

VISIÓN

Médica

«El hombre sabio no debe abstenerse de participar en el gobierno del Estado, pues es un delito renunciar a ser útil a los necesitados y una cobardía ceder el paso a los indignos»

Epicteto

Año 2 Número 9

Del 20 de julio al 15 de agosto del 2005

UNA MIRADA A LA SITUACIÓN DE ESSALUD

Págs. 4 y 5

Sobre bebé que muere porque sus padres se opusieron a transfusión

Página 3

AMP critica proyecto de ley de la Coalición de DD.HH. y Aprodeh Insisten con Seguro de Negligencia Médica

Página 7

Estudiantes de San Fernando logran avances en defensa del campo clínico

Página 8



Asociación Médica Peruana expuso ante Comisión de Salud sobre las vacunas con preservante thimerosal (mercurio)

El presidente de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad del Congreso de la República invitó a los directivos de la Asociación Médica Peruana a tratar sobre la investigación realizada por esta institución con relación a las vacunas que contienen thimerosal (mercurio).

Este hecho se concretó por las frecuentes denuncias que desde hace tres años viene realizando la AMP por el riesgo que corren los niños que reciben vacunas con preservante thiomersal (mercurio), producto de un estudio exhaustivo para demostrar las graves consecuencias de su uso. Un informe al respecto ha sido entregado a la OMS (Organización Mundial de la Salud).

La Asociación Médica Peruana, en su presentación ante la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, demostró fehacientemente el daño neurológico irreversible que produce el preservante thiomersal (mercurio) de las vacunas.

Asociación Médica Peruana demostró el grave daño que ocasionan las vacunas con preservante thiomersal (mercurio)

Así también se alertó a la población para que observe en sus niños los siguientes síntomas si estos ya han sido vacunados.

- Trastornos en el desarrollo sicomotor.

- Retardo del lenguaje.
- Problemas de comportamiento.
- Convulsiones.

Instó a quienes acudan a los hospitales, postas médicas u otros establecimientos de salud a solicitar el inserto del producto para verificar que la dosis de la vacuna que se va a utilizar no contenga mercurio.

Como resultado, la referida comisión solicitó a la titular de Salud un informe detallado del uso de algunas vacunas que contienen este preservante y que son aplicadas a los niños en los hospitales y centros de salud del Ministerio de Salud, mientras que en EEUU, Europa y Chile están prohibidas.

La Asociación Médica Peruana insiste en la erradicación de este uso masivo del thimerosal (mercurio) al amparo de la Ley General de Salud N° 26842, Título 2, Capítulo 3, "de los productos farmacéuticos y galénicos y los recursos terapéuticos naturales", que concede o anula el Registro Sanitario (permiso) de la Digemid (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas), del Ministerio de Salud, a los medicamentos registrados en las farmacopeas de referencia, como la FDA de los EEUU.

La AMP recuerda que hay productos que la FDA de los EEUU ha prohibido y, como consecuencia, han sido retirados del mercado de nuestro país.

Editorial

Un cambio urgente en Salud

El 28 de julio asistiremos a un nuevo balance del gobierno. Todo parece indicar que el balance en salud será austero y triunfalista. Las promesas podrían ser inmensas por el año electoral. No hay que pasar por alto que la salud se ha convertido en un campo disputado por el marketing político.

Se ejecutan programas de salud clientelísticos y politizados como, por ejemplo, los buses de la solidaridad del alcalde Castañeda, las boticas de a sol de Alan García, los chalahospitales de Álex Kouri, y hasta Lourdes Flores ha empezado un programa alternativo. Programan cirugías en horas de la noche, para la transmisión en vivo en los noticieros, se viola la intimidad de los niños y niñas, se exponen sus nombres y apellidos. Todo vale en este marketing político disfrazado de médico. ¿Qué hace el Minsa como ente rector? ¿Cumplen estos programas las normas legales, los estándares de calidad y bioseguridad? Esperemos que el gobierno no agregue otro programa de salud politizado como el «cholobus», que rubrique este pandemonio marketero.

La ministra Mazzeti deberá responder por el continuo deterioro de los indicadores de salud, el deterioro progresivo de la infraestructura, equipamiento e instrumental médico, además de la escasez de insumos. Esto no se justifica sólo por falta de dinero. Hay ineficacia e ineficiencia.

