

BOLETÍN N°5 DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA PERUANA

1.-LA DESAPARICIÓN DEL ROL DE LOS CUERPOS MÉDICOS Y LA REESTRUCTURACION DE LOS HOSPITALES

Existe la Resolución Ministerial 886-2002-SA-DM, que en forma perentoria y apresurada solicita a los directores anteproyectos para una propuesta de reestructuración de los documentos técnico- normativos de los hospitales de todos los niveles incluyendo los de nivel IV, más conocidos como Institutos Especializados. Los documentos técnicos normativos como el Manual de Organización y Funciones (MOF), Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y de Cuadro Analítico de Personal (CAP), están ya normados en modo genérico desde 1990, por el Decreto Supremo 005-90 SA.

La Asociación Médica Peruana ha constatado que la R.M. 886-2002-SA-DM, del 20 de mayo de 2002 que establece los lineamientos técnicos normativos del Ministerio de Salud, sus órganos desconcentrados, y organismos públicos descentralizados, (MOF, ROF, CAP) tiene como base legal las siguientes normas Ley N° 27657 (Ley del Ministerio de Salud), Ley N° 27658 (Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado), Ley 27573 (Ley de presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2002) Resolución suprema N° 007-2002-SA (Designan Comisión encargada de elaborar el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud). Como podemos observar No se consigna al DS 005-90 que reconoce la existencia, y regula la participación de los cuerpos médicos como órgano asesor de las direcciones y otras funciones.

Ante tal amenaza por el desconocimiento del Rol del Cuerpo Médico en la marcha de los Institutos Especializados, los presidentes de los Cuerpos Médicos de los Institutos Especializados se reunieron en el Instituto de Salud del Niño el día 11 de junio 2002 para diseñar la estrategia a seguir en defensa de los Cuerpos Médicos. El acuerdo se plasmó al remitir al ministro de salud una solicitud para que suspenda el proceso de modificación de los Documentos Técnicos Normativos hasta que no se garantice el rol de los Cuerpos Médicos amparados y regulados por el D.S. 005-90-SA.

El miércoles 12 de junio los Presidentes de los Cuerpos Médicos de los Institutos Especializados (Hospitales IV Nivel) en compañía del Presidente del Consejo de Vigilancia de la Asociación Médica Peruana mantuvo una reunión con el Ministro de Salud, constatando que lamentablemente la decisión política de omitir a los Cuerpos Médicos como órganos asesores y demás competencias está tomada.

La Asociación Médica Peruana alerta a los Cuerpo Médicos frente a esta iniciativa sorpresiva que pretende desaparecer a los Cuerpos Médicos de los Organigramas de los servicios de salud. El Ministerio y las direcciones hospitalarias y DISAS lejos de realizar un proceso democrático y realizarse una serie de eventos como seminarios, talleres, etc., con el fin de lograr una propuesta técnica y sólida que tenga el consenso general, hacen exactamente lo contrario, por lo que han generado el rechazo de la profesión médica y la irrestricta defensa del D:S 005-90-SA que reconoce, regula a los Cuerpos Médicos.

2.- EL CMP Y EL SEGURO MÉDICO FAMILIAR.

La Asociación Médica Peruana ha venido recibiendo una serie de quejas en relación al SEMEFA o Seguro Médico Familiar del Colegio Médico del Perú. Los médicos hemos percibido al SEMEFA como un seguro cuya finalidad es apoyar y solidarizarse con los colegas para que obtengan servicios médicos en las clínicas, que no cobran honorarios profesionales, análisis de laboratorio, hospitalización y emergencia. Además los médicos esperábamos con entusiasmo y beneplácito, un apoyo por parte de nuestro Colegio Profesional, ya que nuestra querida profesión está muy devaluada al menos en lo que se refiere a remuneración y status social.

Por ejemplo un médico de ESSALUD percibe aproximadamente S/. 1700 soles de remuneración, cantidad que le permite vivir muy austeramente, pero por un sentimiento de amor y deber filial decide asegurar su familia al SEMEFA, para lo cual paga 200 soles mensuales que le es descontado por planilla.

Cuando el médico hace uso del servicio del SEMEFA, la mayoría de las veces por emergencia empieza a descubrir las restricciones y falta de cobertura, que no habían antes y que fueron modificados sin que el interesado se hubiese percatado.

Así el médico tiene que pagar el primer día de internamiento, hecho que no ocurría antes. De igual modo, el importe de las medicinas se ha triplicado de 10% a 30%

Si el familiar del médico necesita sangre, y es casi normal que la soliciten para cualquier cirugía, sólo los análisis de dos unidades de sangre que realiza la Unidad de Hemoterapia cuestan S/. 572 y S/. 477 por cada una, es decir S/. 1,050 por dos unidades de sangre, a lo que hay que agregarle el costo de las bolsas a pesar que la sangre es donada y que el propio médico ha conseguido a los donantes.

Esta comercialización a lo largo de los procedimientos médicos perjudica ampliamente al médico, y pone en entredicho la noble finalidad que debería tener el SEMEFA.

La Asociación Médica Peruana solicita al Consejo Nacional de Colegio Médico del Perú la humanización del Seguro Médico Familiar (SEMEFA).

3.- EL RETIRO DE LAS VACUNAS HINDÚES DE SARAMPIÓN.

4.-LA AUDITORIA MEDICA.

La Asociación Médica Peruana ha resaltado en diversas oportunidades que el principal problema que atraviesa la profesión médica es el ejercicio ilegal de la medicina por no médicos (intrusismo), seguido del riesgo del médico de ser comprendido en procesos de responsabilidad profesional médica.

Es así como se ha hecho lugar común, ver personas inescrupulosas e incluso profesionales de la salud, que hacen de médicos, de igual manera, hoy proliferan las denuncias contra los médicos y algunos funcionarios (incluso el propio ministro de salud) pretenden convertir a la auditoría médica en un proceso administrativo cuyo objetivo sea punitivo.

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

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

Asimismo, el Reglamento de Hospitales (D:S: 005-90-SA,) señala en el artículo 23 del citado decreto, que los órganos de asesoría de los hospitales son la Comisión de Asesoramiento, el Comité Técnico – Médico, el Comité Técnico – Administrativo y el Cuerpo Médico, de igual forma, el artículo 182 señala al Cuerpo Médico como órgano de carácter técnico, científico y ético-deontológico, y el 183 norma su competencia, como "órgano No estructural del Hospital, pero se le reconoce funciones de asesoría a la Dirección en los campos técnicos de su incumbencia. Es un órgano con capacidad técnica para juzgar los actos de cada uno de sus miembros en el ejercicio de su labor médica (Auditoría Médica)."

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

La Asociación Médica Peruana tomando en cuenta la características especiales y distintivas de la profesión médica, los bienes jurídicos que tutela y sobre todo por respeto a la intimidad, pudor, secreto profesional y los derechos de los pacientes exige que se cumpla la

tradición médica internacionalmente aceptada como derecho fundamental de los ciudadanos, y que se encuentra amparado, como ya hemos visto, en la legislación peruana. Es por ello, que las auditorías médicas deben realizarse sólo por médicos con la debida seriedad y respeto a las normas y los principios ético-deontológicos.

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

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

La Asociación Médica Peruana está vigilando muy de cerca el cumplimiento de la finalidad de las auditorías médicas y rechaza todo intento de convertirlos en punitivos y además advierte a las instituciones médicas para no dejarse sorprender por personas inescrupulosas que no siendo médicos pretenden no sólo capacitar en auditoría médica sino que incluso, en el colmo de la osadía, pretenden que no médicos incurrieren en la realización de auditorías médicas.

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

5.-SOBRE LOS FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA Y EL NEOLIBERALISMO

La Asociación Médica Peruana observa con mucha preocupación la forma galopante que se viene difundiendo el término Bioética. Es una moda. Y como tal existe un centro de poder económico que realiza un marketing impresionante. Sin embargo, lo más triste, es que connotados docentes de la Facultad de Medicina San Fernando han tomado la posta marketera como adolescentes embelesados de la mejor causa.

La Asociación Médica Peruana desnuda los principios o cimientos sobre el que se apoya la Bioética, la razón principal por la que pretende asegurar y afianzar su existencia. Como sabemos, en 1970 Van Rensselaer Potter, Profesor de Oncología en la Universidad de Winsconsin, acuñó el término "bioética" definiéndolo como "el estudio de la moralidad de los comportamientos humanos en el campo de las ciencias de la vida". En 1972 se funda el primer centro con el nombre oficial de Institute of Bioethics en el "The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics" en la Universidad de Georgetown de Washington.

La evolución de la nueva disciplina, acuñada como bioética 1973 ha sido tal que ya en 1978 se ve fundamentada con la publicación de la "Encyclopedia of Bioethics en 4 volúmenes, con 315 artículos y con una impresionante documentación sobre el conjunto de cuestiones éticas y sociales en el ámbito de las ciencias de la vida, de la salud y de la medicina", además de haber obtenido seguidores en casi todo el orbe. La bioética ha encontrado carta de ciudadanía y se ha visto impulsada por el proceso de globalización económica.

En las últimas dos décadas del siglo XX se da un vertiginoso giro ideológico bajo los auspicios del neoliberalismo fundamentalmente económico, las bases ideológicas de la práctica médica profundamente enraizadas en la ética hipocrática representa un freno para el desarrollo del nuevo modelo sanitario utilitarista, liberal.

