de Transición inició una serie de reformas al Seguro Escolar Gratuito, incluyendo el Seguro Materno Infantil que como plan piloto se venía desarrollando en algunos departamentos más pobres del país, unificando en un solo ente, llamado Seguro Público. Este proyecto, por el corto tiempo del Gobierno de Transición, sólo avanzó en el plano conceptual. Es en el gobierno del presidente Toledo que se crea el Seguro Integral de Salud con casi el mismo presupuesto, pero con una población beneficiaria mucho mayor.

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene un nombre pomposo cuyo afán es demagógico porque no es integral sino básico, es decir, cubre un número reducido de enfermedades, las más comunes. El financiamiento es reducido; por ejemplo, se tiene presupuestado, para el 2003, 17.50 soles por paciente atendido. Aclaremos que se

refiere a paciente atendido y no a persona afiliada. Es decir, la cifra por afiliado es de unos cuantos soles.

La norma legal que crea el SIS es genérica, y no tiene financiamiento establecido. Se intenta subsanar esa omisión con la creación de un fondo de financiamiento (FISSAL), pero que no precisa el origen de los fondos, ni los topes. Es decir, es un fondo virtual. Además, los planes de salud tienen muchas exclusiones, aún mayores que las del Seguro Escolar Gratuito. El trámite del aseguramiento es engorroso, ni qué decir del proceso de selección y focalización (análisis de la pobreza y los criterios de inclusión / exclusión). No existe ningún criterio fiable; en el fondo se propicia la política del «vivo». Las fugas de recursos son a gran escala y al menudeo. Su control es difícil y costoso, y, por lo tanto, es poco eficiente y menos aun eficaz.

El Seguro Integral de Salud propicia el conflicto contra el médico. Debido a la escasez de fondos, falta de médicos, de medicamentos, insumos, equipos, etc., y a la existencia de una gran campaña publicitaria, se ha creado una brecha entre expectativas frente a las realidades. La población exige lo que no hay. Luego de cada conflicto, luego del natural tira y afloja, se echa mano a los recursos directamente recaudados, es decir, al dinero cobrado a los no asegurados, para cubrir las necesidades del SIS, en lugar de asignarlo para mejorar los centros hospitalarios.

La población exige ser atendida por médicos, pero no hay los suficientes. Los funcionarios del SIS estafan a los pacientes, ya que les hace creer que serán atendidos por médicos, cuando en realidad los atienden personal no médico. Las propias fichas de atención médica están confeccionadas con casilleros para que anote personal que no es médico e, inclusive, puedan llenar el rubro de recetas.

El Seguro Integral de Salud, por la falta de presupuesto y la gran oferta publicitaria, recurre a los recursos directamente recaudados de los hospitales, impidiendo una vez más, su mantenimiento y desarrollo, que esta llevando al colapso al sistema hospitalario del Perú.

El nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) o el salto para atrás

El acceso a los servicios de salud preventiva y la promoción de estilos de vida saludables, así como el subsidio al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los pobres, son aspectos importantes de la política de salud del Ministerio

del Gobierno en salud

ando a este sector a una crisis que afecta en grandes dimensiones a la población, como ha venido Vidal y Pilar Mazzetti. Por citar sólo unos casos, tenemos el desabastecimiento y precario mantenimiento tramarchas por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), y lo que es peor aun, el Ministerio haciendo a las grandes empresas aseguradoras. Veamos un análisis de estos aspectos.

de Salud. La década pasada manejó 2 estrategias para dicho fin: La primera, dirigida a las actividades de prevención y promoción, se ejecutó a través de los llamados programas preventivos promocionales, y la segunda, a partir de 1998, el Seguro Escolar Gratuito y, luego, el Seguro Materno Infantil. Estos seguros estatales ya han sido analizados ampliamente en el acápite anterior.

Por ello nos referiremos sólo a los programas preventivos y de promoción de la salud que significaban, en realidad, asignaciones presupuestales verticales para combatir enfermedades transmisibles, infectocontagiosas o de gran impacto negativo para la sociedad.

