

VISIÓN

Médica

«Un político piensa en la próxima elección; un hombre de Estadopiensa en la próxima generación»

James F. Clarke

(A propósito del subsidio ProPerú)

Año 2 Número 8

Del 15 de febrero al 15 de marzo del 2005

Médicos del Ministerio de Salud inician:

HUELGA MÉDICA UNITARIA

Asociación Médica Peruana exige plantea pliego de reclamos

Págs. 4 y 5

Congreso aprueba ley que legaliza estafa a los pacientes

Página 3

Desabastecimiento de anticonceptivos en centros médicos y hospitales del Minsa

Página 6

PROGRAMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA DESCENTRALIZADA (PAAD) DE ESSALUD DEBE FORTALECERSE

Página 8



Sobre el envenenamiento con mercurio

Asociación Médica Peruana emplaza a ministra Mazzetti para que erradique vacunas con thimerosal

El uso de las vacunas con Thimerosal (mercurio) ha sido prohibido por la FDA de los Estados Unidos. Sin embargo, en el Perú el Minsa utiliza este tipo de vacunas. Esta situación se ha puesto en debate a partir de las imputaciones de padres de familia que al ver afectada la salud de sus hijos se han visto en la necesidad de unirse y hacer público este hecho, que la Asociación Médica Peruana (AMP) viene denunciando hace tres años y que las autoridades de salud prefieren no escuchar.

Sobre esta grave situación, la AMP emplaza a la ministra Pilar Mazzetti para que tome una posición radical frente al uso de estas vacunas, retirándolas de los centros de salud y hospitales, preservando así la salud de la niñez, evitándole daños irreversibles. La AMP sostiene que esto no significa restar importancia a la vacunación. Por el contrario, lo que se busca es cuidar los estándares de calidad de los medicamentos que son suministrados «gratuitamente» a la población, en este caso a los niños y madres gestantes.

Pág. 8

Importante iniciativa

Asociación Médica Mundial en busca de médicos humanitarios

Para demostrar los valores fundamentales de la profesión médica, Dedicación, Ética y Ciencia, la Asociación Médica Mundial ha iniciado el proyecto «Médicos dedicados del mundo» que consiste en seleccionar entre 80 y 100 médicos de todo el mundo que hayan demostrado, a lo largo de sus carreras, una vida humanitaria. Estos galenos serán propuestos por las asociaciones médicas nacionales pertenecientes a la Asociación Médica Mundial.

Las vidas y el trabajo de los médicos candidatos a esta importante ini-

ciativa de la actual presidencia, que busca destacar las cualidades humanas de los médicos y su dedicación social, serán retratadas en una publicación especial.

El Dr. Yank Coble, flamante residente de la AMM, se encargará de coordinar el proyecto y, además, visitará las seis zonas de la Asociación Médica Mundial para conocer personalmente a esos médicos.

Visite la web dedicada a este proyecto -www.caringphysicians.info- para mantenerse al día sobre los avances del proyecto.

Editorial

Ha transcurrido un año de gestión ministerial. Las voces desestabilizadoras contra el gobierno han sido acalladas por la cercanía del proceso electoral. Hoy ya nadie discute el adelanto de las elecciones. El actual gabinete ha logrado el engranaje entre el pedido de vacancia presidencial y la sobrevivencia. Sólo eso. La agenda política está paralizada.

Hace un año se esbozaron 3 grandes líneas de acción en salud: rediseñar el SIS, avanzar hacia el sistema capitación (subsido per cápita) y mejorar la atención preventiva y promocional ante el fracaso del MAIS (nuevo modelo de atención integral de salud), con el objetivo puesto en el proceso de reforma de la salud.

El SIS, a pesar de haber recibido un incremento presupuestal con cargo del ITF, continúa con las graves inequidades e infiltrados que la prensa con justa razón ha denunciado. Además, el Minsa no ha logrado comprender el proceso de reforma llamado capitación. El personal que debería llevar adelante el proceso proviene de las canteras de Essalud, algunos de ellos funcionarios de la década pasada que desconocen el funcionamiento del Minsa, consumiendo sus esfuerzos en diseñar una serie de normas para "controlar al médico". Diseñan instrumentos normativos que violan los derechos fundamentales de las personas y que todo régimen democrático debe respetar. Por ejemplo, la intimidad en la norma de las historias clínicas, la autonomía del acto médico en el anteproyecto de la mal llamada "auditoría en salud", violación constitucional frente a las prerrogativas de los colegios profesionales y, finalmente, el famoso reglamento de categorización de los establecimientos de salud. El desconocimiento los lleva a intentar crear normas ministeriales que colisionan con la propia Constitución Política y la estructura del Estado. Y, finalmente, frente al fracaso del MAIS, los funcionarios del Minsa han sido incapaces de firmar el certificado de defunción y crear un nuevo modelo, lo que se expresa en el creciente deterioro de los indicadores de salud del país. Un salto para atrás. Por ejemplo, la AMP y la Defensoría del Pueblo han denunciado el desabastecimiento de los programas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva a partir de julio del 2004, a pesar del incremento presupuestal a cargo del ITF. Frente a un ministerio a la deriva, sin visión ni objetivos, los médicos inician una huelga unitaria nacional indefinida, con la participación de todos los gremios.

Opinión

El Estado y las universidades públicas

Dr. Julio Sánchez Tonohuye
Médico neonatólogo,
Secretario general de la AMP



Al ver publicadas nuestras notas, reclamamos al profesor el porqué los treces y catorces para nosotros, y los dieciochos, diecinueves y hasta veintes para los de la universidad privada. ¡Es que a ellos no les puedo poner menos, la próxima no me contratan! fue la respuesta.

El director fue a operar y me dijo: llama a Juanita (de la privada) para que entre a sala conmigo. Le dije: yo estoy de guardia y me corresponde, a lo que respondió: por mi cargo, ingreso pocas veces a sala y, como profesor, tengo que hacerle cumplir su récord en quirófano. Le respondí: ¡Ud. también es mi profesor!

Cuando un estudiante decide postular a una facultad de Medicina, tiene dos opciones: la universidad pública o la universidad privada. Las universidades públicas son subvencionadas por el Estado, y las privadas, por la empresa privada, que con fines de lucro invierte en el campo educativo, y cuyos tributos al Estado son mínimos o nulos.