Por ejemplo, se ha creado una intermediación innecesaria a través de ONG que manejan cuantiosos recursos de la cooperación internacional a través del llamado Proyecto Global. Se ha emitido más de una decena de normas reglamentarias que las aseguradoras privadas exigían. Sólo mencionaremos las normas de historia clínica, de auditoría de calidad en la atención de salud, modelo de guías de atención médica, que en esencia son protocolos, etc. Esto significa que se pasa de una historia clínica del paciente a una historia clínica de la enfermedad, que se realiza la auditoría violando la intimidad y el secreto profesional, que se induce al intrusismo y que se coacta la libertad de conciencia del médico en el discernimiento clínico. Estos cambios, promovidos por dos asesores del despacho ministerial, muy ligados en la década pasada a la Superintendencia de EPS e, incluso, en la asesoría a algún ex ministro hoy preso, pretenden pasar como la gran reforma del sector Salud. Sin embargo, estas acciones y normas perjudican al paciente y encarecen la salud.

La ministra tiene logros en el área de remuneraciones y formalización del empleo, nombramientos e incrementos. Sin embargo, no es suficiente mantener contentos a las ONG, a los seguros y a los funcionarios. La salud requiere un cambio urgente.

Opinión

Sida: Despilfarro y tráfico de medicinas

El diario "La Primera" puso sobre el tapete dos hechos que han consternado a la opinión pública: De un lado el referido al despilfarro del dinero asignado para los pacientes con VIH Sida en supuestas campañas preventivas, gastando el dinero en afiches, lapiceros, etc., y de otro, el tráfico de las medicinas destinadas a los enfermos, mostrando pruebas que indican la venta ilícita de medicamentos donados.

Es importante señalar que detrás de cualquier acto de corrupción interviene no sólo la conducta inmoral y delinencial de algún sujeto, sino, sobre todo, la falta de elementos de control, de normas y comportamientos que no toleren o hagan imposibles los actos de corrupción.

Conociendo las malas experiencias de entregar el subsidio a las instituciones y no directamente a los pacientes ¿qué ocurrió para que el Ministerio de Salud teniendo una herramienta tan importante de subsidio directo como el SIS haya tomado el atajo de los hospitales y las ONGs?. Por el momento no lo sabemos, pero alguien debería responder.

Una organización sin normas claras, con principios morales relajados y sin liderazgo, es probable que incurra en su seno terribles actos de corrupción.

El Ministerio de Salud (Minsa) publicó en el Diario "El Peruano", duran-

Dr. Herberth Cuba García
Presidente del Consejo de Vigilancia y
vocero oficial de la AMP



te el mes de febrero del 2004, la norma legal que creaba el TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), centralizado en 8 hospitales de diferentes puntos de la capital y en Organizaciones no Gubernamentales (ONG) debidamente "acreditadas". En la práctica, el Minsa transfiere recursos a las ONG para que estas sean intermediarias en la prescripción y dispensación de los tratamientos contra el Sida, así como en la actividad preventiva. Esto significa que el subsidio del Estado para el tratamiento de los pacientes con VIH- Sida no es un subsidio directo a la demanda (pacientes), tal como ocurre con los pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS), sino a las ONG y hospitales, es decir, a la oferta (instituciones).

Además, hay que remarcar que la norma legal aludida es genérica, escasa en mecanismos de monitoreo y control, omisión grave si se tiene en cuenta que los tratamientos antirretrovirales son muy costosos y, por lo tanto, se cumple el dicho muy sabio que reza "en arca abierta, el justo peca".

La ciudadanía espera que las investigaciones se lleven hasta las últimas consecuencias, y no se exhiba a delinquentes menores como chivos expiatorios. Hay que recordar que el diario «La Primera» ha aportado denuncias de varios puntos del país. La situación de los afectados con tan aleve delito son indefensos pacientes, muchos de ellos abandonados y que padecen atroces sufrimientos físicos y el estigma social. Para estos delinquentes, que merecen el rechazo unánime, debe caer todo el peso de la ley. Asimismo, es necesaria una profunda investigación y sanción a los funcionarios del Ministerio de Salud que han permitido un entorno tolerante a los actos de corrupción.