El financiamiento aprobado para un programa, llámese, por ejemplo, malaria, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, tuberculosis, etc., sólo podría ser utilizado con esa finalidad. Esta forma de presupuestar coincide con la nueva forma de elaboración del Presupuesto General de la República, por funciones que se aplica en el país a partir de fines de la década pasada. Este modelo de atención ha sido llamado por los funcionarios del toledismo como el "Modelo de Atención Fragmentado", para diferenciarlo de su propuesta llamada "Modelo de Atención Integral de Salud".

¿Qué supone esta innovación?

Supone la desaparición de los programas. Todas las asignaciones presupuestales entran a un solo saco. Esto presume priorizar a grupos etarios, ciclos de vida, etc. Implementar un cambio de esa magnitud con una mayor austeridad presupuestal, con grupos de presión inmensos por los escasos recursos, ha llevado en la práctica al colapso de los programas y a la imposibilidad de implementar el nuevo modelo de atención de salud.

El Ministerio de Salud, después de 3 años, se encuentra dentro del hoyo que separa un modelo del otro. Hay expertos que en modo pragmático reclaman retomar el modelo anterior corrigiendo sus aspectos negativos, y otros que insisten ideológicamente en implementar el nuevo modelo. Mientras dura el debate, los indicadores de salud muestran el terrible sufrimiento de la población peruana, sobre todo de la más pobre.

Capitación

La gran transformación hacia la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios preventivos y promocionales de la salud sería el sistema de capitación en salud. Así lo manifestó la propia ministra de Salud en su presentación al Congreso de la República. Es

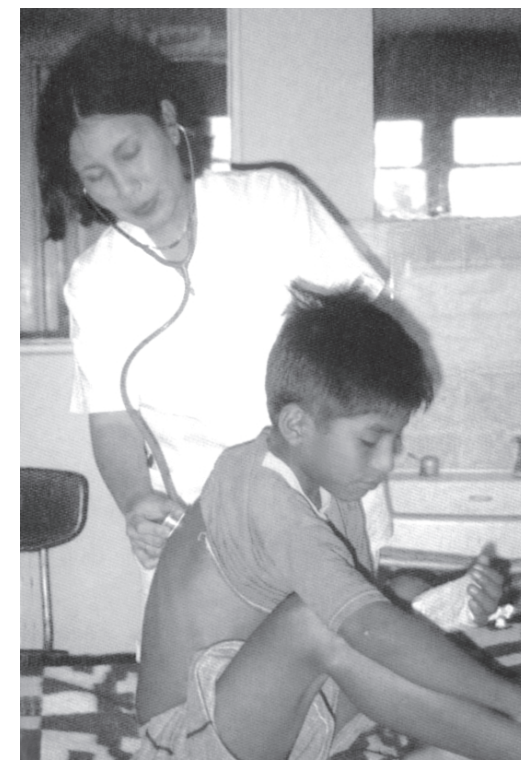
decir, para salir del hoyo y la inoperancia, ni retroceso a los programas verticales, y abandono del MAIS toledista, por inaplicable e inservible. El sistema de capitación premiaría a los médicos, profesionales y trabajadores del sector por realizar un buen trabajo preventivo a su población asignada (per cápita). Sin embargo, contrario a su propio discurso, la actual gestión ministerial ha decidido en días recientes no avanzar hacia la capitación y mantenerse retóricamente en el MAIS (modelo integral de salud) pero, en la práctica, crear un híbrido con el modelo de programas preventivos y promocionales del fujimorismo, llamado "estrategias nacionales de salud".

La llamadas estrategias nacionales de salud no son sino los programas preventivo-promocionales del fujimorismo, pero sin financiamiento. Los coordinadores de las estrategias nacionales de salud han comenzado a sentir que todo no es sino improvisación, para intentar salir del hoyo en que se encuentra la salud pública en nuestro país.

Las mal llamadas «Estrategias Sanitarias Nacionales»:

1. Inmunizaciones.
2. Prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores.
3. Prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.
4. Prevención y control de la tuberculosis.
5. Salud sexual y reproductiva.
6. Alimentación y nutrición saludable.
7. Prevención y control de daños no transmisibles.
8. Salud mental y cultura de paz.
9. Accidentes de tránsito.
10. Salud indígena e interculturalidad, transmitidas por vectores.