Quien ingresa a la universidad estatal lo hace por su calidad y trayectoria, pero también por razones económicas, pues la duración de la carrera profesional y la dedicación exclusiva haría improbable la posibilidad de estudiar Medicina sin apoyo del Estado.

La empresa privada universitaria se caracteriza por el alto nivel de subempleo de sus profesores, la mayoría médicos contratados sin derechos laborales de largo plazo. Esto determina que la plana docente, estructura fundamental en una institución universitaria, no tenga un estatus sólido y se vea en riesgo de ser sometida a presiones.

El Estado Peruano, que oferta vacantes en Medicina, se compromete tácitamente a brindar las condiciones mínimas. La actividad autogestionaria en hospitales del Estado ha determinado muchos cambios en la atención a los pacientes y en la actividad docente que en ellos se realiza. Son numerosos los médicos docentes que laboraron en universidades públicas y que actualmente lo hacen en universidades privadas. Peor aun, se eleva el número de docentes que ostentan ambas condiciones.

La estrategia de penetración a los hospitales, empleada por las empresas privadas universitarias, es con mínima

inversión mediante subcontrato de coordinadores de sede, que generalmente son directores del hospital, y con una discreta implementación de la sede hospitalaria. Reciben a cambio disponibilidad de la sede y sus ambientes y, como consecuencia, maniobras logísticas que impiden un real acceso a los estudiantes estatales. Algo sui géneris: las direcciones están "concediendo" espacios públicos que se construyen con los impuestos de los peruanos, confundiendo la responsabilidad de gestionar y administrar los bienes del Estado para fines públicos.

¿Por qué a las universidades privadas no se les exige la acreditación con la debida sustentación de sus propios hospitales o clínicas privadas universitarias?. ¿Por qué no invierten lo recaudado de los alumnos para brindarles lo que el alumno requiere para su correcta formación?. ¿Es correcto que lo haga por la vía de la subvención por parte del Estado?

El Estado invierte por cada interno de Medicina aproximadamente 400 so-

les mensuales además de otros gastos. Estratégicamente se han establecido convenios marco entre la universidad privada y el Estado, lo cual no es indeseable, a menos que afecte los intereses y derechos de los alumnos estatales. Sería saludable que los ministerios de Salud, de Trabajo (Essalud) y del Interior estudien y reporten la correlación entre estudiantes de Medicina de las universidades privadas versus las estatales, y la relación directa con la presencia de directores contratados por esas empresas universitarias privadas.

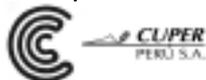
En agosto del año pasado, el Ministerio de Salud (Minsa) publicó una Resolución Ministerial sobre la creación del Comité de Pregrado en Medicina, encargado de dar las pautas para la reglamentación en el ámbito de su competencia. Allí se señala tácitamente solo a los establecimientos del Minsa, lo que "resolvería" sólo el 50% de la problemática. Parecería que esa norma timorata e imprecisa, que no antepone el derecho de los estudiantes estatales, sólo lograría consolidar el estatus actual de las empresas privadas universitarias.

La AMP propone:

- Defender el campo clínico exigiendo la prioridad en la distribución a los alumnos del Estado en los hospitales públicos.
- No a la subvención estatal a las empresas privadas universitarias.
- Una posición más definida del Estado en la reglamentación del Copreme en defensa de los recursos del Estado.
- La participación del estudiante estatal en la reglamentación del Copreme.
- La correcta acreditación de las facultades de Medicina de las empresas privadas universitarias con la implementación de sus hospitales o clínicas universitarias privadas.
- Que el Minsa determine cuántos de sus funcionarios han establecido relaciones laborales con empresas privadas universitarias y establecer un análisis con el censo de estudiantes en los hospitales públicos.

VISION
Médica

Es una publicación de:



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

Director
Dr. Herberth Cuba García

Directora periodística
Kathy Perales Ysla

Colaboradores:

Dra. Flora Luna Gonzales

Dr. Julio Sánchez Tonohuye

Asesor legal
Dr. Hernán Cuba García

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.

Escenario médico

Los médicos rechazan «SOAT Médico» porque perjudicaría a la población

La creación de un seguro médico no beneficiaría a nadie; por el contrario, generaría un enorme perjuicio a la población, al Estado, a los trabajadores de salud y a los médicos.

Las leyes vigentes reconocen el derecho a la indemnización por cualquier daño ocasionado durante el ejercicio profesional; sin embargo, el proyecto de ley ha especificado los daños, reduciéndolos exclusivamente a los de negligencia, impericia, imprudencia y error médico.

Los casos de negligencia sanitaria no estarían comprendidos

La negligencia sanitaria, que significa falta de equipos, insumos, equipamiento, medicamentos, etc, los casos fortuitos y, sobre todo, los delitos dolosos, es decir, aquellos realizados por profesionales que usan sus conocimientos intencionalmente para hacer daño, no serían tomados en cuenta. De estos lamentables casos es que tratan la mayoría de informes periodísticos, que en los últimos tiempos se vienen difundiendo a propósito del «SOAT Médico», y que, sin embargo, no están contemplados en esta ley; a la irresponsabilidad de las instituciones que administran la salud del país, incluyendo a las propias compañías aseguradoras de

asistencia médica.

Sólo basta averiguar en la Superintendencia de EPS (Aseguradoras Privadas) qué volumen de quejas y reclamos manejan por incumplimiento de los contratos y prestaciones médicas.

Problemas que generaría

Diferenciar los cuatro aspectos de la ley dentro de la totalidad de la negligencia sanitaria es difícil, engorroso y prolongado, lo que ameritará un proceso contencioso previo.

Y como el 90% de la atención médica es pública, el Estado tendría que asumir 144 millones de dólares. Es decir, el Ministerio de Salud debería gastar 504 millones de soles anuales para comprar el seguro a sus médicos.

Qué debe hacer el gobierno para proteger a la población

Hay que reforzar el Poder Judicial, el sistema extrajudicial del arbitraje y la conciliación, la ley de creación del Colegio Médico del Perú, que continúe el proceso de acreditación de los hospitales y la creación de un Fondo de Indemnizaciones a cargo del Estado. No se puede permitir que unos pocos engorden sus arcas a costa de las necesidades vitales de la población.