CURSOS PROGRAMADOS POR LA AMP DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2005

6 Y 7 DE AGOSTO
"Gestión de proyectos en salud"

3 Y 4 DE SETIEMBRE
"Problemas médicos legales en la atención de emergencias"

1 Y 2 DE OCTUBRE
"Los medios de comunicación y la salud"

5 Y 6 DE NOVIEMBRE
"Gerencia estratégica en salud"

3 Y 4 DE DICIEMBRE
"Presupuesto de la salud en el Perú"

INVERSIÓN

Médicos no afiliados a la AMP S/. 100.00
Médicos afiliados a la AMP y estudiantes de medicina S/. 15.00

(Los médicos que deseen afiliarse a la AMP podrán hacerlo durante el desarrollo del curso o en nuestro local institucional).

Con el auspicio de:



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
Consejo Regional XVII

INSTITUTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS



VISIÓN Médica

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

Director
Dr. Herberth Cuba García

Directora periodística
Kathy Perales Ysla

Redacción
Magari Quiroz Noriega

Colaboradores:
Dra. Flora Luna Gonzales
Dr. Víctor Alva Flores

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

Entre pasillos

¿Una huelga para nombramiento de los médicos contratados?

Aquí cabe una aclaración para nuestros colegas de Essalud. Se la merecen. Ya existía la Ley 27430, para Nombramiento de los Médicos Contratados, elaborada por la AMP y POR los congresistas Luis Solari y Erland Rodas. Es más, algunos médicos, amparándose en la Ley N°27430, solicitaron su nombramiento individualmente y lo consiguieron. Sin embargo, muchos colegas no deseaban hacerlo, por bonificaciones especiales o por su CTS. Es comprensible que muchos médicos de Essalud ahora se sientan defraudados porque el reclamo es el cambio de régimen laboral del privado al público, sin perder sus beneficios. Es una pena que la huelga se haya politizado y sólo sirviera para que se aprobara otro proyecto de ley con el mismo alcance que la Ley 27430, pero firmado por un congresista de la estrella. ¡Siempre el APRA queriendo figurar!

Los derechos humanos de los niños

¿Sabían Uds. que en La Oroya tenemos 766 niños, menores de 6 años, contaminados con plomo en la sangre? El Minsa ha encontrado que el 9% tiene niveles que superan los 45 microgramos por decilitro de sangre, y el 91% restante tiene niveles menores, pero cifras preocupantes según la OMS. En vez de darles todo el tratamiento de quelación y pagarles una indemnización por el daño neurológico producido, los trasladan 6 horas, todos los días, a unas guarderías para que salgan de su hábitat contaminado. Causa indignación ¿no? Deberíamos todos preguntarnos... ¿tenemos ente rector...?

Cuidado con la Caja Militar y Policial

Con relación a la Caja Militar y Policial, una vez más se avecina otro "atropello financiero", según la exposición del superintendente de Banca y Seguros, Juan José Martans. Actualmente están técnicamente insolventes y se va a comprometer el pago de las obligaciones. Informó que el Estado tiene una deuda de 1,164'000,000 de soles y 515'000,000 de pérdidas por corrupción. ¿Ustedes saben qué propuso Pedro Pablo Kuczynski? Pues, una menor pensión, una pensión más tardía o aumentar los aportes. ¿Hasta cuándo nuestros colegas de las FF.AA. y sanidades tendrán que soportar estas injusticias y atropellos?

Escenario médico

Sobre bebé que muere porque sus padres se opusieron a transfusión, AMP se pronuncia

El fallecimiento de un bebé en un asentamiento humano de la ciudad de Sullana, en circunstancias en que sus padres, seguidores de una secta religiosa, se negaron a permitir que recibiera una transfusión sanguínea, recomendada por los médicos al presentar un cuadro de anemia y de infección general, ha puesto en el tapete un grave problema que se presenta en los hospitales y establecimientos de salud y frente a lo cual urge tomar medidas.

Según se sabe, a pocas horas de haber nacido, el niño presentó hemorragias y vómitos, por lo que fue internado en el Hospital de Sullana y posteriormente en el hospital Cayetano Heredia de Piura, donde los médicos, al ver su grave situación, recomendaron la transfusión de sangre con la negativa absoluta de sus padres, argumentando que esto contradecía sus preceptos religiosos.

El derecho a la vida es el principio básico de la ética médica y del Estado peruano, tutelado por la Constitución Política. La libertad de creencia de los padres es un derecho de menor jerarquía, que no se puede anteponer al derecho a la vida, pues nadie puede quitar la vida a otro por sus creencias.