Es necesario resaltar que la creación del término de bioética es el resultado del enlazamiento dentro de las instituciones médicas, del ejercicio profesional de los médicos y las consideraciones de orden económico y sobre todo con lo que implica relacionarse con pacientes terminales.

Por ejemplo el proceso de reforma de la salud aplicado en la década pasada tenía como fundamentos la contención de costos y la racionalidad económica del gasto en salud. Menos dinero para la salud y un gasto eficiente. El gasto eficiente se entendía como el abandono por el estado de su obligación de brindar atención médica a toda la población. Decir a toda la población significa subrayar un aspecto profundamente ético, sin embargo no es bioético. El bioético dice, si no

tengo dinero para todos, ¿en quien o quienes es preferible y deseable gastar?, el principio ético que dice: "salud para todos los peruanos" se transforma en el que dice "más salud para más peruanos". O puesto de una manera más cruda, si sólo tengo un respirador y dos pacientes que lo necesitan, uno de 21 y el otro de 78 años, a quien prefiero darle el respirador?, vaya, el bioético tiene que decidir a quien salvará y a quién le aplicará la eutanasia pasiva (a quien se le deja morir).

La bioética acuña así términos como: morir con dignidad, vida inútil, prolongación innecesaria de la vida, etc y pone el debate a nivel mundial por la legalización de la eutanasia activa (ayudarlo a morir) y otros novísimos conceptos.

La bioética pretende pasar a la ética médica por el tamiz del costo beneficio. Pretende relativizar los principios éticos a cada situación concreta. Es decir, la bioética es la ética utilitaria, que exagera el individualismo al instaurar como principio rector del quehacer médico a la autonomía de los pacientes, relativizando y degradando los principios eternos de la profesión médica, a saber: beneficencia, no maleficencia, justicia, libertad de conciencia del médico en el discernimiento clínico y la autonomía del paciente.

No hay que extrañarse que ya antes de la aparición del término de bioética dentro de la ética médica hubiesen ya pensadores que se planteaban problemas bioéticos, tal como lo hicieron 1969 Willard Cayling y Daniel Callaghan al fundar el Hastings Center de Nueva York, por ello la Asociación médica Peruana retoma y reafirma los principios genuinos e imperecederos de la medicina y rechaza a la bioética por ser el instrumento ideológico del neoliberalismo y del utilitarismo en la medicina.

6.-CENTROS DE ATENCIÓN MEDICA DEL SECTOR PUBLICO ESTAFAN A LOS PACIENTES

Los hospitales, centros de salud, postas médicas y demás establecimientos de atención médica del Ministerio de Salud y de Essalud, están brindando atención a la población por personal NO MEDICO, sin el conocimiento y menos el consentimiento de los pacientes, lo que configura una estafa.

Por ejemplo, cuando llega un paciente con presión alta al centro médico es derivado para ser atendido por una enfermera quien lo examina y prescribe medicamentos directamente. Una gestante acude a cualquier hospital de Essalud y es asignada automáticamente a una "doctora" que NO ES MEDICO sino obstetriz. En el caso de niños de 0 a 5 años en el programa de crecimiento y desarrollo son evaluados por enfermeras y no por pediatras. Lo mismo ocurre con los análisis de laboratorio los cuales no son realizados ni supervisados por médicos, sino por técnicos. El denominador común en estos casos es la sustitución de médicos por otros profesionales. Se niega así, el derecho elemental de la población a ser atendida por médicos.

Esta situación origina 3 daños:

1.- La ineficacia e ineficiencia de los establecimientos médicos, con grave perjuicio de la salud de la población, instituciones que están obligadas a brindarle a los pacientes servicios científicamente fundados y de contenido ético, que sólo el médico puede ofrecer.

2.- La violación del derecho a la intimidad de los pacientes. Los enfermos son desvestidos y revisados en su intimidad, sin la correspondiente confidencialidad y secreto profesional que le da la profesión médica.

3.- Es una estafa de parte de las instituciones médicas públicas ya que al paciente no se le informa que su atención no esta en manos de un médico. La motivación de las autoridades para promover esto es que se abaratan costos en detrimento de la salud de la población.

La Asociación Médica Peruana trabaja arduamente en defensa de la población y hace extensivo a los medios de comunicación, a las instituciones públicas y privadas para defender el derecho de la población a ser atendidos por médicos.

7.-INTRUSISMO EN MEDICINA EN EL PERÚ.

La Asociación Médica Peruana desde hace varios años realiza una serie de estudios y análisis de la realidad de la profesión médica en el Perú. Uno de los aspectos más saltantes y que origina una serie de

BOLETÍN N°5 DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA PERUANA

desajustes frente a las expectativas de la población peruana es el intrusismo. El intrusismo en medicina se define como la invasión en el ejercicio de la profesión médica por NO MÉDICOS. El médico peruano tiene que traspasar una serie de barreras para incursionar en el ejercicio profesional. El ingreso a una universidad, años de estudio, (es la profesión con más años), bachillerato, titulación y luego colegiación. Este prolongado recorrer de casi 9 años, permiten que el profesional egresado llamado médico cirujano ejerza la profesión tutelado por el Colegio Médico del Perú, organismo de derecho público (creado por la Constitución Política y la Ley). Es evidente que el estado esta en la obligación de tutelar el ejercicio de la medicina, no sólo como garantía al título que se otorga a los médicos a nombre de la Nación, sino sobre todo por ser un problema que atañe en modo directo sobre la vida y la salud de la población. El derecho a la vida y la salud constituye los pilares y fundamento del Estado. Es por ello, que el Código Penal recoge un artículo especial, 290 dedicado al ejercicio exclusivo de la medicina, que no tiene ninguna otra profesión.

La Asociación Médica Peruana ha identificado que en el Perú el intrusismo se realiza, en orden de frecuencia, por profesionales de la salud, de otras profesiones, no profesionales, estudiantes de medicina, internos y externos, estudiantes de otras profesiones de la salud y de otras profesiones. Lo grave del problema para nuestro país radica en que el intrusismo por profesionales de la salud es instigado por el gobierno desde las más altas esferas del poder. El intrusismo por los no profesionales, es decir público en general, representa también un problema espinoso debido a la confusión que se produce con los curanderos, chamanes, brujos, etc, quienes descontextualizados de su propia realidad, ofertan servicios médicos, sin ninguna regulación ni supervisión estatal. El contexto de pobreza y sobre todo el bajo nivel educativo de la población permite que estas practicas médicas se expresen con resultados fatales algunas de las veces. Por otro lado, el afán comercial y de lucro induce a realizar estudios clínicos de investigación con productos y plantas medicinales usados ancestralmente pero con propiedades y sustancias químicas aún desconocidas, en seres humanos. Esta violación de los derechos humanos se justifica con los términos "nuestras costumbres, nuestras raíces, etc" .

En el Perú el intrusismo entre médicos todavía no esta normado, pero de serlo ocurriría entre otros especialistas, con los no especialistas y con los residentes.

2.-¿Es necesario la intervención del derecho? Sí. El derecho tutela el correcto y exclusivo ejercicio de las profesiones tituladas a nombre de la nación, como garantía para los ciudadanos. Por lo tanto es importante

a.-La formación de una cultura ciudadana que comprenda la importancia del conocimiento especializado, y que en mérito a ello, la población demande tutela frente a quien desprecie esa especialización. (cultura contra el intrusismo)

b.-Los propios médicos debemos precisar los contenidos específicos de la profesión y los que corresponden a cada especialidad y lo que es el acto propio de cada especialidad. (La delimitación de esta frontera no es siempre sencilla).

3.-¿Con que herramientas interviene el derecho?

La constitución política, que es una carta fundamental de mínimos esenciales y de ideas rectoras, es lo estrictamente necesario, por lo que existen bases axiológicas para dar respuestas interpretativas a muchas dudas, por ello, la Constitución tutela el ejercicio de las profesiones tituladas a nombre de la nación, señalándoles sus deberes y los derechos de los ciudadanos y determinando su regulación por ley. La regulación la hace en dos sentidos:

a.-el derecho de todo ciudadano de alcanzar una profesión, y ejercerla bajo la protección del ordenamiento jurídico frente a todos aquellos que quieren turbar el correcto ejercicio.

b.-el derecho de todos los ciudadanos a esperar que el estado garantice con el control que legalmente ejerce sobre los títulos, la veracidad y solvencia de las profesiones, cuyo ejercicio autoriza. Y proclama la importancia de la profesión titulada como garantía para los ciudadanos.

c.-determina la adquisición y ejercicio de la profesión titulada en simultánea mención con la regulación del funcionamiento de los colegios profesionales, en nuestro caso del Colegio Médico del Perú.

4.-¿Qué hacer para satisfacer el mandato constitucional? Se tiene que intervenir en el derecho administrativo (y ético, a través del Código de Ética del CMP), y público (penal a través del Código Penal) así como en la educación en salud:

a.-Derecho Administrativo.- que se apoya en la creación de instituciones públicas, llamados colegios profesionales, en nuestro caso, Colegio Médico del Perú, y versa sobre:

1.-La legislación sobre los colegios profesionales y Estatuto interno del Colegio Profesional, en nuestro caso el CMP.

2.-La legislación sobre obtención de títulos universitarios

3.-La legislación sobre reconocimiento y convalidación de títulos del extranjero.

b.-Intervención del derecho penal.- El Código penal introducen sanciones para quienes violen las condiciones legalmente impuestas para el ejercicio de la profesión. .