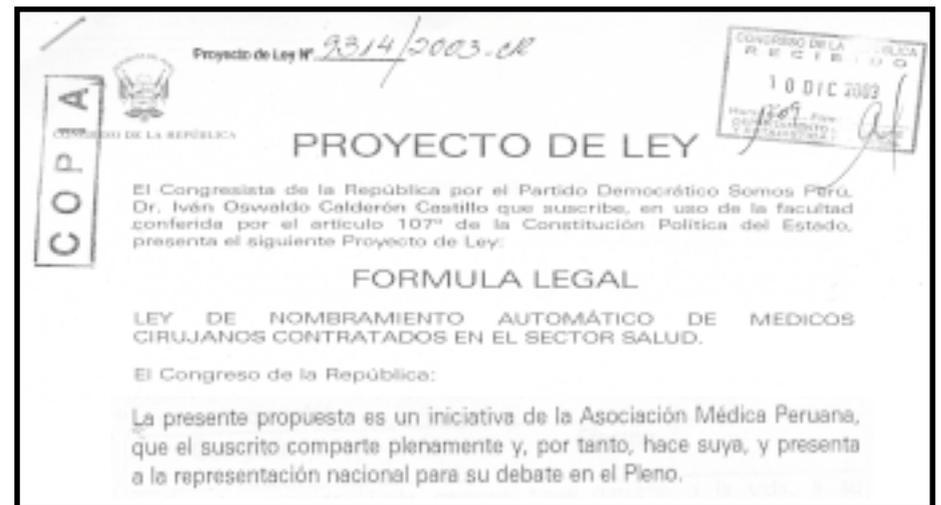
Sobre el nombramiento automático de médicos:

Autores reclaman transparencia en el proceso

La ley de nombramiento automático de médicos es un logro de la Asociación Médica Peruana con el invalorable apoyo del congresista Iván Calderón Castillo, ambos autores de este importante beneficio para los médicos contratados y sus familias. Sin embargo, esta ley no contempla la creación de una comisión encargada de elaborar el respectivo reglamento, por lo que sus forjadores (AMP y el congresista Iván Calderón) hicieron llegar a la ministra de Salud, en mayo del año pasado, su propuesta de participación en el proceso de nombramiento; sin embargo, los autores no han participado, y por ello 1500, médicos continúan aún sin nombramiento. El Minsa ha evitado así que la AMP vigile la transparencia del proceso. Para mencionar

sólo una irregularidad, se ha permitido que se nombre al ex viceministro de salud, Henry Zorrilla Sakoda, con una ampliación de la norma dada especialmente para él.

La AMP ha hecho público un reconocimiento al congresista Iván Calderón Castillo, por su presencia en esta lucha, y a todos los médicos que ejercieron presión, pues sin su cooperación no se hubiese logrado el objetivo. No obstante, deja constancia de que la lucha continúa, ya que existen aún 1,500 plazas presupuestadas, según ley 28220, y se reafirma en que todo nombramiento de los médicos contratados debe ser automático y no por concurso, pues expone al médico a la pérdida de su trabajo.



AMP cuestiona la Ley del Trabajo del Tecnólogo Médico

Congreso aprueba ley que legaliza estafa a los pacientes

Como la población sabe, los médicos laboran en las áreas de rehabilitación, laboratorio clínico, anatomía patológica, rayos x y oftalmología; estudian como mínimo 12 años (8 años de médico, 1 año de Serums y 3 ó 4 de especialidad), lo que garantiza una atención de calidad a la población peruana. Sin embargo, digno de Ripley, es el hecho de que el Congreso ha promulgado una ley que permite que profesionales con 5 años de estudios, y cuya labor debe ser sólo de apoyo al médico, trabajen en consultorios particulares, de manera independiente, siendo la principal afectada la población que pone su salud en manos de profesionales no preparados para ejercer la medicina.

Sobre esta ley, que fuera aproba-

da recientemente por el Congreso, la AMP elaboró un informe técnico concluyendo que el presidente Alejandro Toledo debía observar la norma y retornarla al parlamento para que sea archivada; no obstante, el Congreso insistió y promulgó la ley sin la firma del presidente Alejandro Toledo

Desde el punto de vista formal, la Comisión de Trabajo ha sobrepasado sus atribuciones, al normar también sobre las competencias profesionales, aspecto que compete a la Comisión de Salud, Población y Familia y Discapacidad del Congreso de la República.

La norma es inaplicable porque viola principios constitucionales, como la falta de iniciativa de gasto del Congreso de la República.

Esta norma requería la aceptación del Ejecutivo por los beneficios sociales que otorga. Su aprobación confunde las relaciones laborales con competencias profesionales. Repite aspectos normados en la Ley de Creación del Colegio de Tecnólogos Médicos, Ley de Profesionales de la Salud, el DL 276, Ley Universitaria, etc.

Además, señala que tiene como finalidad regular el trabajo del tecnólogo médico en el sector público y, supletoriamente, en el sector privado. Sin embargo, la norma concluye al revés. Legisla sobre el trabajo del tecnólogo médico en el sector privado casi en exclusividad, distorsionando la inversión privada en salud.

Del mismo modo, reitera lo normado para su trabajo en el sector

público y pretende legalizar el ejercicio ilegal de la medicina. Invade las competencias del médico cirujano al pretender que conduzca su propio consultorio en modo independiente. Además, generará enormes conflictos en su aplicación con la profesión médica.

De otro lado, se viola el derecho de la población a ser atendida por el profesional más capacitado, lo que generará un enorme problema de salud pública. El impacto negativo en la salud de la población será grande.

La AMP señaló, en su debida oportunidad, que esta ley sólo favorece los intereses de un grupo reducido de tecnólogos médicos, perjudicando a miles de familias y a la población en general.

Punto de Vista

Una huelga médica siempre genera algunos conflictos éticos. Unos creen que dejar de atender a los pacientes por reivindicaciones es inhumano y contrario al juramento hipocrático, y otros, que es la única manera de obtener logros o victorias. Contrariamente a lo que se cree, detrás de este conflicto hay intereses. Generalmente, los funcionarios, la patronal, se alinean con la primera opción, a pesar de que antes de ocupar esos cargos defendían la segunda opción.

Lo cierto es que todo exceso en ambas posiciones es contraproducente. Por ello, los médicos acuden a la huelga como último recurso y guardando, dentro de la organización de la misma, un profundo respeto por la vida y la salud humana. Por ello, se establecen roles especiales para la atención de las emergencias, visitas en hospitalización y, sobre todo, una amplia difusión a la población sobre los alcances y objetivos de la huelga. Tradicionalmente, una huelga justa, necesaria y humana es apoyada por la población, ya que comprende que, por lo general, esta incluye mejoras para su propia atención.