Como se puede apreciar, no se trata de estrategias sino de áreas de acción, exactamente iguales a los programas preventivo-promocionales del fujimorismo. Ahora, cada área de acción tendrá que elaborar sus propias tácticas y aplicarlas, pero sin financiamiento.



Las llamadas estrategias nacionales de salud no son sino los programas preventivo-promocionales del fujimorismo, pero sin financiamiento.

El impacto del colapso sanitario:

Los indicadores del Minsa hablan por sí solos

• **La población peruana** es de 27'148,101 habitantes, de los cuales:

- **Menores de 15 años:** 33.2%.

- **Mayores de 65 años:** 5%.

• **Mortalidad materna:** 185 por 100,000 nacidos vivos.

• **Mortalidad de la niñez:**
Perinatal: 23 por 1,000 nacidos vivos.
Infantil: 33.6 por 1,000 nacidos vivos.

• **Menores de 5 años:** 47 por 1,000 nacidos vivos.

• **Tos ferina (coqueluche):** 490 casos probables en el 2002.

• **Hepatitis B:** 1,162 casos probables en el 2002.

• **TBC:** 37,200 casos en el 2002. 139.1 por 100,000 habitantes.

• **TBC pulmonar BK+:** 20,533 en el 2002.

• **Malaria: Falciparum:** 21,846 en el 2002.

• **Vivax:** 77,208 casos en el 2002. 3.7 por 1,000 habitantes.

• **SIDA:** 734 casos en el 2002. 2.7 por 1000 habitantes. Razón hombre / mujer : 3.0.

• **Dengue:** 8,077 casos probables en el 2002.

• **Desnutrición crónica en menores de 5 años:** 25% la prevalencia en el 2002.

• **Anemia en menores de 5 años:** 49.5% en el 2002.

• **Atención del parto por profesional:** 59.3% en el 2002.

• **Uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil:** 68.9%.

• **Número de camas hospitalarias:** 28,889 en el 2002.

• **Número de centros de salud:**
Hospitales: 220 en el 2002.
Centros médicos: 1,421 en el 2002.
Puestos de salud: 5,481 en el 2002.

• **Población asegurada:** 43.6% en el 2003.

• **Gasto nacional en salud:**
Per cápita: 97.0 dólares en el 2002. 4.7 del PBI.

► Gestión de ministra Pilar Mazzetti es ineficaz, y caótica

Minsa a la deriva

urge intervención del Ejecutivo y del Congreso de la República

El dicho que reza "donde no hay cabeza, pobres pies" bien hace honor a la gestión de la ministra Pilar Mazzetti, que se ve sumergida en el caos: incumplimiento de sus funciones de Estado; en el agravamiento de los indicadores negativos de salud, que todos conocemos; en el rechazo de sus propios directores de hospitales e institutos, que han solicitado al presidente Toledo, al Congreso de la República y a la ministra que se respete la Constitución y la normatividad vigente y se rectifiquen los excesos cometidos, y en sus controvertidas declaraciones sobre la familia, inconstitucionales por cierto.

Frente a la grave situación del sector Salud y en vista de que la gestión de Pilar Mazzetti no ha colmado las expectativas de los médicos y de la población en general, la Asociación Médica Peruana ha elaborado un balance crítico de su gestión.

El primer día de su cargo, la ministra resaltó, por ejemplo, el compromiso de trabajar en el corto plazo con visión de largo plazo para lograr el acceso total de la población a los servicios de salud, planteando tomar acciones indispensables para revertir la actual situación de colapso del sector, las cuales no se han cumplido a pe-

sar de que sólo centró sus objetivos en tres temas de la agenda del sector Salud, dejando de lado otros de igual envergadura:

⇒ Seguro Integral de Salud

Con respecto a su fortalecimiento, se mencionó algunas líneas de acción para la mejora del reembolso, la fiscalización y el sistema de identificación de pacientes. Aspectos que tampoco se han cumplido.

⇒ Sistema de Capitación en la Atención Preventiva y Promocional de Salud

Se fijó el reto de avanzar hacia este aspecto central y de avance en el proceso de rediseño del Ministerio de Salud. Esto habría cambiado totalmente el modelo de atención actual al premiar a los médicos y profesionales de salud por realizar un buen trabajo preventivo en favor de la población asignada. Tampoco se ha hecho nada.