El derecho penal por su propia naturaleza, función y fundamento, sólo debe actuar ante los casos más graves de ofensa al bien jurídico. En consecuencia hay que trabajar para generar el rechazo de la población al intrusismo.

c.-Crear una cultura general de la población que demande la profesionalización y rechace el intrusismo.

GUIA PARA COMBATIR EL INTRUSISMO EN MEDICINA

El intrusismo en medicina es el ejercicio de la profesión médica por personas que no cumplen los requisitos legales para ejercer como médicos, los mismos que pueden ser: profesionales de la salud, de otras profesiones, estudiantes de medicina, internos y externos, o no profesionales.

En el Perú el intrusismo entre médicos no esta normado, pero de estarlo ocurriría entre especialistas y no especialistas.

ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL INTRUSISMO EN EL PERÚ

El derecho tutela el correcto y exclusivo ejercicio de las profesiones tituladas a nombre de la nación, como garantía para los ciudadanos. Por lo tanto el Estado combate el intrusismo en la medicina como garantía para los ciudadanos administrativa y penalmente.

a. Administrativamente a través del Colegio Médico del Perú, como institución del estado y de derecho público interno, que tiene como funciones el otorgamiento de licencias de funcionamiento de médicos (colegiación) tanto de los títulos expedidos por las universidades peruanas, como de los títulos del extranjero reconocidos y convalidados por el sistema universitario peruano. La colegiación es obligatoria por ley.

El Colegio Médico tiene la iniciativa legislativa para regular mediante ley la obtención de títulos universitarios de médicos, así como el estatuto interno del Colegio Médico del Perú.

b. Penalmente a través del Ministerio Público ya que el artículo 363 del Código Penal, sanciona con pena privativa de la libertad el ejercicio de la profesión sin cumplir los requisitos legales para ejercer la profesión médica. (Colegiados hábiles en el Colegio Médico del Perú)

EL ROL DE LOS MÉDICOS CONTRA EL INTRUSISMO

Los médicos pueden combatir el intrusismo mediante:

a. La formación de una cultura ciudadana que comprenda la importancia del conocimiento especializado, y que en mérito a ello, la población demande tutela frente a quien desprecie esta especialización. Que la población exija y acepte la atención médica sólo de médicos.

b. Los propios médicos debemos precisar los contenidos específicos de la profesión y los que corresponden a cada especialidad y lo que es acto propio de cada especialidad. (La delimitación de esta frontera no es siempre sencilla).

c. La promulgación de leyes que amparen el ejercicio exclusivo en la profesión y cada especialidad. La Asociación Médica Peruana trabaja actualmente en señalar las competencias de la profesión médica y de las especialidades propiciando la iniciativa legislativa para dicho fin

d. La Asociación Médica Peruana recomienda no dar por válidos y rechazar cualquier acto médico no realizado por médicos colegiados como análisis de laboratorio, radiografías, interconsultas, etc. los mismos que deben llevar la firma y colegiatura del médico que los realizó.

e. Denunciar ante el Colegio Médico del Perú a todas las instituciones públicas o privadas que instigan y realizan intrusismo.

8.-EL RIESGO DEL CERTIFICADO MÉDICO. PROYECTO DE LEY DEBE SER OBSERVADO POR EL EJECUTIVO.

La Asociación Médica Peruana ha solicitado al Presidente Toledo y al Ministro de Economía y Finanzas observar el Proyecto de Ley aprobado por el Congreso de la República que grava con un impuesto la expedición del Certificado Médico, que hasta hoy era gratuito.

Los pagos por formularios o tramitación de procedimientos administrativos están comprendidos dentro del concepto de Tasa, y mas específicamente en la especie Derechos: Pero estos pagos según el Código Tributario deben ser exactamente equivalentes al costo del servicio prestado por el estado. Dado que en el presente caso del Certificado Médico habrá un ingreso mayor al costo que será destinado al Colegio Médico del Perú, es evidente que el cobro no es una tasa sino un impuesto. Sólo basta recordar toda la protesta que se generó a raíz del cobro por los pasaportes. Finalmente el propio gobierno de Fujimori tuvo que dar marcha atrás.

En el Perú existe un 22% de la población excluida de atención médica debido fundamentalmente a barreras económicas, esto lo sabemos los médicos que estamos frente a la pobreza día a día, ya que nuestros pacientes no pueden realizar el tratamiento que les recetamos por falta de dinero, esto se verá agravado con la creación de un nuevo impuesto, además, disminuirá enormemente el ingreso económico de los médicos que laboran sobre todo en las zonas más pobres del país ya que verán encarecidas sus consultas.

La ley es impulsada por el Colegio Médico del Perú (CMP), quien justifica la creación del nuevo impuesto, aduciendo la supuesta "falta de recursos económicos que no le permite cumplir sus metas institucionales". Es importante señalar que el Colegio Médico es una institución de derecho público creado por la Constitución y una ley especial, que percibe rentas por las cuotas obligatorias (tasa de colegiación) que pagan todos los médicos para poder ejercer la profesión en el Perú.

Por otro lado el Colegio Médico tiene otras formas de generar rentas pues son más de 38,000 médicos los que aportamos mensualmente la suma de 15.00 soles. Es propietario de dos predios en el centro de Miraflores valorados en varios millones de soles, posee una sede de invierno en Chaclacayo y sede de Playa en San Bartolo, además de múltiples locales en las diversas regiones del Perú; lo que hace que sea una institución sumamente solvente.

Por lo tanto, la Asociación Médica Peruana rechaza el fácil argumento de echar mano a un impuesto, grabando a la población enferma y perjudicando el ingreso de los propios médicos para resolver los problemas financieros del Colegio Médico del Perú. Además de aprobarse a insistencia de Congreso de la República, la Asociación Médica Peruana interpondría acción de inconstitucionalidad debido a que el artículo 79 de la Constitución Política señala "El Congreso no puede aprobar tributos con fines predeterminados, salvo por solicitud del Poder Ejecutivo".

9.-LA JORNADA LABORAL DEL MÉDICO Y LAS HORAS SANITARIAS.

La jornada laboral de los médicos es de seis horas diarias ininterrumpidas, de las cuales la consulta ambulatoria no podrá ser mayor a cuatro horas y las otras dos horas deben ser dedicadas a la labor docente, administrativa, de investigación, producción u otras relacionadas con el acto médico. Esta aseveración se sustenta en el artículo 9 del D.L. 559 "Ley de Trabajo Médico". También afirma que la jornada laboral es de 6 horas diaria, 36 horas semanales o 150 horas mensuales

Las modalidades de trabajo del médico según el artículo 8 de la misma ley son: la asistencial, docente, administrativa, de investigación, producción y otras relacionadas al acto médico.

Pero además el artículo 10 de la Ley de Trabajo Médico señala enfáticamente que la consulta ambulatoria no podrá ser mayor de cuatro horas diarias ininterrumpidas y las otras dos horas deben ser labores diferentes a la consulta ambulatoria.

¿Qué ocurre en la realidad?, los establecimientos de salud del Sector Público (Minsa, Essalud, Sanidades militares y policiales y otros) incumplen sistemáticamente la jornada laboral de los médicos. Essalud es el más renuente a su cumplimiento inclusive creando estándares basados en el número de consultas por hora y por 6 horas.

La Asociación Médica Peruana viene trabajando con los Cuerpos Médicos con la finalidad de cumplir la Ley de Trabajo Médico, habiendo conseguido ya que algunos hospitales reconozcan los legítimos derechos de los médicos. Es el caso de la Clínica Ramón Castilla de Essalud.

10.-EL PAGO DE LA PRODUCTIVIDAD Y FUNCIÓN ADMINISTRATIVA Y EL CIRCULO VICIOSO EN CONTRA DEL CIUDADANO.

11.-¿POR QUÉ SÓLO LOS MÉDICOS PUEDEN SER DIRECTORES DE LOS HOSPITALES?

A inicios de la década pasada se llevó a cabo un enorme debate en torno al profesional que debería dirigir los hospitales. La pregunta era ¿qué es preferible, perder un gran médico haciéndolo un mal administrador o poner un administrador y conservamos un gran médico?. Este debate obviaba el aspecto central, es decir, ¿cuál es la misión de un hospital?. Además, había un sesgo en la forma de formular la pregunta al darse por descontado que por el simple hecho de ser médico se debería ser un mal administrador y por otro lado que se trataría de un administrador general y todavía siempre exitoso. El argumento era perder un gran médico por el hecho de hacerlo administrador, desconociendo que el médico trabaja desde el inicio de su carrera como administrador. Es imposible hacer medicina si no se es administrador. El médico recién egresado administra personal de cuidados intermedios y de apoyo, al paciente, a la familia del paciente, su propio consultorio, la posta, el centro de salud, etc. Podríamos afirmar enfáticamente que si bien el acto médico es lo distintivo del médico, para plasmarse y producir el bien deseado a los pacientes, necesita como complemento del proceso completo de la administración (planeación, organización, dirección y control).

Toda organización se divide en administradores y operativos u operadores. Es el caso que el médico en un hospital o establecimiento de atención médica, nunca es un operativo. El médico de más bajo nivel, por la naturaleza del acto médico siempre realiza tareas de administrador, sea como supervisor, medio u alto nivel. Además, hay que tomar en cuenta que las organizaciones especializadas y complejas requieren de administradores del más alto nivel con un enorme conocimiento de la razón de su existir, es decir, engarzados en la propia misión de la organización.