¿Cuál es el contexto de la actual huelga nacional unitaria?, ¿es justa y necesaria?. El contexto es favorable y la huelga es justa y necesaria. Un gabinete ministerial que es percibido como agotado y sin creatividad por parte de los políticos, la prensa y la propia población. Un ministerio a la deriva, sin visión, sin objetivos, con un creciente incremento de los indicadores negativos de salud, con un incumplimiento de la palabra empeñada, incluso con actas firmadas, con protestas ciudadanas, como la de las madres de los niños que perciben que han sido dañados por vacunas con mercurio prohibidas en otros países desarrollados, o la dación de normas de nombramiento para favorecer a allegados, excluyendo a más de 1,500 médicos que podrían nombrarse al existir el presupuesto, si se usase algún resquicio legal semejante al utilizado para ellos. Falta de liderazgo para acometer una agenda de reforma y modernización de la salud en el país, que favorezca a los más pobres y que avance hacia la seguridad social universal, con el agravante de una total incomprensión del proceso de descentralización, cuyo producto es una atomización inequitativa de los recursos humanos y materiales del sector Salud.

De no mediar excesos, sectarismo o cualquier intento subalterno de ganancia político-partidaria, la huelga médica unitaria nacional será un éxito. Hacemos votos para que la Asociación Médica Peruana y todos los médicos del país estén a la altura de ese reto.

Médicos del Ministerio de Salud inician:

HUELGA MÉDICA

Asociación Médica Peruana plantea pliego de reclamos

En la edición Nro. 4 de "Visión Médica", publicada en enero del 2004, la Asociación Médica Peruana señaló, a través de un informe, los reclamos que la profesión médica exigía, entre los que figuraba el nombramiento de los médicos contratados, proyecto de ley presentado por esta institución a través del congresista Iván Calderón. Hoy en día, 3,500 médicos han sido nombrados; sin embargo, existen aún 1,500 plazas. Por ello, la AMP exige que se amplíen los alcances de la Ley N° 28820. No obstante, la plataforma de lucha sigue en pie y otros puntos álgidos se han ido sumando en el camino.

Pago retroactivo de la nivelación desde el 2001: justo y legal

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

Si el ascenso es de dos niveles como promedio, esto significa que el Estado adeuda como 6,380 nuevos soles a cada médico. Sin embargo, en modo muy há-

bil, el ministro de Salud, Álvaro Vidal, señala en la norma promulgada que el proceso se aplica a partir del 15 de diciembre del 2003. Es decir, pretende borrar el adeudo que tiene con la profesión médica con una norma. ¡Pura viveza criolla!

El tiempo de servicio para el ascenso sólo se calcula hasta julio del 2001, con lo cual se produce una incongruencia. Se aplica a partir del 15 de diciembre del 2003 y se computa el tiempo de servicios sólo hasta julio del 2001.

Al respecto, la Asociación Médica Peruana exige a la ministra de Salud, Pilar Mazzetti, que cumpla con el pago que se adeuda a los médicos.

Sinceramiento de planillas y nivelación

El 13 de diciembre del 2003 se promulgó la RM N° 1236, modificando la Directiva 003-Minsa/OGG-RR.HH-V.01, sobre al otorgamiento de incentivos a los médicos, otorgando 22 horas de incentivo, (adicionales a la jornada laboral) por 30 soles por cada incentivo, lo que equivale a 660 nuevos soles mensuales, significando un incremento de la jornada laboral, que actualmente es abonada como hora extra.

Cada establecimiento de salud viene otorgando un monto distinto de incentivos. El promedio es de 10 horas, lográndose la suma de 300 nuevos soles de aumento en Lima; sin embargo; en provincia sólo son 5 horas.

Son tres las situaciones que se presentan en la actualidad:

1.- Los médicos que cobran 660 nuevos soles como incentivos. Diez horas sin trabajar y 12 horas trabajadas en el caso de Lima.

2.- Los médicos que cobran las 10 horas sin trabajar y alguna que otra hora adicional en Lima Metropolitana.

3.- Los médicos de provincia que cobran 5 horas sin trabajar y algunas horas adicionales de productividad

Este sistema de incentivo es anti-técnico, antiético, perverso y regresivo porque favorece el centralismo, pues todos por igual deberían cobrar 660 nuevos soles sin trabajar. Además, hay que agregar que existen incentivos que fluctúan entre 300 a 400 soles para la canasta de víveres.

La Asociación Médica Peruana exige que todos estos pagos: incentivos, canasta y otros, sean transferidos a la planilla única de pagos, con la finalidad de sincerar la planilla favoreciendo a los cesantes, jubilados y al cálculo de los beneficios sociales que esto acarrea.

Una vez logrado el sinceramiento de la planilla a nivel nacional, demanda la nivelación de las remuneraciones con Essalud, tal como establece la Ley del Trabajador Médico (DL 559), y de toda la profesión médica a un mínimo de \$ 1,500 (ver pliego).

Todavía quedan 1,500 plazas presupuestadas

El proyecto de ley presentado por la AMP (hoy Ley 28220) al Congreso de la República planteó el nombramiento automático de los médicos que se encuentran laborando, permitiendo, hoy en día, que 3,500 galenos fueran nombrados sin concursos, hecho que la AMP defiende contra aquellos que planteaban el concurso, lo que hubiese significado, en la práctica, despedirlos. Sin embargo, a la fecha quedan 1,500 plazas presupuestadas que la AMP insiste en que sean cubiertas, al amparo de la Ley Nro 28220.

El derecho a una doble remuneración

Así también la AMP viene exigiendo el derecho de los médicos a tener una do-



Estudiantes de universidades estatales deben tener la prioridad en campos clínicos

UNITARIA

s.... Ministra Pilar Mazzetti es cuestionada



Pilar Mazzetti debe responder a las exigencias de los médicos

ble remuneración del Estado, como tienen los docentes en el caso de laborar en otra institución estatal, además de su centro educativo, y exige que se frene y rechace el intrusismo que realizan las instituciones por la ausencia de médicos especialistas. Mientras se modifiquen las normas que lo prohíben, la AMP exige la realización de horas extras en una segunda institución del Estado.