⇒ Programa de Salud Mental para las Zonas Afectadas por la Violencia

Se planteó el lanzamiento de este programa, con miras a enfrentar las secuelas de la violencia que afectaron a nuestro país, dando prioridad a 5 departamentos incluyendo Ayacucho dando cum-

plimiento a las recomendaciones de la Comisión de la Verdad. Sin embargo, ninguno de estos aspectos han sido cumplidos, en detrimento de la salud.

LOS PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD

La ministra Pilar Mazzetti afronta serios problemas como es el caso del Programa de Salud Reproductiva, donde ha aprobado y se apresta a implementar las nuevas guías de atención de salud reproductiva, que introducen el Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE), causando gran polémica entre algunos diferentes sectores sociales, y que no han merecido el respaldo presidencial.

Nombramiento de médicos contratados a la espera

Otro aspecto no mencionado es el hecho de estar vencido el plazo para que los médicos contratados de todo el país fueran nombrados, de acuerdo con lo logrado en el Congreso de la República, gracias al proyecto de ley presentado por la Asociación Médica Peruana, que además, ha participado en la elaboración del reglamento.

Directores expresan su desacuerdo

La Asociación Peruana de Di-

rectores Concursados de Hospitales e Institutos (APDHI) mostró su disconformidad con la ministra de Salud.

La Asociación Peruana de Directores Concursados de Hospitales e Institutos (APDHI), en carta abierta al presidente Alejandro Toledo, al Congreso de la República y a la ministra de Salud, circulada en importantes medios de comunicación el pasado 5 de agosto, expresó su desacuerdo con las acciones que el Minsa viene adoptando en diferentes hospitales e institutos del país, en detrimento de la Constitución del Estado y de las leyes vigentes sobre la materia, pese a que tanto el Poder Ejecutivo como el Minsa tienen entre sus obligaciones "el cumplir y hacer cumplir la Constitución y las leyes".

Los derechos de los directores de los hospitales, cuyos cargos han sido obtenidos por concurso público conforme al reglamento, a diferencia del pasado, en que los directores de los hospitales del sector Salud eran designados por amistad o motivaciones políticas, se están

viendo violentados por cuanto algunos directores han sido separados de sus cargos sin existir sanciones de los correspondientes procesos administrativos disciplinarios y/o judiciales.

De otro lado, la APDHI ha denunciado que se vienen designando "comisiones interventoras", como si los hospitales fueran autónomos y no constituyeran órganos subordinados a la Alta Dirección del Minsa, y sin que exista una norma legal que faculte tal acción.



► Lamentables declaraciones:

Pilar Mazzetti y la familia

La ministra Pilar Mazzetti se ha referido peyorativamente a la familia y a los vínculos amorosos dentro de ella. Sus declaraciones al respecto, hechas en más de una oportunidad en agravio de la familia peruana, atentan contra la Constitución Política y la normas vigentes que protegen a la familia («...La comunidad y el Estado protegen a la familia y promueven el matrimonio. Reconocen a estos últimos como instituciones naturales y fundamentales de la sociedad...» Art. 4 de la Constitución Política del Perú),

Los métodos anticonceptivos han sido creados para fortalecer los vínculos de la familia. El papel de los agentes más importantes de la sociedad tiene que estar orientado a fortalecerla.

por lo que la Asociación Médica Peruana, conformada por médicos, objeta estas declaraciones que debieron ser subrayadas a título personal.

Los personajes públicos que ocupan altos cargos deben tener, además de un comportamiento coherente con las leyes y la moral, especial cuidado en sus declaraciones en los medios de comunicación, por cuanto éstas, por su contenido, podrían afectar aun más los principios y valores de nuestra sociedad, que, como todos sabemos, se encuentra en crisis.