La fuerza propulsora, la línea central de producción (servucción) de los hospitales o establecimientos de atención médica son los actos médicos. Sólo los actos médicos que se producen en un hospital señalan el perfil distintivo de esa rama dentro de la economía nacional.

El médico como conocedor de las habilidades, destrezas y actitudes propias del acto médico, fuerza propulsora de la organización

hospitalaria, y del proceso administrativo reúne los requisitos ideales para dirigir un establecimiento de atención médica u hospital.

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

Que ha ocurrido por no tener médicos administradores.

12.- INFORME TÉCNICO SOBRE EL ENRIQUECIDO LACTEO (PAPILLA) DEL PROGRAMA DEL VASO DE LECHE.

La Asociación Médica Peruana hace público el informe técnico elaborado por la Comisión Técnica de Alto Nivel constituida por: Dra. Flora Luna Gonzáles, Dra. Armida Quiñónez Guzmán, Dr. Cristian Andonaire Munaico, Dr. Carlos Santillán Ramírez, Dra. Juana Geng Blas., Dr. Julio Sánchez Tonohuye, en los términos siguientes:

INFORME TÉCNICO:

Vista la controversia surgida por la utilización del enriquecido lácteo, (papilla) así como las quejas por parte de las madres usuarias del programa del vaso de leche, la Asociación Médica Peruana, en uso de sus atribuciones en resguardo de la salud pública ha conformado La Comisión de Alto Nivel Académico con distinguidos docentes universitarios e investigadores médicos en el área de la nutrición, de cuyo exhaustivo informe técnico presentamos a la opinión pública algunas de las más importantes conclusiones:

1.-El enriquecido lácteo evaluado está compuesto principalmente de cereales y leguminosas, y la ciencia alimentaria nos ha permitido conocer que las proteínas de origen vegetal tienen menor valor biológico que las proteínas de origen animal porque no poseen todos los aminoácidos esenciales necesarios, para el crecimiento y desarrollo de los niños y las madres gestantes.

Las proteínas animales son primordiales en las dietas en estas etapas críticas de los niños en los países desarrollados. Por lo tanto, también en el Perú, estas proteínas animales deberían administrarse para suplementar la leche de los niños beneficiarios del vaso de leche.

2.-Los cereales y leguminosas del enriquecido lácteo tienen problemas de digestibilidad por el contenido elevado de fibra dietaria. Esta fibra forma oxalatos y fitatos, sales que impiden la absorción adecuada del Calcio y Hierro por el organismo. Estos últimos, elementos claves e insustituibles para el desarrollo del niño.

3.-De acuerdo al artículo 6 de la Ley 27470 del Programa del Vaso de leche se debe dar prioridad a la atención de los niños de 0 a 6 años y en la medida que se cumpla con ello se mantendrá la atención a los niños de 7 a 13 años.

El enriquecido lácteo no tiene una composición adecuada para los niños de 0-6 años y a las madres gestantes, porque incluye demasiados cereales juntos innecesariamente, mezcla que provoca problemas de digestibilidad y de alergia alimentaria.

4.-El consumo de estos enriquecidos lácteos producen en muchos casos problemas de urticarias, eczemas por alergia alimentaria y trastornos del aparato digestivo de diversa índole como intolerancia gástrica (por carencia enzimática para la absorción de los nutrientes), alergia alimentaria (exposición temprana de estas proteínas vegetales antes de los 2 años) y por intoxicación alimentaria (presencia de toxinas bacteriana y de otros microorganismos).

5.-Los envases de los enriquecidos lácteos con composiciones similares dan indicaciones diferentes para el consumo, por ejemplo, el producto Nutré está indicado para mayores de 2 años y mientras que Fortilac de 4 a 6 años.

6.-Los envases de los enriquecidos lácteos, no incluyen la cantidad de los ingredientes, no especifican el valor nutricional de los productos de acuerdo a las normas alimentarias.

No cumplen con los requisitos internacionales de todo alimento envasado como la descripción de los tipos de saborizantes y preservantes y lo que es más grave no poseen el control sanitario de la institución responsable, Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA.)

7.-No existe ninguna explicación técnica para que el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud recomiende 207 kilocalorías. El aporte recomendado técnicamente es de 413 kilocalorías considerando lo necesario para cubrir una de las tres raciones alimenticias diarias del niño de 0-6 años.

Las 207 kilocalorías representa sólo el 15% del aporte total recomendado como requerimiento mínimo en una ración, en tal sentido, ése aporte calórico tan bajo no tendrá ningún impacto positivo en la población beneficiaria, como ya ha sido demostrado en algunos países latinoamericanos como Guatemala y México.

POR LO TANTO:

La Asociación Médica Peruana recomienda que el componente fundamental de la dieta diaria de los niños es la leche materna, la leche de vaca fresca o en polvo.

La Asociación Médica Peruana solicita a las autoridades del Ministerio de Salud y de las Municipalidades del país la suspensión de la utilización del llamado enriquecido lácteo hasta que se hayan subsanado las observaciones realizadas por la profesión médica.

Marzo, 2002

13.-PRIORIZACIÓN DE LAS UNIVERSIDADES ESTATALES EN EL USO DEL CAMPO CLÍNICO.

14.-LOS CURSOS DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA SOLO PARA MÉDICOS. MÉDICOS FINANCIAMOS EL INTRUSISMO.

15.-PROYECTO DE LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL COORDINADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD.

15.-PROYECTO DE LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL COORDINADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD.

La Asociación Médica Peruana ha tomado conocimiento de la propuesta legislativa del Ministerio de Salud de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud (SNDS 08 . 08. 2001) hecha bajo la presidencia del Asesor Francisco Sánchez Moreno según R.M. N° 463-2001-SA / DM, que ha merecido de parte de la profesión médica un profundo rechazo por lo siguiente:

1.-En el año 1992, y el gobierno de Fujimori y estando Ministro de Salud Víctor Paredes Guerra, se promulgó la Ley de Organización y Funciones del MINSAL DL N° 584 y creó el Consejo Nacional de Salud (Art.11), que también presidió el entonces Asesor Dr Francisco Sánchez Moreno.

2.-La propuesta del Sistema Nacional Descentralizado de Salud, ideada bajo la presidencia del Asesor Francisco Sánchez Moreno confunde conceptos. Una cosa es el Sistema de Salud, que se define como el conjunto de elementos e interrelaciones que siendo o no servicios formalmente organizados por producir acciones y actividades normalmente definidas como de salud, contribuyen directa o indirectamente por intervención u omisión a la situación y nivel de salud de la población y otra es el Sistema de Servicios de Salud que se define como el conjunto de servicios que contribuyen con su producción a mejorar, proteger y reparar la salud de una población determinada y pueden ser: intersectoriales,-multiinstitucionales,-sectoriales,-servicios públicos, -servicios privados,f.- etc. De tal manera que al plantear en la exposición de motivos que " el Sistema de Salud en el Perú está segmentado y desorganizado", en realidad se está refiriendo al sistema de servicios de Salud. En el Perú el Sistema de Servicios de Salud esta segmentado, desorganizado y estratificado en función de los diversos estratos económicos y sociales. Pretender articularlo en función de los prestadores de servicios de

salud es una utopía. Los intereses y aspiraciones disímiles de cada uno de los prestadores lo impiden.

3.- Crear un Sistema de Servicios de Salud en función de los prestadores, con intereses y aspiraciones en conflicto, es un remedio peor que la enfermedad. El resultado sería una burocracia enorme con el fin de complementar los intereses, que según el proyecto es consensual.

4.- Los Sistemas de Servicios de Salud se construyen en base al financiamiento. Es decir, el eje del sistema es la competencia por el financiamiento. Estimula la creatividad, mejora la eficiencia y se reduce la burocracia. No es extraño por ello que el Perú se encuentre en el lugar 172 en cuanto a su capacidad de respuesta en salud y en el puesto 184 en cuanto a la equidad del financiamiento de 191 sistemas evaluados a nivel mundial.

5.-La creación del Consejo Nacional de Salud, constituido por 9 miembros un representante de cada uno de los siguientes subsectores: del Ministerio de Salud, del seguro social, asociación de municipalidades, sanidades de las FFAA y policiales, servicios de salud del sector privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector, organizaciones sociales de la comunidad. Esta misma estructura de 9 miembros se replica en el Comité Regional, en el Comité Provincial y en el Local. Esto significa un armatoste burocrático, pesado, costoso y estatizado. Alguien debe pagar las dietas, viáticos, oficinas, movilidad, local, etc. Además el proyecto prevé 9 miembros que representan a cada subsector representado con su respectiva resolución autoritativa y con limitadas capacidades de autonomía y decisión. Cada representante esta limitado por sus consejos directivos, jefaturas y directorios.

6.- El proyecto propone la municipalización de la salud. "Los Servicios de Salud Públicos se transferirán gradualmente", pudiendo serlo en su totalidad a los municipios. Se transfiere a la municipalidad la autoridad y los recursos.

7.- Transferir los servicios de salud a los municipios complica y dificulta la implementación del llamado Sistema Nacional Descentralizado de Salud, al introducir un elemento de distorsión entre los prestadores de Salud. Es necesario recordar la enorme dificultad que enfrentó Fujimori con el intento de municipalización. Los conflictos laborales, la falta de definición de los recursos y sobre todo la posibilidad de convertir a los establecimientos de salud como cajas recaudadoras y chicas de los alcaldes, además del peligro de politización de los servicios de salud y de la atención médica. Legislar la municipalización de la salud en forma apresurada, sin debate, como escondida en un caballo de troya y sin tomar en cuenta el intento fracasado del fujimorismo es llevamos a un salto en el vacío.