Vacunas con Thimerosal (mercurio) afectan la salud de nuestros niños

El thimerosal, preservante que se encuentra en vacunas como Hepatitis B, Tri-

ple (Difteria, Tétano, Pertusis), etc, es prohibido en fármacopeas internacionales (FDA de EEUU); sin embargo, en nuestro país se sigue usando irresponsablemente. La Asociación Médica Peruana, hace tres años, puso en evidencia el riesgo que corrían los niños que recibían estas vacunas. Su impacto negativo se está dejando sentir en miles de niños peruanos que presentan una diversidad de problemas neurológicos y de desarrollo, que ha obligado a muchas familias desesperadas a unirse para el estudio y tratamiento de sus niños.



Vacunas con mercurio dañan la salud de los niños

PLIEGO DE RECLAMOS

Ante la difícil situación que atraviesa la salud en el país, la Asociación Médica Peruana, a la vanguardia de sus derechos hace públicas sus demandas.

1. Sinceramiento de la planilla y nivelación a nivel nacional con Essalud.

2. El pago de la deuda de 6,380 nuevos soles por nivelación a cada médico, según DS 024-2001-SA.

3. Nivelación del nivel remunerativo en todos los subsectores, Minsa, Essalud, FFAA, FFPP, Intersectoriales, sector privado, de acuerdo al DL 559 y al promedio latinoamericano, que es US\$ 1,500.

4. Nivelación de pensiones para cesantes y jubilados de todos los sectores.

5. Ampliación de los nombramientos de médicos contratados, según ley 28220, teniendo en cuenta que quedan 1,500 plazas presupuestadas.

6. Cumplimiento con el derecho de las horas extras remuneradas en todos los sectores, su reglamentación en forma equitativa a nivel de servicio, sin discriminación ni chantaje. Doce horas continuas en cualquier modalidad corresponden a una guardia. Los médicos rechazan el fraccionamiento de la jornada de 6 horas en todos los sectores.

7. Derecho a que los especialistas puedan hacer horas extras en una segunda institución del Estado, mientras existen necesidades en recursos.

8. Rechazo a la municipalización y apoyo a la descentralización.

9. Rechazo a la Ley Marco del Empleado Público.

10. Modificatoria del Reglamento de Residentado Médico y la elaboración de una ley integral.

11. Prioridad en el campo clínico de los establecimientos de salud del Estado para los estudiantes de las universidades públicas.

12. Creación del pliego presupuestal propio para la sanidad policial.

13. Rechazo a la autorización de trabajo para médicos extranjeros sin convenios de reciprocidad.

14. Fortalecimiento del programa PAAD de Essalud.

15. Cumplir con el pago del seguro de riesgo profesional de los médicos, que corresponde a los empleadores.

16. Cumplir con el pago de los seguros por accidente de trabajo.

17. Gratificación equivalente a un sueldo por Navidad, Fiestas Patrias, escolaridad y vacaciones.

18. Cumplimiento del año sabático (en modo obligatorio).

19. Desaparición del Serums (por distorsión de su misión, corrupción, discriminación, chantaje para ingresar al trabajo público).

20. Continuar con los concursos para direcciones, departamentos y servicios y centros de salud.

21. Bonificación por trabajo en zonas urbanomarginales y zonas de frontera en todos los sectores.

22. Pago de la gratificación por 25 y 30 años de servicios en función de la remuneración total.

23. Subsidio por sepelio y luto en función de la remuneración total.

24. Cumplir la ley que homologa a los catedráticos con los magistrados del Poder Judicial.

25. Financiamiento de la recertificación médica por parte del empleador público y/o privado.

26. Suspender las vacunas con thimerosal, rediseñar el programa de vacunación y rechazar la venta de medicamentos sin prescripción médica.

27. Combatir el intrusismo en medicina y tipificar como delito la instigación al intrusismo.

28. Archivamiento definitivo del proyecto Amprimo "SOAT Médico".

29. Defensa de los cuerpos médicos y del DS 005-90, que los ampara.

30. Defensa e implementación de las dos horas sanitarias dentro de las 6 horas de trabajo médico.

31. Respeto por el acto médico y el tiempo necesario dedicado a su paciente, ajeno a las formas de producción fabril.

32. Reactivación del sector Salud teniendo como líder al médico y garantizando su libertad de conciencia.

33. Incremento del presupuesto del sector Salud.

34. Promulgación de una ley marco del sistema de seguridad social que logre aseguramiento universal.

Entre pasillos

En defensa de la autonomía del acto médico

En una actitud autoritaria e insólita, el presidente ejecutivo de Essalud, José Luis Chirinos, despidió en el mes de setiembre al médico César Melo Saavedra, con más de seis años de servicio en la sala de emergencias del Hospital Edgardo Rebagliati, repentinamente e injustamente, porque este último le informara que no había cama para un paciente que, nada más y nada menos, era familiar de un personaje de la esfera política. Lo demás ya todos lo sabemos.

La Asociación Médica Peruana inició una cadena de solidaridad en respaldo al médico César Melo Saavedra, para que sea repuesto en su cargo y así evitar que se institucionalicen hechos como este, logrando su objetivo.

Este incidente ha servido para reafirmar, una vez más, que por ley es sólo el médico quien determina la emergencia de los pacientes, y no un funcionario administrativo. Atentar contra la autonomía del acto médico es un hecho sumamente grave.

Premio a la mala gestión

¿Sabía Ud., colega, que se ha elaborado una resolución con nombre propio para nombrar al ex viceministro Henry Zorrilla?. Para su información, el médico general, Zorrilla Sakoda, estaba contratado en el Instituto de Ciencias Neurológicas.

El tristemente célebre personaje tiene serios antecedentes denunciados por el Mindes (Ministra Ana María Romero), ocurridos durante su paso por el Hogar de la Madre. En suma, una pésima gestión, un comportamiento anti-médico, el maltrato permanente a los directores de los hospitales, y la ministra Pilar Mazzetti lo premia nombrándolo ¡Aunque Ud. no lo crea...!

Siempre nuestros niños son los más afectados

Con mucha pena tenemos que comunicarles que, una vez más, somos parte de un gran experimento mundial. Porque nuestro país ha recibido harina de trigo transgénico, que es utilizado para preparar el enriquecido lácteo que es distribuido entre los niños más pobres. ¿Estarán enteradas las madres de las organizaciones populares que este trigo transgénico fue ofrecido a los 15 países más pobres y fue rechazado por la mayoría?. Sólo 3 países lo aceptaron, entre ellos el Perú.