El Estado además de subsidiar la Anticoncepción Oral de Emergencia debe garantizar la solución de complicaciones

La Asociación Médica Peruana apoya la AOE bajo prescripción médica obligatoria

Sobre la discusión creada por el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), la Asociación Médica Peruana (AMP) hace de conocimiento a la opinión pública lo siguiente:

1.- El debate suscitado sobre si la AOE es o no abortiva depende de muchos factores, incluyendo tiempo y dosis. En el arsenal farmacéutico de nuestro país son numerosos los fármacos que se venden en el mercado -Cytotec, Metrotexate, Difenil Hidantoína (Hepamin), Bloqueadores

H2 (Cimetidina y Ranitidina), Tetraciclina, entre otros-, cuyos efectos son teratogénicos, lo que significa que pueden causar malformaciones a los bebés, y en otros casos, son abortivos y tóxicos. La llamada Anticoncepción Oral de Emergencia tiene efectos nocivos a la salud, como lo tienen otros medicamentos, por lo que la AMP exige que sea vendida o entregada sólo con receta del médico cirujano.

2.- La ministra ha aprobado las guías de salud reproductiva mediante las cuales se implementa el subsidio para la población más pobre del país, lo que se encontraba en debate.

3.- La AMP señala que el subsidio de la píldora de emergencia debe englobar no sólo el costo del medi-

camento, sino también el costo de la consulta médica, de tal manera que se brinde una mayor seguridad a las pacientes. Además, el Estado debe garantizar el tratamiento y la indemnización de las complicaciones probables (embarazos ectópicos, cáncer de mama y endometrio, etc.), ya que no está exenta de efectos nocivos.

4.- La AMP exige una política que elimine la escasez de los métodos regulares de planificación familiar y una norma que regule con claridad el uso de los anticonceptivos de emergencia que ofrece el mercado, de tal manera que se defienda el derecho de los pacientes a ser atendidos por un médico cirujano, a usar los métodos anticonceptivos, respetando su intimidad y la integridad de su salud.

Nombramiento automático de médicos contratados por el Minsa

El pasado 6 de mayo, el Ejecutivo promulgó finalmente, después de laboriosas negociaciones, debido en gran parte a las carencias presupuestales, la Ley de Nombramiento Automático de Médicos contratados por el Minsa, elaborada por la Asociación Médica Peruana y entregada al congresista Iván Calderón Castillo para su presentación al Congreso, en el mes de noviembre del año pasado.

A pedido de algunos miembros de la Comisión de Salud, el Minsa elaboró una opinión más exhaustiva sobre el tema, cuyo aporte contribuyó al resultado largamente esperado.

La intervención del congresista Iván Calderón permitió además respetar el proyecto original para el nombramiento de los médicos contratados por cualquier modalidad: servicios no personales, CLAS, salud básica y otros, dejando de lado un texto sustitutorio del informe elaborado por el Minsa que beneficiaba sólo a los médicos por servicios no personales.

Sus alcances

Esta Ley de Nombramiento Automático de Médicos contratados Nro 9314/2003, que beneficiará a alrededor de 5,500 médicos de todo el Perú, señala en su Art. 1 el nombramiento de los médicos cirujanos, que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren prestando servicios en la condición de contratados por servicios no personales.

En el Art. 2 indica la inclusión de los médicos cirujanos que acrediten título profesional y que hayan venido prestando servicios bajo esta modalidad, como mínimo durante dos años continuos o cuatro años no consecutivos, en el transcurso de los últimos 10 años, al servicio del Estado en el Ministerio de Salud y en las Direcciones Regionales de Salud. Así también, que no registren antecedentes judiciales o penales, estén autorizados por el Colegio Médico y no se encuentren inhabilitados para el desempeño de la función pública.

Iniciativa de la AMP

Desde el año 1988 se han realizado muy pocos concursos de méritos para el nombramiento de médicos cirujanos del sector público. A pesar de ello, desde ese entonces se han incorporado aproximadamente 12 mil médicos para cubrir el alto incremento de establecimientos de salud y de las atenciones a la población, especialmente la de menor desarrollo.

A inicios del presente año se convocó a un concurso de plazas que llamó la atención del gremio médico por su sistema de evaluación. La AMP rechazó esta convocatoria, que motivó una serie de quejas por parte de los médicos contratados: el nombramiento sólo en la ciudad de Lima, la inclusión de criterios groseramente subjetivos en la calificación del currículum vitae, el irrisorio puntaje de 5% que se otorgó a la prueba de conocimientos y 30% a la entrevista personal, entre otros.