La Asociación Médica Peruana rechaza el Proyecto del Sistema Nacional Descentralizado de Salud según R.M. N° 463-2001-SA / DM por ser antitécnico, burocrático, estatista, oneroso, utópico y llevar escondido el proceso de municipalización ya fracasado.

16.-EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD.

1.-El seguro integral de salud tiene un nombre cuyo afán es demagógico. El seguro integral no es integral es básico.

2.-No tiene financiamiento definido

3.-No tiene norma: Ley del Seguro Integral de Salud.

4.-Los planes de salud tienen muchas exclusiones.

5.-El trámite del seguro es engorroso.

6.-Propicia el conflicto contra el médico. Hay una brecha entre expectativas frente a las realidades.

7.-El proceso de selección y focalización es engorroso

8.-El control es costoso. No evita el sobre costo y es poco eficiente.

9.-El FISSAL es virtual.

10.-Estafa a los pacientes, les hace creer que serán atendidos por médicos, cuando en realidad lo hacen no médicos, llamados OTROS. No están preparados para brindar la oferta que se plantea. Las propias fichas del llamado Seguro Integral de Salud reconocen que son atendidos por otros que brindan la atención e inclusive recetan los escasos medicamentos que el llamado Seguro Integral es dotado.

17.- LAS MODIFICACIONES DEL CÓDIGO PENAL (ART. 290 Y 363)

La Junta Directiva de la Asociación Médica Peruana ha recibido el informe de Asesoría Jurídica en relación a la modificación de 2 artículos del código penal que atañen directamente a la profesión médica y que por sus implicancias en la salud de la población peruana ha merecido de nuestra parte un profundo rechazo.

OBSERVACIONES:

El 14 de junio del 2002, se ha promulgado la Ley 27754 Ley que modifica los artículos 290 y 363 del Código Penal, la cual afecta a la profesión médica de la siguiente forma:

1.-Permitiendo el ejercicio de la medicina a profesionales de la salud no médicos:

a) Antes se protegía el ejercicio de la medicina, del ejercicio ilegal de la medicina de otros profesionales de la salud no médicos (Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetrix, enfermero, tecnólogo médico) o cualquier persona que se dedica a cualquier actividad (chamanes brujos, etc).

b) Ahora al estar en el mismo artículo y ser también profesión médica los profesionales de la salud (Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetrix, enfermero, tecnólogo médico) no cometerían el delito de ejercicio ilegal de la medicina si anuncian, emite diagnósticos, prescriben, administran o aplican cualquier medio supuestamente destinado al cuidado de la salud.

2.-Prohibiendo el ejercicio de la medicina a los médicos:

c) Ahora se protege a los profesionales de la salud, prohibiendo penalmente al médico realizar dichas actividades de los profesionales de la salud (Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetrix, enfermero, tecnólogo médico).

d) Ahora se le permite a los profesionales de la salud (Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetrix, enfermero, tecnólogo médico) que hagan actos médicos sin supervisión médica, al establecer que son profesiones médicas.

FUNDAMENTOS

1.- Toda norma penal tiene tres elementos:

a) Los sujetos a los cuales está dirigida la norma (Modificado)

b) El acto o conducta sancionada (Sin modificar)

c) La sanción (Modificado)

2.-En cuanto a la modificación del artículo 363, la modificación se refiere al incremento de la pena mínima que antes era de un año y ahora será mínimo dos años, la pena máxima se mantiene en cuatro años.

3.-En cuanto a la modificación del artículo 290, que pena el ejercicio ilegal de la medicina, las modificaciones se refieren a los siguientes aspectos:

a.-En cuanto a los sujetos a los cuales esta dirigida la sanción antes era «el que, careciendo de título» (se sobreentendía título de médico); ahora es «el que simulando la calidad de médico u otra profesión de las ciencias médicas».

b.-En cuanto al acto conducta sancionada no ha habido modificación fue y siguen siendo dos y los mismos «1. Anuncia, emite diagnósticos, prescribe, administra o aplica cualquier medio supuestamente destinado al cuidado de la salud, aunque obre de modo gratuito; 2. Expide dictámenes o informes destinados a sustentar el diagnóstico, la prescripción o la administración a que se refiere el inciso 1.»

c.-La pena privativa de la libertad era de (0 a 2 años) o con prestación de servicio comunitario de (20 a 52 jornadas); ahora será la pena privativa de la libertad de (1 a 4 años), o con prestación de servicio comunitario de (20 a 100 jornadas).

Por lo expuesto la Asociación Médica Peruana ha señalado que la modificación es antitécnica, pone en riesgo innecesario a la población peruana y sobre todo inaugura un precedente nefasto para el establecimiento de las competencias del acto médico. La Asociación Médica Peruana solicita al Congreso de la República a enmendar terrible error y a los médicos y población en general a cerrar filas en la defensa de la seguridad jurídica a favor de la vida y salud

18.- EL HOSPITAL REBAGLIATI Y LOS PATÓLOGOS CLÍNICOS

La Asociación Médica Peruana ha tenido que enfrentar arduamente la gestión antimédica de funcionarios, como ha ocurrido en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, con el ex Gerente General Edgar Morales Landeo, que pretendió perjudicar y maltratar a la especialidad de Patología Clínica instigando el ejercicio ilegal de la medicina a los tecnólogos médicos y sometiendo a los pacientes del prestigiado nosocomio a riesgo innecesario.

La Asociación Médica Peruana rechazó la Carta Nº 442-GG-HNERM-ESSALUD-2002, por ser ILEGAL, ya que obliga a los Médicos Patólogos Clínicos a "validar los análisis de laboratorio" instigando el ejercicio ilegal de la profesión médica por parte de los Tecnólogos Médicos.

Además la asociación Médica Peruana aclaró que las interpretaciones de los resultados de laboratorio son actos médicos, por lo tanto deben llevar únicamente el sello y firma del Médico Patólogo Clínico, como se ha venido realizando hasta la ilegal Carta Nº442-GG-HNERM-ESSALUD-2002, del Ex Gerente General, Edgar Morales Landeo.

La Asociación Médica Peruana aclaró que la Carta 103-GADyT-HNERM-ESSALUD-2002, de la Gerencia de Ayuda Diagnostica implementa e instiga el ejercicio ilegal de la profesión médica, al establecer que toda solicitud de análisis o pruebas de laboratorio deban ser procesadas por Tecnólogos Médicos, también se está prohibiendo increíblemente que los médicos Patólogos Clínicos "procesen" los análisis o pruebas de laboratorio.

Asimismo La Asociación Médica Peruana señaló que los delitos que con la Carta 103-GADyT-HNERM-ESSALUD-2002 se instiga son los tipificados en el artículo 363 del Código Penal sobre el Ejercicio ilegal de profesión «El que, con falso título o el titulado que sin reunir los requisitos legales, ejerce profesión que los requiera, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.», y el artículo 364 del Código Penal sobre la Participación en ejercicio ilegal «El profesional que ampara con su firma el trabajo de quien no tiene título para ejercerlo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de cuatro años e inhabilitación de uno a tres años conforme al artículo 36º, incisos 1 y 2.».

La Asociación Médica Peruana trabajó arduamente en el cese del gerente antimédico aludido y se mantiene vigilante en el cumplimiento de las disposiciones legales que regulan el ejercicio profesional de la medicina, asimismo felicita y se solidariza con los médicos patólogos clínicos del Hospital Rebagliati, por el estoicismo demostrado en la defensa de sus competencias y en la defensa de la vida y la salud de los asegurados y pacientes del prestigioso nosocomio.

19.-ENTREVISTA SOBRE EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA

1.-¿

El Perú tiene 7,000 establecimientos de salud a nivel nacional. Aproximadamente 250 hospitales y el resto centros y puestos de salud. Los establecimientos de salud se dividen en función de complejidad. Los menos complejos son las postas, luego los centros de salud, los hospitales generales y los más complejos los institutos especializados. El problema del ejercicio de la medicina por no médicos se da de alguna manera en el 90% de los establecimientos.

2 En qué instituciones ha sucedido el problema. Las denuncias que se han hecho hasta el momento.

Las denuncias más graves se refieren a los hospitales de más alta complejidad, como por ejemplo, el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Hay la denuncia puntual y documentada del servicio de laboratorio, donde los tecnólogos de laboratorio realizan los análisis al margen de los médicos. El Hospital Rebagliati tiene 96 tecnólogos y sólo 15 médicos patólogos clínicos, o también llamados médicos de laboratorio. El Hospital procesa 33,000 muestras en promedio al mes. Es imposible, por el volumen de muestras, que los médicos puedan analizarlas todas. Es más, la gerencia hospitalaria esta obligando a los médicos que firmen y sellen los análisis al lado de los tecnólogos, para

de alguna manera salvar su responsabilidad. Hecho prohibido y que ha generado el rechazo de los médicos.

El mismo Hospital Rebagliati no tiene médicos patólogos clínicos a cargo del laboratorio de emergencias, sino que esta a cargo de tecnólogos, poniendo en grave riesgo a la población asegurada.

Lo grave del hecho es que el Hospital Rebagliati es de altísima complejidad, por lo que la forma como se conduce es imitado por los demás hospitales del país.