Legal

Las remuneraciones del sector público

Existen en el Estado dos tipos de trabajadores sujetos al régimen laboral privado: los contratados antes de la Ley N° 28212 y los contratados luego de la Ley N° 28212.

El problema de las remuneraciones

Luego de la ley que desarrolla el artículo 39 de la Constitución Política en lo que se refiere a la jerarquía y remuneraciones de los altos funcionarios y autoridades del Estado, Ley N° 28212, publicada el 27 del abril de 2004, ha surgido el «problema» para aplicar dicha ley a los trabajadores del Estado sujetos al régimen laboral de la actividad privada (Essalud, Instituto de Medicina Legal, etc), que tenían contratos laborales previos a la promulgación de esta ley. Este falso problema se generó por la intención del Poder Ejecutivo de aplicar esta ley a todos los trabajadores y lograr reducir a 12 las remuneraciones y solo dos bonificaciones, y, de esa manera, reducir los ingresos que recibían los trabajadores de algunas instituciones y de esa forma lograr un «ahorro» del presupuesto público.

Para solucionar este falso problema, se promulgó el 8 de diciembre del 2004, en la Ley del Sistema Nacional de Pre-

supuesto, Ley 28411, una Sexta Disposición Transitoria de la Ley 28411, que aclaraba que las entidades públicas sujetas al régimen laboral de la actividad privada por excepción seguirán a sus trabajadores las remuneraciones, beneficios o tratamientos especiales que, por costumbre, disposición legal o negociación, vienen otorgando, de acuerdo a la normatividad laboral.

El D.U. N°002-2005 es inconstitucional. La AMP respalda su incumplimiento por parte de Essalud y exige al Congreso su derogatoria ya que existen dictámenes de las Comisiones de Constitución, Presupuesto y Economía a favor de su derogación.

Decretos de urgencia

Los decretos de urgencia se fundamentan en la urgencia de normar situaciones extraordinarias e imprevisibles cuyos efectos o el riesgo inminente que se extiendan constituyen un peligro para la economía nacional o las finanzas públicas, circunstancias que deben quedar expresadas en los considerandos del decreto.

Requisitos que no cumple el Decre-

to de Urgencia N°002-2005, publicado el 20 de enero del 2005, deja en suspenso la Sexta Disposición Transitoria de la Ley N°28411, desconociendo el artículo 26° inciso 3 y artículo 62° de la Constitución Política. No es imprevisible porque existía previamente una directiva similar del Ministerio de Economía y Finanzas la N° 011-2004-EF/76.01, publicada el 13 de junio del 2004.

Contratos suscritos por el Estado

En el caso de los trabajadores del Estado sujetos al régimen laboral de la actividad privada, por ley se presume la existencia de un contrato de trabajo a plazo indeterminado, el cual puede ser verbal o escrito. Estos contratos laborales suscritos entre el Estado y los trabajadores, y los suscritos como consecuencia de la negociación colectiva, fueron suscritos según las normas vigentes al tiempo del contrato, y según el artículo 62° de nuestra Constitución Política, dichos términos contractuales no pueden ser modificados por leyes y por otras disposiciones de cualquier clase.



Hernán Piero Cuba García
Asesor legal de la AMP

Defensoría del Pueblo confirma denuncia de la AMP:

Desabastecimiento de anticonceptivos en centros médicos y hospitales del Ministerio de Salud

En julio del año pasado, la AMP denunció el grave desabastecimiento de anticonceptivos en los Programas de Salud Reproductiva de los centros de salud y hospitales del Ministerio de Salud (Minsa), especialmente en el caso de píldoras, óvulos anticonceptivos y condones.

Luego de varios meses, la Defensoría del Pueblo hace público este hecho a través de un comunicado de prensa sobre su informe Nro. 90, "Supervisión de los servicios de salud", donde desarrolla, en uno de sus temas, el desabastecimiento de anticonceptivos.

La dificultad se agudiza en las zonas más pobres, que se ven altamente afectadas por la ineficacia del Minsa, más aun si se tiene en cuenta que el Estado subsidia los anticonceptivos que se usan en la salud reproductiva y se distribuyen gratuitamente entre la población más pobre.

El Programa de Salud Reproductiva del Estado indica que las pacientes pueden escoger, entre las diferentes opciones (píldora anticonceptiva, inyectable, -ambas hormonas-, óvulos vaginales, condones, T de cobre y ligadura de trompas), la más adecuada para su salud reproductiva. Sin embargo, esta elección voluntaria de las pacientes no se puede concretar por el hecho de existir una preocupante escasez desde hace aproximadamente un año, sin que el Estado haga nada para subsanar este problema.

La AMP sostiene que se está restándole importancia a uno de los aspectos más delicados de la salud en el país, como es la salud reproductiva". Los índices hablan por sí solos, por ejemplo: 185 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos mueren a causa de complicaciones del embarazo, parto o posparto (no debería morir ninguna). Sólo 58 de cada 100 partos son atendidos en los servi-

cios de salud. Del total de partos, solo el 23% corresponde a la zona rural y un 82% a las zonas urbanas (deberían ser todos). En el Perú, el 13% de adolescentes son madres, lo que quiere decir que, de un millón 351 mil adolescentes, un total de 175 mil ya son madres. Este es el drama de la mujer peruana.

La AMP hace un llamado a la ministra Pilar Mazzetti para que aplique una política de salud coherente, y a la Defensoría del Pueblo, para que dé efecto multiplicador a este importante informe, que pone en evidencia la situación de la salud.

Finalmente, resulta insólito que la AMP, al solicitar dicho informe a la Defensoría del Pueblo, reciba como respuesta que "no está disponible hasta dentro de 15 días por encontrarse en imprenta", hecho que desconcierta pues, al hacerse público el comunicado, no tendría por qué existir un impedimento a su acceso.

Medicina al día

Anticoncepción oral de emergencia es recetada y distribuida gratuitamente por los médicos del Minsa hace más de una década

El documento del Ministerio de Salud Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, elaborado por el Ministerio de Salud, reconoce en el módulo de Planificación Familiar que, además de la polémica píldora de

Anticoncepción Oral de Emergencia Postinor-2, existen otras cuatro alternativas que se entregan a las pacientes en los centros de salud y que se distribuyen gratuitamente con las siguientes denominaciones: Neogynon, Ovral, LO-Femenal, Microgynon,

Nordette, Minigynon y Ovrette.