Frente a esta realidad es que la AMP presentó la alternativa del nombramiento automático, pensando en la mayoría de profesionales de la salud que han ingresado a trabajar en condiciones inestables, mediante contratos de locación de servicios no personales, inclusive en ocasiones a través de servicios y en otras hasta sin contrato, retribuyéndoles a través del llamado racionamiento los viáticos, movilidad u otras modalidades: en otros casos, mediante contratos a plazo fijo, renovados continuamente a su vencimiento. ¿Esta situación era acaso justa para un profesional que prácticamente entrega su vida al estudio y a su profesión? Hoy, esta ley ha sido felizmente promulgada.

A pesar del logro obtenido, un sector de médicos nombrados planteó que ese era sólo uno de los puntos del pliego de reclamos. Sin embargo, es el que merece la mayor disponibilidad presupuestal dadas las implicancias de esta norma y, sobre todo, el impacto positivo en la lucha contra la pobreza.

“Esta conquista de la AMP no sólo reivindica laboralmente al médico sino que, además, revaloriza la profesión en su conjunto, otorgando seguridad jurídica para el ejercicio de la libertad de conciencia en el acto médico de los galenos contratados del país», señaló el vocero oficial de la Asociación Médica Peruana, Dr. Herberth Cuba.

Así mismo, dijo que este beneficio se hace mayor en los médicos que ejercen sus labores en las zonas rurales y urbano-marginales del país, porque determina su permanencia garantizando el derecho de la población a la atención médica no sólo por un corto periodo.

Vía crucis del reglamento

La Ley de Nombramiento Automático de Médicos no prevé la creación de comisión alguna para elaborar su reglamento, pero era obvia la participación de los autores, la Asociación Médica Peruana y el congresista Iván Calderón Castillo. Es así que desde los primeros días de mayo, en oficio remitido a la ministra de Salud, se hizo llegar la propuesta de participación, que posteriormente se ratificó con la entrega formal y personal de las propuestas de la AMP y del congresista Iván Calderón a la ministra Pilar Mazzetti. Los actores involucrados en la reglamentación son la oficina de logística, pues allí se realizan los contratos por servicios no personales; la oficina de personal, para los contratos por planilla, y el Programa de Acuerdo de Gestión (PAG), para los médicos CLAS. Además, obviamente, los propios médicos contratados y los cuerpos médicos de cada unidad ejecutora, para una adecuada fiscalización.

La Asociación Médica Peruana es consciente de la enorme presión que ha ejercido el clientelismo político para reivindicar la ley y luego el reglamento como propios, desconociendo a los verdaderos autores de la ley, hecho que lamentablemente ha entorpecido la promulgación del reglamento en perjuicio de los médicos contratados. La ministra de Salud tiene la palabra.

Entre pasillos

¿Y el sector privado?

Ha sido reelecto el representante del sector privado al Consejo Nacional de Salud. Esperamos que mire su sector con otros ojos y ayude a resolver también los problemas críticos de los médicos que trabajan en las clínicas: No existen cuerpos médicos debidamente constituidos, las clínicas demoran sus pagos, que ya de por sí son ínfimos, y los médicos que son accionistas minoritarios cada vez son más minoritarios. ¿Quién los podrá defender...?

¡Buena por las médicas!

Nuestras felicitaciones a la Dra. Blanca Castro, presidenta de la Asociación Médica Femenina del Perú, y a su junta directiva, por su iniciativa de desarrollar el exitoso V Congreso Médico Nacional, y especialmente por poner sobre el tapete un tema que, a pesar de merecer la mayor atención, no se ha debatido lo suficiente en el país, como es la reforma del sector Salud y el rol del médico. Hacerlo era impostergable.

¿Acaso esto es una burla?

La AMP critica la atención bucal de los familiares víctimas de la violencia, identificados por la Comisión de la Verdad, que “quieren volver a sonreír” y que actualmente son atendidos sólo por técnicos dentales, pidiendo donaciones a diferentes entidades. ¿No sería más seguro y humano que sean atendidos por el personal profesional capacitado para esa labor (odontólogos) y no por la buena voluntad de las personas? ¿Dónde está el Minsa?