En el Código del Niño y del Adolescente se señala que los derechos de los niños son propios, autónomos, ni siquiera los padres pueden violarlos. Hay que erradicar la falsa creencia de que los padres son dueños de los hijos y, por otro lado, hay que difundir

que los niños tienen derechos propios, al margen de los padres, y que el principal es el derecho a la vida. El padre no puede consentir o aprobar algo que atente contra los derechos y, peor aun, si se trata de su vida.

La Asociación Médica Peruana rechaza y exige una profunda investigación de este hecho, debido a que viola los 5 principios éticos de la profesión médica: No hacer daño (no Maleficencia), Hacer el bien (Beneficencia), Justicia, Libertad de conciencia del médico y Autonomía del paciente, y cuya consecuencia ha sido la muerte de un niño.

MUERTE ABSURDA Y ALECCIONADORA

La Asociación Médica Peruana exige al Ministerio de Salud y a la Fiscalía de la Nación una profunda investigación para sancionar a los responsables, tal como manda el Código Penal no sólo para los que permitieron la muerte, sino también para todos aquellos que por omisión se comportaron como mudos testigos.

Asociación Médica Peruana exige:

Catarata congénita y trasplantes de riñón en niños deben ser cubiertos por SIS

EL SIS Y LA CATARATA CONGÉNITA

La catarata congénita es una de las principales causas de ceguera en niños. Aproximadamente en el 50% de los casos no se sabe la causa, el otro 50% puede ser explicado por infecciones, herencia, etc. Su detección y tratamiento debe ser lo más precoz posible, necesitando cirugía (idealmente al segundo mes) antes de los tres meses de edad, momento en que se desarrolla la fijación visual, con la finalidad de obtener un resultado visual óptimo; de lo contrario, desarrollará nistagmus (movimientos oculares involuntarios), con una pobre visión por falta de tratamiento a tiempo.

En el mundo, aproximadamente alrededor de 1,5 millones de niños padecen baja visión o son ciegos legales (agudeza visual con corrección menor a 20/200 en el mejor ojo), con una prevalencia de 1 a 4/10,000 niños en los países industrializados y de 5 a 15/10,000 en los países en vías de desarrollo. Se habla de aproximadamen-

te 500,000 niños ciegos por año en el mundo. En el Perú, la Asociación Médica Peruana refiere unos 750 nuevos niños ciegos al año.

La catarata congénita es una enfermedad curable quirúrgicamente, y cuyos costos son manejables por el presupuesto del SIS. La cirugía ocular es efectiva si se realiza en los primeros 3 meses de vida. Cada año, sólo un pequeño grupo de los 750 nuevos niños ciegos tiene catarata congénita operable. La cirugía tiene un costo promedio de 100 dólares. El costo anual es pequeño, aun considerando que los 750 nuevos ciegos infantiles al año fuesen por catarata congénita, es decir, 75,000 dólares anuales. Esto representa un ahorro, debido a que atendidos a tiempo cambiarían su vida y lograrían un desarrollo productivo. La Asociación Médica Peruana exige al SIS, al gobierno y a la ministra de Salud, Pilar Mazzeti, que permitan que cientos de niños accedan a esta operación, y eviten que sean condenados a la ceguera total con la consecuente carga social y familiar.

DELITO DE PADRES Y LÍDER ESPIRITUAL

Los padres habrían cometido el delito de parricidio, sancionado con una pena mínima de quince (15) años de pena privativa de libertad, tipificado en el artículo 107° del Código Penal; lo que se castiga es el desprecio por la vida, poniendo el derecho a la vida por debajo del derecho a la libertad (religión).

El líder espiritual de los padres habría cometido el delito de instigación al homicidio, sancionado con pena privativa de libertad no menor de seis (6) años, tipificado en los artículos 24° y 106° del Código Penal.

DELITO DE LOS MÉDICOS Y FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL

Los médicos de los establecimientos de salud que no colocaron la sangre al menor habrían cometido el delito de exposición al peligro a persona dependiente, sancionado con una pena mínima de un (1) año de pena privativa de libertad, tipificado en el artículo 128° del Código Penal.

EL SIS Y EL SUBSIDIO A LOS NIÑOS QUE NECESITAN TRASPLANTES RENALES

Otro vía crucis que enfrenta el Seguro Integral de Salud es el tratamiento de hemodiálisis para niños, cuyo éxito depende del funcionamiento de tres procesos: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante del riñón, pero que lamentablemente su cobertura abarca sólo a los dos primeros.