El uso de estas píldoras no es nuevo, pues hace una década que los médicos peruanos las vienen entregando gratuitamente en situaciones de emergencia.

Son alternativas igualmente eficaces, con beneficios y riesgos similares, que se encuentran subsidiadas y al alcance de todos los peruanos. Lo que el Minsa pretende es incluir en su petitorio (compras estatales) la marca Postinor-2, que ya se vende en las farmacias desde el 2001, y entregarla gratuitamente a la población.

Además que las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva incluyen medicamentos de marca, contrario a lo que establece la Ley General de Salud.

Tanto la Postinor-2 como las demás píldoras de emergencia se ingieren antes de las 48 horas de transcurrida la relación sexual y 12 horas después de la primera dosis. Únicamente las diferencia la cantidad de tabletas que se ingieren en las dos dosis prescritas por el médico, variando de dos a cuatro en lugar de una por dosis, como es el caso de la Postinor-2.

El Minsa, de esta forma, agrega una nueva marca a las compras estatales, con una estrategia de marketing en la que se hace creer que las mujeres se encuentran desprotegidas, hecho que no es cierto, como se ha podido comprobar, y además, pretende distribuirla sin receta médica, con lo que se viola el derecho de las pacientes, sabiendo, además, de los riesgos de su uso sin control médico.

Además, la población tiene el derecho de elegir su método anticonceptivo oral o de emergencia y de saber que existe más de una opción en el mercado, como es el caso del Postinor-2, en torno al cual se ha levantado toda una polémica.

Debe existir 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.

La Asociación Médica Peruana

Pronunciamento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia

1. Hace una década existen alternativas a la marca Postinor 2, que son iguales de eficaces, con los mismos beneficios y los mismos riesgos en su uso.

2. En las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, elaboradas por el Ministerio de Salud, se incluyen medicamentos de marca y no con el nombre genérico, como establece la Ley General de Salud 26842, lo que induce al monopolio de una marca de medicamentos, convirtiendo en negocio ideal el producto, en este caso el Postinor 2 porque va a ser recomendado por todos.

3. La AMP plantea el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia hasta las 48 horas después de la relación sexual, aunque las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, recomiendan el uso hasta las 72 horas, por lo cual el tercer efecto sería probable (efecto antiimplantatorio).

4. Sobre la discusión suscitada en torno al tercer efecto, (efecto antiimplantatorio), la AMP considera que existe una doble connotación:

a) La vida empieza con la unión de los gametos (óvulo y espermatozoide), que es la fecundación del óvulo, pero existe en debate la posición de un sector que opina que la vida empieza con la implantación del óvulo fecundado en el útero.

b) Asumir la posición de considerar que el inicio de la vida comienza en el momento de la implantación del óvulo fecundado en el útero legaliza la manipulación genética e, inclusive, la clonación en los óvulos fecundados no implantados, porque el óvulo fecundado ya no es considerado sujeto

de derecho (no sería ser humano).

La posición de la AMP es que el inicio de la vida (concepción) comienza con la fecundación, es decir, con la unión del óvulo y el espermatozoide, por lo que la aplicación de la manipulación genética y la clonación son ilegales porque afectan al ser humano (Ley General de Salud, Art. 7).

5. Como la Anticoncepción Oral de Emergencia es una terapia de emergencia y de riesgo, siempre ha sido recetada por médicos; sin embargo, tal como figura en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, se pretende distribuirla sin receta médica, violando el derecho de las pacientes, exponiéndolas a riesgos evitables.

6. El Minsa, de esta forma, agrega una nueva marca comercial (Postinor 2) a las compras estatales, con una estrategia de marketing en la que se hace creer que las mujeres se encuentran desprotegidas, hecho que no es cierto, como se ha podido comprobar.

7. El subsidio de la AOE debe contener, además del costo del medicamento y la consulta médica, la garantía del Estado, a través de un fondo para el tratamiento y la indemnización de las complicaciones probables, ya que no está exenta de efectos nocivos.

8. La AMP sostiene que una política de salud reproductiva coherente debe tener en cuenta no sólo la eficacia de un método anticonceptivo (evitar la fecundación), sino que también deberá contemplar la salud de la paciente (no hacer daño), que se garantiza con la intervención del médico en la consulta y con la prescripción de la receta.

Resolución del Minsa pone tratamiento del Sida en manos de ONG's

¿A cuánto asciende la transferencia económica?

El Minsa ha resuelto recientemente dar mayor énfasis al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) para adultos mayores infectados con el Sida en 8 hospitales de diferentes puntos de la capital y en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, mediante una resolución publicada en el Diario El Peruano.

La Asociación Médica Peruana sostiene que resulta inconcebible que la norma dispuesta por el Minsa señale, además, que la prescripción y dispensación se implementará en los servicios de salud de Organizaciones No Gubernamentales, lo que quiere decir que el tratamiento del Sida en nuestro país será subsidiado por parte del Estado, para que ganen, por intermediación, las instituciones particulares.

Sólo en el año 1992 se presentaron 734 casos de Sida en el país, lo que significa 2.7 por cada mil habitantes, cifra que va en aumento y es motivo de alarma si se considera que sólo se trata del número de personas infectadas que han sido registradas, sin tener en cuenta aquellas que no reciben tratamiento hasta la fecha.

La enfermedad del Sida es otro de los frentes que el Minsa debe abordar prioritariamente y con una política adecuada que permita la atención de los pacientes que padecen este mal. Implementar su prescripción y dispensación a Organizaciones No Gubernamentales no refleja otra cosa que la inoperancia del Estado para resolver los problemas de salud que la población afronta.



Al cierre

Los PAAD de Essalud deben fortalecerse

- De lo contrario, miles de pacientes quedarían sin atención médica
- Médicos del programa denunciaron maltrato y desinterés de parte de Essalud en el 2004

Con el fin de cubrir la demanda de pacientes en lista de espera y las interminables colas por falta de infraestructura, equipos y personal médico, Essalud creó las Redes Descentralizadas Guillermo Almenara Irigoyen, Alberto Sabogal y Eduardo Rebagliati Martins, encargadas de administrar el Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD), que son centros médicos calificados, con infraestructura adecuada, equipados para atender todas las especialidades y que son atendidos por médicos especialistas. Son los mismos pacientes quienes dan crédito de los beneficios del programa.