Verbalmente también te comenté lo ocurrido en el Centro de Salud de Piedra Liza, donde el servicio de partos y de ginecología esta a cargo de obstétricas y no de médicos. Las obstétricas son enfermeras obstétricas, no son médicos. Estudian 4 años y un año de práctica, contra 13 años que estudia un ginecólogo-obstetra. (9 años de medicina, 1 año de servicio rural y 3 años de especialidad) luego haber postulado en condiciones muy reñidas para acceder a cada escalón.

3 A cuánto asciende el dinero que no gasta EsSalud y el Ministerio al no solucionar el problema.

En realidad el problema es al revés. Al no atender desde un inicio a la población por médicos, los pacientes se complican y vuelven en situaciones que aumentan en el mediano plazo los gastos en salud. En cambio en el ministerio de Salud los gastos de la complicación no los paga el establecimiento de salud, sino la propia población, lo que es un abuso. Como se sabe, en el ministerio de salud se paga todo, aunque a veces en forma parcialmente subsidiada.

La gerencia de los establecimientos de salud, al no poder atender toda la demanda de atención, "patean" las atenciones para adelante, con la finalidad de darse un respiro y frenar la demanda actual. Esta política de patear para adelante la demanda ya explotó.

4 Por qué no se soluciona el problema

El problema no es económico, es de percepción de prioridades. La razón de ser de los establecimientos de salud son los pacientes. Sin embargo, las autoridades no quieren reconocer que el sistema ya explotó. La razón de ser de los sistemas de salud es atender a los pacientes, no dejarlos que se mueran o compliquen. Se tiene que redireccionar los gastos en salud.

5 En este caso hay delito penal, al margen de lo que me dio en la nota de prensa.

Código Penal. Art. 363: Ejercicio ilegal de la profesión:

"El que con falso título o el titulado que sin reunir los requisitos legales, ejerce profesión que los requiera, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años".

Código Penal. Art. 290: Ejercicio ilegal de la medicina.

"será reprimido con pena privativa de la libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de 20 a 52 jornadas, el que careciendo de título, realiza cualquiera de las acciones siguientes:

1.-Anuncia, emite diagnósticos, prescribe, administra o aplica cualquier medio supuestamente destinado al cuidado de la salud, aunque obre de modo gratuito.

2.-Expide dictámenes o informes destinados a sustentar diagnóstico, o la prescripción"

6 Si conoce algunas personas que han sufrido el problema, ayúdeme a ubicarlas.

Los afectados muchas veces no se dan ni cuenta. Incluso denuncian en los medios de comunicación como negligencia médica, sin que haya participado en el hecho médico alguno. A medida que conozcan los pacientes sus derechos, cultivarán también la queja y la denuncia. Es una labor de educación de la cultura del consumidor. La Asociación Médica Peruana desea contribuir a defender los derechos de los pacientes y de ese modo también defender el prestigio de la profesión médica.

20-OBSERVACIONES AL DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE TRABAJO DEL PROYECTO DE LEY DE TRABAJO DE LA OBSTETRIZ/OBSTETRA.

ARTÍCULO 1° DEL PROYECTO.- ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA NORMA

La presente Ley norma el ejercicio profesional de la obstetrix/obstetra colegiado y habilitado en todas las dependencias del sector público, así como en el sector privado y en el ejercicio liberal de la profesión, en cuanto les resulten aplicables.

Observación de la AMP: La Comisión de Trabajo ha dictaminado el ejercicio profesional de la "obstetrix-obstetra" invadiendo el campo de la Comisión de Salud, ya que no sólo pretende normar el aspecto laboral, sino las competencias profesionales de la obstetrix. Las competencias profesionales, en una ley marco, de las diversas especialidades de la salud deben ser normadas por la comisión de salud.

ARTÍCULO 2° DEL PROYECTO.- ROL DE LA OBSTETRIZ/OBSTETRA

La obstetrix/obstetra, aplica el acto médico en su especialidad, provee, oferta y administra servicios obstétricos, salud sexual y reproductiva a la familia y la comunidad, en forma científica, tecnológica y sistematizada.

Observación de la AMP: El acto médico sólo puede ser realizado por el médico cirujano, según el artículo 4° del DL 559 que dice "Acto médico es lo fundamental del trabajo del médico cirujano, por lo cual tiene la más alta responsabilidad moral y legal de sus efectos" y como regula el artículo 35° de la Ley General de Salud que dice "Quienes desarrollan actividades profesionales, técnicas o auxiliares relacionadas con la salud de las personas, se limitarán a ejercerlas en el área que el título, certificado o autorización legalmente expedidos determine". La obstetricia es una especialidad de enfermería, por lo que el nombre correcto debería ser enfermería obstétrica, ya que la especialidad en esa área de la medicina se llama gineco-obstetricia donde la obstetrix (enfermera obstétrica) es su apoyo.

ARTÍCULO 4 DEL PROYECTO.- REQUISITOS PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Para el ejercicio profesional es requisito indispensable el título universitario a nombre de la nación, así como la colegiación conforme lo normado por el Decreto Ley 21210, Ley de Creación del Colegio de Obstetrix del Perú y la Ley 26842, Ley General de Salud. Es de aplicación lo dispuesto por el artículo 363° del código penal a quien ejerza ilegalmente la profesión de obstetricia.

Observación de la AMP: El título universitario a nombre de la nación, les autoriza a realizar actos sanitarios en obstetricia.

Artículo 5° del proyecto.- Normas aplicables

El acto médico se encuentra regulado, principalmente, por el Código de Ética del Colegio de Obstetrix del Perú, por la Ley General de Salud, Ley 26842 y la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, Decreto Legislativo 276 y su reglamento, y en el Sector Privado por las normas que le fueren aplicables.

Observación de la AMP: Faltan a la verdad, ninguna norma señalada regula que el acto médico es realizado por las obstetrixes. El acto médico se encuentra regulado por el Código de Ética del Colegio Médico del Perú (05-October-2000) Título II Artículo 12 "Acto médico es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Han de entenderse como tal los actos de

diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico". El acto sanitario en cambio es la relación del paciente con cualquier otro profesional de la salud no-médico como Cirujanos-dentistas, Químicos-farmacéuticos, Obstetrixes, Enfermeras, tecnólogos, médicos-veterinarios, biólogos, psicólogos, nutricionistas, ingeniero sanitario, asistentes sociales". (Según ley de profesionales de la salud) Por lo tanto el acto médico no puede estar regulado por el Código de Ética del Colegio de Obstetrixes del Perú. * Sería de ripley que los médicos cirujanos se guíen por el Código de Ética del Colegio de Obstetrixes. La ley 26842, (Ley General de Salud) no regula el acto médico como labor de la Obstetrix.

En la Reglamentación de la Ley del Trabajo Médico DS N° 024-2001-SA (21-Julio-2000) Artículo 4° Principios del acto médico: "El acto médico basado en el principio de responsabilidad y abnegación es lo fundamental y distintivo del trabajo del medico-cirujano. Su contenido, vigilancia y evaluación ética y deontológico se rige por el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

El artículo 5° de la Reglamentación de la Ley del Trabajo Médico DS N° 024-2001-SA (21-Julio-2000) Del contenido del acto médico , "reconoce como acto médico toda acción o disposición en el ejercicio de la profesión médica".

El Artículo 6 Reglamentación de la Ley del Trabajo Médico DS N° 024-2001-SA (21-Julio-2000) responsabiliza al médico cirujano del acto médico y no a otros profesionales de la salud.

CAPITULO II DE LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDAD

ARTÍCULO 6 DEL PROYECTO.- FUNCIONES

Corresponde a la obstetrix/obstetra el ejercicio de las siguientes funciones:

Asistencial:

1. En la etapa pre-natal consulta obstétrica: Examina, diagnostica, prescribe y administra tratamiento especializado en la etapa concepcional, pre natal e intra natal. Detecta y brinda atención al riesgo obstétrico y reproductivo para su respectiva referencia a la especialidad y nivel correspondiente. Realiza e interpreta la monitorización fetal electrónica, la ecografía y detección de signos de alarma para su referencia.

Observación de la AMP: La consulta obstétrica sólo es realizada por los médicos -cirujanos y las obstetrixes deben realizar exclusivamente controles obstétricos, es decir no diagnosticar, ni recetar medicamentos reservados para la profesión médica.

Además, el diagnóstico de sano es muy difícil incluso para los especialistas médicos gineco-obstetrixes, debido a que las enfermedades a sus inicios (estadio preclínico) no dan molestias, síntomas, luego cuando dan molestias o síntomas, (estadio clínico) ya es tarde porque dejan secuelas y su recuperación es más cara. Cuando la sintomatología es florida y evidente, el diagnóstico es más fácil, pero cuando es escasa e incipiente es difícil. Una simple lógica de eficacia terapéutica y de costo-beneficio nos indica que es mas conveniente que el médico atienda a las pacientes gestante llamadas normales y realizar la detección precoz de las enfermedades. Esta es precisamente la tendencia mundial en la medicina.

Artículo 7° del proyecto.- Responsabilidad

La profesional obstetrix/obstetra es responsable de los daños y perjuicios que ocasione al paciente por ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades, conforme a ley.

La obstetra está autorizado a practicar los actos médicos propios de su carrera sin requerir la supervisión de otro profesional de la salud.

Observación de la AMP: Los actos sanitarios sirven de apoyo a los actos médicos que son terminales, por lo tanto la obstetrix requiere de modo obligatorio supervisión del médico.