Una nueva misión para las universidades

Hasta que por fin en el Congreso se ha presentado un proyecto de ley que terminará con las reelecciones indefinidas de los rectores. Las reelecciones de los rectores son el campo propicio para las componendas electorales, muchas veces reñidas con la ley. Los medios de comunicación dan testimonio de las múltiples denuncias de caos y corrupción. Las reelecciones en las universidades públicas y privadas se implantó gracias a Alberto Fujimori con la modificación del artículo 35° de la Ley Universitaria, que impedía la reelección inmediata.

Hemos tenido que presenciar lesiones y derramamiento de sangre en las diversas universidades para que los congresistas, la Asamblea Nacional de Rectores y el ministro de Educación tengan recién en estos días una respuesta, aunque tardía. ¿Por qué los peruanos nos demoramos tanto en salir a reclamar nuestros derechos? Se supone que en las universidades están las personas más versadas y preparadas del país. ¿Dónde estuvieron los docentes y estudiantes universitarios en los últimos 10 años? La AMP cree que las universidades deben replantear sus misiones para salir del subdesarrollo.

Asociación Médica insiste: Hospitales de la Solidaridad son una bomba de tiempo

La Asociación Médica Peruana (AMP) continúa señalando las graves deficiencias que se observan en los Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima, poniendo en permanente riesgo a los pacientes que acuden a ellos en busca de atención médica.

Las denuncias a las respectivas fiscalías de parte de la AMP han originado que se

ordenen diversos operativos en los distritos donde se encuentran apostados estos buses cual bombas de tiempo. A pesar de las negativas y de los inconvenientes encontrados, se ha logrado la inspección correspondiente en los Hospitales de la Solidaridad de Manchay y de San Juan de Lurigancho. En este último, la orden tuvo que darse por segunda vez, ya que en la primera no se hizo posible por la renuencia de las autoridades

ediles. Allí se pudo observar que contenedores de metal han sido acondicionados como salas de operaciones para cirugías de alta complejidad y no para cirugías menores, como afirman sus administradores. Otro detalle grave es el hecho de que las vacunas, que deben ser conservadas en un refrigerador especial con termómetro, se encontraban en termos sin control de cadena de frío. **Para muestra, un botón.**

Al cierre

Viceministro de Salud, Henry Zorrilla Sakoda, denunciado de graves manejos en gestión

Sobre el actual viceministro de Salud, Henry Zorrilla Sakoda, recaen graves denuncias, según consta en un informe especial de auditoría conocido por la ex ministra del Mides, Ana María Romero Lozada, que fuera elaborado por la auditoría externa del Inabif.

Según el referido informe, se detectó un perjuicio económico en agravio del Estado por: S/. 91,173.25 cuando Henry Zorrilla Sakoda era funcionario del Hogar de la Madre. El actual viceministro recibió ilegalmente un incremento de remuneraciones y gratificaciones a su favor junto con otros funcionarios, sin respetar directivas de austeridad, ni tener en cuenta la crítica situación financiera en que se encontraba el Hogar de la Madre.

El actual viceministro de Salud, Henry Zorrilla Sakoda, en aquel entonces funcionario del Hogar de la Madre, ingresó el 14 de setiembre del 2002, habiendo acumulado un tiempo de servicios de 4 meses y 17 días, incrementado su sueldo en un 50%, de S/. 2,358.00 a S/. 3,938.00. El total del exceso en remuneración recibida fue de S/16,655.00. El incremento de gratificación por Navidad fue de 154%.

Pese a ello goza, en el gobierno actual, del amparo y total impunidad. Muestra de ello es el cargo que ostenta en la cartera de Salud, donde, además, se ha convertido en un peligro latente para la gestión Mazzetti por su clara influencia en las decisiones de la ministra.

El sector Salud enfrenta un serio cuestionamiento a causa de su viceministro, Henry Zorrilla Sakoda, quien fue funcionario fujimorista en un programa sumamente cuestionado, politizado y que tiene pendientes acciones con la justicia, así como en la Beneficencia Pública de Lima, y cuyo ingreso al equipo de la ministra Mazzetti habría permitido, en cierto modo, la entrada de otros cuestionados personajes.