No obstante, el año pasado los médicos del PAAD denunciaron a la Asociación Médica Peruana el incumplimiento de Essalud de sus responsabilidades frente a los acuerdos de sus contratos. A pesar de su descontento, alrededor de 400 médicos que atienden estos consultorios continuaron recibiendo diariamente alrededor de 2,400 pacientes, o sea, 72,000 atenciones médicas al mes y 864,000 al año.

“Essalud contraviene con su compromiso de soporte al programa: recetas médicas, historias clínicas, ordenes de atención, etc. y apoyo en la promoción y difusión. Existe además un recorte de los medicamentos indispensables y su omisión en el petitorio: nebulizadores e inhaladores, corticoides



en inyectables, muestra de que el PAAD está colapsando sin que las autoridades de Essalud hagan nada para evitarlo”, sostiene la AMP.

Los PAAD, son una excelente alternativa al problema de la atención en salud, y altamente ventajosos si tenemos en cuenta que el contrato con cada médico anualmente asciende a 23 mil nuevos soles, convirtiéndolo en un programa austero de gran impacto social, cuya práctica desecha versiones de instituciones privadas que alegan montos millonarios a su existencia.

La AMP hace un llamado, en resguardo de la salud de la población, al presidente Alejandro Toledo, al Congreso de la República y al Consejo Superior de Contratación del Estado, para que se diseñe una política de fortalecimiento de este sistema, antes de que miles de pacientes queden en el desamparo.

Punto de Vista

Defendiendo a los que no tienen voz: los niños del Perú

✍ Dra. Flora Luna
Presidenta de la AMP

Como pediatra y profesora universitaria de ciencias básicas, con gran preocupación he constatado la ceguera y sordera de las autoridades de salud ante los efectos del thiomersal (etilmercurio), como preservante de ciertas vacunas.

Es lamentable leer las declaraciones del responsable de inmunizaciones del Minsa y de la Sociedad Peruana de Pediatría, al decir “que el thiomersal en las vacunas no representa ningún riesgo para los niños”. Cabe preguntarse entonces ¿por qué muchos países han retirado el thiomersal como preservante?. La respuesta es muy sencilla, un metal pesado (mercurio, plomo, arsénico, etc.) es peligroso, por ser neurotóxico (FDA y Academia Americana de Pediatría, 1999). Después de un arduo debate, los laboratorios acordaron eliminar el thiomersal como preservante, en el 2001.

Por lo tanto, continuar vacunando con thiomersal es permitir que nuestros niños reciban “un veneno” indicado por las propias autoridades de salud, el Estado. Es más, estamos sumamente preocupados por el proyecto PROPERÚ y por el condicionamiento de la ayuda económica de los más pobres, con la aplicación de vacunas con thiomersal. Creemos que la ministra de Salud, por ser neuróloga, tiene mucha información científica al respecto.

Las vacunas se indican generalmente ¡sin receta...!, aplicándose iguales dosis a bebés de 3 kg y a niños mayores hasta de 45 kg. El mercurio ingresa al organismo, por diferentes vías, pero fisiológicamente no podemos expulsarlo (por canal iónico o ATPasas). De esta manera, altera estructuras esenciales de por vida.

Los metales pesados permanecen aproximadamente 6 meses en la sangre y después desaparecen, para depositarse en otros tejidos. Uno de ellos es el cerebro, donde produce daños irreversibles. En los niños alteran el crecimiento y desarrollo cerebral (Ver interferencia del mercurio en la formación de la tubulina en los axones de animales, que no difieren en la composición molecular con el ser humano). De allí que, lamentablemente, los tratamientos de quelación (fijación y expulsión de metales) no sean reversibles, impidiendo sólo mayor daño neurológico.

Ante los comentarios de que se estaría «generando pánico» contra las vacunas, la AMP aclara que los médicos no queremos que se deje de vacunar. Deseamos que se proteja a nuestros niños y gestantes con vacunas libres de thiomersal, como lo hacen otros países del mundo. Sustentar la inocuidad del thiomersal sólo demuestra desconocimiento científico, ya que los productos mercuriales han sido eliminados hace aproximadamente 60 años.

El Minsa deben cumplir con la ley (LGS.Art.50°) y descartar el thiomersal de las vacunas. Las autoridades tienen la solución en sus manos. Quedará en sus conciencias el daño irreversible a la población más pobre, con una “vacuna peligrosa”, a cambio de una ayuda social.

Pronunciamiento



Exigimos el retiro de las vacunas con thiomersal (mercurio)

Sobre el uso del preservante thiomersal en las vacunas que se vienen usando en nuestro país en niños de hasta 12 meses de edad, la Asociación Médica Peruana señala que no pretende crear pánico ni desacreditar el uso de las vacunas, por lo que pone de manifiesto lo siguiente:

1. Es urgente el retiro inmediato de la distribución, venta, expendio de las vacunas que contienen thiomersal (mercurio).

a) Las autoridades del Minsa deben cumplir con la Ley General de Salud, que señala que ante la imposibilidad de realizar en el país el control de calidad, este se rige por lo indicado por las farmacopeas mundiales. La FDA de EEUU ha descartado el thiomersal de sus vacunas.

b) Aclarar que el debate no es si el thiomersal produce o no produce autismo, sino que el thiomersal se transforma en etilmercurio, que es un metal pesado dañino para la salud, y como tal, los productos mercuriales ya han sido eliminados como antisépticos en todas partes del mundo desde 1930.

2. La AMP resalta la importancia de la vacu-

nación; sin embargo, debe realizarse previa evaluación del riesgo beneficio para el niño.

a) De ninguna manera queremos que se deje de vacunar a nuestros niños, pero que sean protegidos con vacunas libres de thiomersal, como lo hacen otros países en el mundo.

b) La población debe tener en cuenta que es muy importante que las vacunas sean administradas previa receta médica y en esquemas racionales de acuerdo a riesgos específicos.

3. La AMP exige el control de la contaminación crónica de metales pesados a través de otras fuentes como son: las amalgamas dentales, los peces contaminados por residuos de fábricas o mineras, pilas (baterías), termómetros, la gasolina no ecológica, equipos médicos, etc.

Finalmente pone de manifiesto que la intoxicación intermitente de mercurio a través de la aplicación de algunas vacunas con thiomersal es ilegal y una práctica no ética sumamente peligrosa como medida de salud pública, que exigimos sea subsanada a la brevedad posible por la ministra de Salud, neuróloga de profesión.