BOLETÍN N°5 DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA PERUANA

CAPITULO III DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

ARTÍCULO 8° DEL PROYECTO.- DERECHOS

Son derechos de la obstetrix/obstetra:

1. Acceder a cargos administrativos de dirección y gerencia en igualdad de condiciones que los demás profesionales de la salud y similares en instituciones públicas y privadas

Observación de la AMP: Los hospitales son sistemas de atención médica, por lo tanto su actividad central, es el acto médico. Mal podrían dirigir los hospitales quienes realizan actos sanitarios y no médicos.

ARTÍCULO 20 DEL PROYECTO.- DE LA UBICACIÓN ORGÁNICA

En todo establecimiento de salud se considerará la Unidad Orgánica de Obstetricia como órgano de línea, dependiente de la máxima instancia de dirección de la entidad correspondiente.

Observación de la AMP: Crear una unidad orgánica de obstetricia, dependiente de la máxima instancia a cargo de una obstetrix, significa en la práctica conducir y tener autoridad sobre los médicos ginecólogos-obstetras.

21-OBSERVACIONES DE LA ASOCIACION MEDICA PERUANA ALPROYECTO DE LEY N° 2319 LEY DE TRABAJO DEL TECNÓLOGO MÉDICO

TITULO 1 DISPOSICIONES GENERALES CAPITULO I

Artículo 1°.- Ámbito de aplicación de la ley

La presente ley norma el ejercicio profesional del tecnólogo médico colegiado en todas las dependencias del sector público, así como en el sector privado, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada. De ser el caso, se aplicará la norma o condición más beneficiosa para el tecnólogo médico.

Observación de la Asociación Médica Peruana:

-Las competencias profesionales del tecnólogo deben ser estudiadas técnicamente por la comisión de salud, población, familia y discapacidad, y expresadas en una ley marco para todos los profesionales de la salud - no médicos -.

Artículo 2.- rol de la profesión del tecnólogo médico

"el tecnólogo médico, como profesional de la salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y humanística, en los procesos de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento de enfermedades y secuelas invalidantes, contribuyendo a la solución de la problemática de salud..."

Observación de la Asociación Médica Peruana

El diagnóstico y el tratamiento son parte del acto médico ("toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica, han de entenderse como tal los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de los pacientes así como los que se deriven directamente de estos los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico".(Código de Ética del CMP 5/10/2000. Título 2. Artículo 12.)

Los tecnólogos son profesionales de la salud que realizan actos sanitarios "el acto sanitario en cambio es la relación del paciente con cualquier profesional de la salud no médico, como cirujano dentista, químico farmacéutico, obstétricas, enfermeras, tecnólogos, veterinarios, biólogos, psicólogos, nutricionistas, ingeniero sanitario, asistentes sociales"

Por lo tanto: Los tecnólogos no diagnostican, ni prescriben, ellos cumplen las indicaciones terapéuticas de los médicos, orientadas al área en que trabajan. Hacer una ley en forma genérica, para una profesión que trabaja en varias áreas (laboratorio, radiología,

rehabilitación, optometría, etc.) Otorgaría competencias propias del médico

Por ejemplo en el área de laboratorio, los análisis se realizan mediante un proceso, el mismo que comprende tres fases a saber: fase pre analítica, analítica, y post analítica, proceso que sólo puede ser hecho por el médico patólogo clínico, lo que incluye como es normal la interpretación de los exámenes clínicos, « los cuales son de exclusiva competencia de los médicos especialistas en patología clínica.»

Artículo 3.- ámbito de la profesión de tecnólogo médico

La profesión de tecnólogo médico se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a dar solución a la problemática de salud del individuo, la familia y la comunidad, desenvolviéndose básicamente en las áreas: terapia física y rehabilitación, laboratorio clínico y anatomía patológica, radiología, optometría, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.

Observación de la Asociación Médica Peruana.-

Sus acciones sólo contribuyen a dar solución. No dan la solución total a la problemática de salud.

Artículo 4.- Normas aplicables

El trabajo del tecnólogo médico se rige por la presente ley y por el código de Ética y Deontología del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, así como por la ley no. 26842, Ley General de Salud, la ley no. 23536, la ley no. 23728, el decreto legislativo no. 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del sector público y su reglamento, y en el sector privado por las normas que le fueren aplicables.

Observación de la Asociación Médica Peruana

En ninguna norma aludida, se señala que el acto médico es realizado por los tecnólogos.

Artículo 5.- requisitos para el ejercicio de la profesión

Para el ejercicio de la profesión se requiere necesariamente el título universitario de licenciatura en tecnología médica a nombre de la nación, luego de haber concluido satisfactoriamente diez semestres o cinco años académicos, y encontrarse inscrito en el colegio tecnólogo médico del Perú. El ingreso a la carrera pública se realiza mediante concurso de méritos conforme a la ley sobre la materia.

Observación de la Asociación Médica Peruana

El título universitario a nombre de la nación y la licenciatura, por el colegio profesional respectivo son requisitos para que ellos realicen actos sanitarios y no actos médicos.

CAPITULO II

DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DEL TECNÓLOGO MEDICO

Artículo 6.-responsabilidad del tecnólogo médico

El tecnólogo médico es el profesional de la salud responsable de los actos que realice dentro de las áreas señaladas en el artículo 3, en el marco de defensa de la vida, promoción y cuidado integral de la salud.

El tecnólogo médico deberá suscribir sus informes, evaluaciones, resultados y otros actos que realice dentro del ámbito de su competencia, sin requerir el refrendo de otro profesional de salud.

Observaciones de la Asociación Médica Peruana

En la reglamentación de la ley del trabajo médico, DS.024-2001-SA del 21 07 2000, Art.4: principios del acto médico: "el acto médico basado en el principio de responsabilidad y abnegación es lo fundamental y distintivo del trabajo del médico cirujano. Su contenido, vigilancia y evaluación ética y deontología se rige por el Código de Ética y Deontología del CMP. Y el Art.6 responsabiliza al médico cirujano de los efectos del acto médico y no a otros profesionales de la salud.

Artículo 7.-

Se prohíbe la utilización de la denominación de tecnólogo médico u otra análoga, a quien carezca del título correspondiente, siendo pasible de la responsabilidad civil y penal que corresponda.

Observación de la Asociación Médica Peruana

La denominación de tecnólogo médico se presta a confusión, ellos deben ser llamados tecnólogos de salud o tecnólogos sanitarios, por que no son médicos.

Artículo 8.- funciones del tecnólogo médico

Corresponde al tecnólogo médico el ejercicio de las siguientes funciones:

BOLETÍN N°5 DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA PERUANA

A) diseño, planificación, ejecución y supervisión de exámenes, procedimientos, evaluaciones y/o tratamiento en el campo de su competencia.

D) participar en la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de los programas y proyectos de asistencia, promoción y prevención de salud.

E) participar en el diseño, planificación, vigilancia y evaluación de políticas de salud a nivel institucional, local, regional o sectorial dentro del ámbito de su competencia.

I) ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de la tecnología médica.

J) emitir peritajes legales en el campo de su competencia profesional.

L) diseñar, planificar, coordinar, dirigir, monitorear y evaluar programas y acciones administrativas en todos los niveles de atención de salud.

N) planificar, elaborar, aplicar y evaluar los estándares de calidad y acreditación así como en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad de atención al usuario en los diferentes campos de acción profesional.

Observación de la Asociación Médica Peruana

Los tecnólogos sanitarios, son operativos de las acciones que les establecen los médicos especialistas en las áreas de su competencia, quienes necesariamente los deben supervisar.

CAPITULO III

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Artículo 9.- derechos

El tecnólogo médico tiene derecho a:

A) acceder a cargos de dirección o gerencia en igualdad de condiciones que los demás profesionales de salud y similares en instituciones públicas y privadas.

Observación de la Asociación Médica Peruana

Acceder a cargos de dirección o gerencia representaría un riesgo, ya que los hospitales son sistemas de atención médica, por lo tanto su actividad central, es el acto médico. Mal podrían dirigir estos establecimientos, quienes realizan actos sanitarios y no actos médicos.

Artículo 10.- de las obligaciones

El tecnólogo médico esta obligado a:

A) cumplir los preceptos establecidos en el código de Ética y deontología del Colegio Tecnólogo Médico del Perú.

B) conocer y aplicar la legislación de salud vigente y las políticas del sector.

C) cumplir con las obligaciones y prohibiciones que establece el decreto legislativo N° 276, si labora en el sector público, y con las normas de la legislación común, si labora en el sector privado.

Observación de la Asociación Médica Peruana

El nombre de tecnología médica es incorrecto y crea confusión, en las competencias profesionales y en las expectativas de los usuarios.

CAPITULO IV

DE LA ESTRUCTURA Y NIVELES DE LA CARRERA

Artículo 13.- de la ubicación orgánica

En todo establecimiento de salud se considerará la unidad orgánica de tecnología médica como órgano de línea, dependiente de la máxima instancia de dirección de la entidad correspondiente.

Artículo 14.- de la dirección de la unidad orgánica

El cargo de dirección de mayor jerarquía de la unidad orgánica de tecnología médica será ocupado necesariamente por un profesional tecnólogo médico, de acuerdo a estricto concurso de méritos.

Observación de la Asociación Médica Peruana de los artículos 13 y 14°
Crear una unidad orgánica de tecnología a cargo de un tecnólogo de salud dependiente de la máxima instancia, significa en la práctica trabajar sin la supervisión y dirección técnica del médico, poniendo en riesgo a la población atendida.

Art. 25: el trabajo asistencial en el trabajo privado.