La función de ministro de facto que viene ejerciendo Zorrilla Sakoda hace que Pilar Mazzetti incumpla el Principio Ético de la Idoneidad, tal como se lee en el Art 6, Inc 4 de la Ley del Código de Ética de la Función Pública Nro. 27815. Además, observándose que en el Minsa se estaría invirtiendo el Principio de la Función Pública de Obediencia Jerárquica, Art 6, Inc 6 de la referida ley.

La Asociación Médica Peruana ha solicitado la pronta intervención del presidente Alejandro Toledo y del Congreso de la República para mantener alejados a estos funcionarios que no benefician en nada al sector Salud y que, por el contrario, ejercen



Graves denuncias recaen sobre Henry Zorrilla Sakoda, viceministro de Salud.

un poder que afecta la imagen de la gestión gubernamental.

Al respecto, la Comisión de Salud del Congreso de la República ha designado una subcomisión para investigar las denuncias que recaen sobre el viceministro de Salud, Zorrilla Sakoda, y otras funciones ligadas a su cargo.

Copreme margina a estudiantes de universidades estatales

Con Resolución Ministerial N°804-2004 fue creado, el pasado 26 de agosto, el Comité de Pregrado de Medicina (Copreme). Esta norma de baja jerarquía sólo regulará el campo clínico en los establecimientos del Ministerio de Salud y no los de Essalud, FF.AA. y sanidades. Por lo tanto, la Asociación Médica Peruana cree que es otro "saludo a la bandera más" en nuestro país.

Esta norma, además, no protege a las universidades estatales del copamiento del campo clínico de las facultades de Medicina de las universidades particulares, e incluso, en algunos casos, se estaría impidiendo el ingreso de alumnos de universidades del Estado. Esta me-

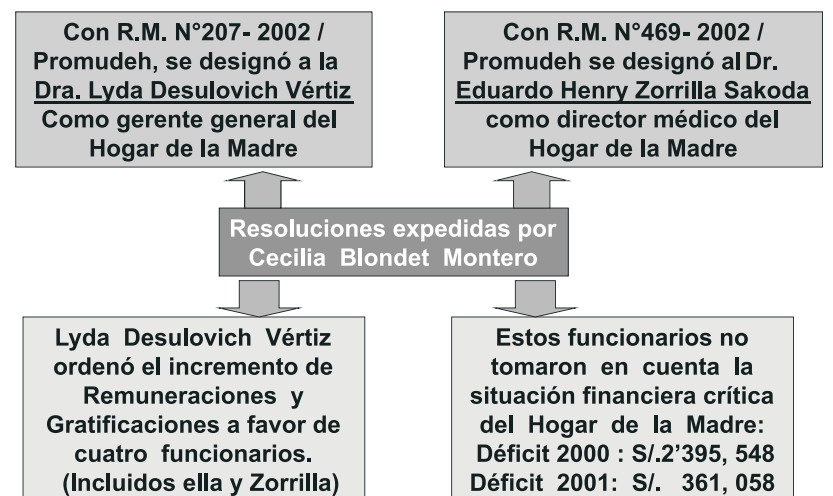
didada debería regular el mercado de la enseñanza de la Medicina por quien puede pagar.: los hospitales estatales deben tener como prioridad a los alumnos de universidades estatales. Sin una regulación adecuada se reproducirán el futuro la desaparición de las universidades estatales.

La Asociación Médica Peruana denuncia que el Copreme es antidemocrático porque no permite la participación de los alumnos, quienes son los actores principales de este proceso y las personas indicadas para sugerir los cambios necesarios que las universidades e instituciones de salud necesitan para una mejor formación de los médicos peruanos.

Denuncias



Antecedentes



Observaciones del Informe Especial N°010-2003-IE-02-2003-02.0309

1. Gerencia General excede atribuciones y ordena ilegalmente pagos de incremento de remuneraciones y gratificaciones ascendentes a S/.91,173.25 a funcionarios del Hogar de la Madre.

2. Lyda Desulovich utilizó el Presupuesto Institucional para ilegalmente incrementar remuneraciones mensuales y gratificaciones para 4 funcionarios.

3. El incremento obligó a reducir montos en diferentes partidas específicas: de S/.9,501,739 hasta S/.6,610,964, afectando el mantenimiento y operación de los servicios de salud del Hogar de la Madre.