El tecnólogo médico que trabaja en el sector privado esta autorizado para dirigir los centros de apoyo médico y servicios de apoyo de diagnóstico y terapéutico.

Observación de la Asociación Médica Peruana

El D:S. 023-87-SA Reglamento General de Establecimientos de Salud del Subsector No Público, cap.2, art. 8.5., establece: Servicios médicos de apoyo diagnóstico y terapéutico: "son establecimientos que están bajo la dirección responsable de un médico. Esta denominación corresponde a aquellos establecimientos que brindan servicios en

algunas sub especialidades, como: laboratorio clínico, anatomía patológica, radiodiagnóstico, servicio de diagnóstico por imágenes (TAC, hemodiálisis, ecografía, ecocardiografía), y otros servicios profesionales según la sub especialidad".

22.-RECHAZAR LOS COMITES DE ASCENSOS Y DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO. EXIGIMOS NIVELACIÓN AUTOMÁTICA

Visto la R.M. 1042-2002-SA/DM del 22 de junio 2002, que regula el inicio de los procesos de ascenso de servidores de la carrera médica del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos Descentralizados;

CONSIDERANDO:

1.- Que el artículo 41 del D.S. 024-2001-SA señala que el Comité de Evaluación del Trabajo Médico está constituido por dos representantes de la Dirección, y un representante del Cuerpo Médico donde lo hubiere y que el artículo 2 del R.M. 1042-2002-SA/DM norma el mecanismo por el que la Dirección designa a sus representantes, restringiendo su capacidad de designación sólo a los médicos que se encuentren en el nivel V, y sobre la base de una cuadrilla elegida por el "gremio médico".

2.-Que el gremio médico de los hospitales esta constituido por los Cuerpos Médicos, según el D.S. 005-90.SA.

3.-Que la primera disposición complementaria y final del D:S. 024-2001-SA señala que la incorporación al escalafón de la carrera médica, en función del tiempo de servicio acreditado a la fecha de promulgarse el Presente Reglamento se hará de la presente forma:

Nivel 1 hasta 5 años de servicios

Nivel II de 5 años 1 día hasta 10 años

Nivel III de 10 años 1 día hasta 15 años

Nivel IV de 15 años 1 día hasta 20 años

Nivel 5 más de 20 años

Incorporación automática y al margen de la vigencia o no de plazas, que hasta la fecha no se ha cumplido, a pesar de haber transcurrido casi un año.

4.-Que en el artículo 4 de la R.M. 1042-2002-SA/DM restringe el ascenso a sólo dos niveles sin considerar el tiempo de servicios que establece del D.S. D:S. 024-2001-SA

5.- Que el artículo 6 de la R.M. 1042-2002-SA/DM precisa que el proceso de ascensos se implementará en las plazas vacantes y/o las que resulten del proceso de reestructuración hospitalario, normado por la segunda disposición complementaria, transitoria y final de la Ley del Ministerio de Salud. Esto representa un retroceso a lo ganado en el D.S. . D:S. 024-2001-SA donde se señala que el ascenso es automático para todos los médicos, confundiendo a los médicos en tres opciones::

a.- Que se produzcan los ascensos en plazas vacantes

b.-Que se produzca sólo en las plazas que resultan del proceso de reestructuración

c.- Que se produzca en las plazas de ambos: plazas vacantes y proceso de reestructuración.

Como se puede constatar en ningún momento se señala nivelación por tiempo de servicios para todos los médicos.

6.-Que en forma apresurada se viene convocando a los cuerpos médicos con la finalidad de dar cumplimiento a la precipitada Resolución.

SE RESUELVE:

1.-Exigir el cumplimiento de nivelación automática según el D:S: 024-2001-SA, reivindicación anhelada por el gremio médico nacional y postergada por el fujimorismo.

2.-Rechazar la conformación de los Comités de Ascensos y Evaluación mientras no se produzca la nivelación.

3.-Alertar por el apresuramiento e improvisación, cuya finalidad es violar el derecho de los médicos.

4.-Alertar al gremio médico nacional la intención de dividir a los Cuerpo Médicos por parte del Ministerio de Salud y las Direcciones hospitalarias usando un doble lenguaje de Cuerpo Médico y Gremio

Médico y Rechazar la actitud divisionista y antimédica.

23.- LOS DERECHOS DEL MEDICO

La Asociación Médica Peruana en el ejercicio de la defensa del médico, en su trabajo privado y/o público, ha identificado que existe un serio desconocimiento de los derechos del médico, por parte de nuestros colegas y especialmente de los funcionarios de las diferentes instituciones en las que trabajan día a día, nuestros colegas.

Esto ha sido más notorio y objetivable en algunos líderes que en forma perenne, permanecen en los diferentes cargos políticos y gremiales de algunas instituciones médicas, y es que en el ejercicio de esa representación, orgullosos han mostrado el "aparente logro" del Reglamento de la Ley de Trabajo Médico, sin percatarse del artículo 6° de ese Reglamento que ellos han contribuido a formular y ha promulgar, y que a la letra refiere: el médico es el responsable legal de los efectos del acto médico, el estado garantizará

En el artículo 6, sobre la responsabilidad legal del acto médico, se norma en forma insólita, ya que sólo el médico asume la responsabilidad legal por los efectos del acto médico. Debemos tener médicos responsables, es cierto, pero también hospitales, clínicas, laboratorios, compañías de seguros, EPS, etc, responsables. La responsabilidad de la administración y los agentes involucrados en el acto médico es cada vez más precisada en la legislación internacional. Contrario a lo que prescribe el propio Código Civil Peruano, todo el Reglamento responsabiliza sólo al médico.

La responsabilidad médica es administrativa, ética, penal y civil. Es administrativa ante la institución donde trabaja en relación de dependencia el médico. La responsabilidad ética se juzga ante el Colegio Médico del Perú. La responsabilidad Penal y civil ante el poder judicial. Es decir, apenas ocurre una falta el médico es puesto ante estas cuatro situaciones, la mayoría de las veces en forma simultánea. Si bien es cierto que administrativa, ética y penalmente se tiene que individualizar la culpa en el médico y por lo tanto es absolutamente responsable, no ocurre lo mismo con la responsabilidad civil cuando el médico se encuentra en relación de dependencia, es decir, asalariado.

La reparación civil, como es lógico, debe pagarla la institución, tal como ocurre en todos los países del mundo. El médico asalariado no puede ser responsable civilmente del acto médico, es decir, no puede hacerse cargo de pagar el resarcimiento (daños y perjuicios). Haciendo analogía, cuando alguien compra una mercancía cualquiera, si tiene un defecto que produce daño a terceros, a nadie se le ocurriría cobrarle al obrero que hizo la falla, sino a la empresa que fabricó el producto. Así, lo señala el Código Civil peruano. Además, es la única forma que la administración sanitaria tenga interés en mejorar la capacitación, infraestructura y el equipamiento e insumos de las entidades prestadoras de salud.

Los establecimientos de salud deben ser responsables de lo que hacen ante la sociedad.

Además, a renglón seguido este artículo agrega que "el Estado garantiza las condiciones necesarias para su cumplimiento", es decir, todo el Estado contra el médico. Agrega también "que el médico no podrá ser obligado a ejercer el acto médico si las condiciones de infraestructura, equipo o insumos no garantizan una práctica médica ética e idónea", elude mencionar la objeción de conciencia, y la libertad de conciencia del médico. Tampoco menciona lo inaplicable que esto resulta, pues al negarse el médico a atender, la justicia puede interpretar como exposición a riesgo innecesario a un paciente y ser penado por abandono a los pacientes en situación de peligro.

Es decir, la concordancia con otras normas hace imposible, declarativo y peligroso este punto.

Finalmente, en situación de emergencia el médico está obligado a atender como sea, acarreado el mayor riesgo de denuncias contra él. Ningún beneficio obtiene el médico al denunciar las precarias condiciones de trabajo en que labora, es más con este artículo del Reglamento se torna contraproducente legalmente, ya que el médico es el único responsable y no la administración.

Este artículo busca de esta manera la complicidad y el silencio de los médicos en la responsabilidad de la administración.. excepto en casos de emergencia"; dejando inerte al médico ante una acusación de

negación al socorro y estableciendo que el médico actúa en base a resultados –ética utilitarista- y no por medios.

Esto se maximiza cuando una autoridad nos ofrece una propuesta de ley que busca otorgar objeción de conciencia y no libertad de conciencia, denotando aún más el desconocimiento de estos elementos fundamentales del quehacer profesional y ético en nuestro tiempo.

Algunas administraciones consideran que es una buena inversión el no respetar el derecho de los médicos, que su costo beneficio será más alto; las irrefutables experiencias nacionales de la funesta década anterior con 10,000 médicos con contratos lesivos a su dignidad de ser humano y profesional, con cientos de médicos con procesos administrativos, con jóvenes internos a quienes de una manera abusiva se les niega el 60% del sueldo de un médico de nivel de ingreso que la Ley 276 le asigna, con Serumistas condenados a trabajar GRATIS para un Estado que se sacrifica en que la Salud llegue a todos los peruanos, con jóvenes egresados que tienen que pagar hasta 1,000 nuevos soles por la licencia para ejercer que le da el Estado a través del : C.M.P., con un sistema de salud sin una definida política de recursos humanos: sin una carrera pública y menos aún una carrera médica, nos demuestran que se hace necesario el manejo de estos conceptos y temas, por el bien de una profesión que amamos