La AMP, luego de ardua presión, logró que los niños que padecen de insuficiencia renal crónica fueran incluidos en el SIS, y ha denunciado, el año pasado, el riesgo de no contar con el financiamiento, que finalmente se logró.

Ahora, La AMP hace un llamado a las autoridades de salud para que se cumpla, de manera inmediata, la ejecución presupuestal aprobada por el Congreso de la República para los trasplantes, y se tomen las medidas pertinentes para no poner en riesgo la salud y la vida de los niños, cuyo derecho está estipulado en la Constitución.

INFORME

Una mirada a la situación

Una vez más, los asegurados de Essalud se han visto perjudicados por un conflicto laboral de 9 días. El presidente ejecutivo de Essalud, en sendos comunicados de prensa, ha defendido su actuación y ha sostenido que el conflicto es interesado y tiene como único móvil afectar su gestión.

El presidente ejecutivo negocia con diversas centrales sindicales que agrupan a varios gremios; por ejemplo, el Centro Unitario de Trabajadores de Essalud (CUT), que agrupa a administrativos, técnicos y auxiliares asistenciales, enfermeros, tecnólogos, médicos, etc., que tienen una plataforma reivindicativa general y pacta con esa central sindical. Este pacto genera luego rechazo de los médicos, químicos farmacéuticos, odontólogos y los técnicos y auxiliares asistenciales, (SUTA-Essalud), etc., porque se ha pactado en su nombre sin tener en cuenta a sus propios gremios. Luego, AMSSOP, que agrupa a médicos cirujanos, químicos farmacéuticos y odontólogos, pacta un acta. Ya se vislumbra el rechazo de los médicos cirujanos relacionados sobre todo al sistema PAAD (Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada).

Esta negociación sui géneris, con centrales y no por gremio, dentro de una misma institución, ha ocasionado un terrible conflicto, por ejemplo, al pactar con el CUT los intereses de los técnicos y auxiliares asistenciales que sostienen más de 200 días de huelga, además de los médicos cirujanos, químicos farmacéuticos y odontólogos, al margen de sus gremios. Esto genera conflictos personales, de reconocimiento y dignidad, no sólo reivindicativos.

Essalud, por ley de creación, se rige mediante el régimen privado de personal, DL 728, es decir, los médicos cirujanos, a partir de la dación de la norma de creación, gozan de sus vacaciones anuales, CTS, pensiones, seguro de salud, es decir, todos sus beneficios sociales. Sin embargo, se conserva el régimen laboral estatal, DL 276, para los médicos que ingresaron a laborar antes de la dación de la norma de creación de Essalud. Actualmente conviven ambos regímenes laborales: el público, DL 276 y el privado, DL 728.

Se ha aprobado una nueva ley en el Congreso de la República con el objeto de nombrar a los médicos contratados de Essalud, con el argumento de que, al haberse nombrado por ley a los galenos del Minsa y no hacerlo con los médicos de Essalud, constituiría un acto discriminatorio. Sin embargo hay que recordar que ya existía una ley de nombramiento, a propuesta de la AMP y de los congresistas Luis Solari y Erland Rodas (Ley 27430), con el mismo tenor. Essalud no tiene médicos contratados por servicios no personales, sino contratos por el régimen laboral privado (DL 728). Por ello, el objeto de la ley no debería ser el nombramiento de los médicos contratados, sino el cambio del régimen laboral, del privado al público, con todos sus beneficios laborales: antigüedad, nivel, pensiones, CTS, etc. Hay que recordar que los médicos del Minsa eran contratados como servicios no personales, es decir, no tenían beneficios sociales, vacaciones, pensiones, seguro de salud, CTS, etc., y la ley no autorizaba otra forma de incorporación al sector público, salvo en la condición de nombrados.

¿POR QUÉ MÉDICOS NOMBRADOS?

Existe un debate de fondo en el tema del nombramiento de los médicos, al margen de las disposiciones legales, y está referido a la estabilidad en el cargo que permite ejercer el acto médico con autonomía absoluta, con libertad de conciencia para el discernimiento clínico, que sólo el régimen público puede asegurar.



La Asociación Médica Peruana se hizo presente en la huelga médica de Essalud. En el centro, Dra. Gonzales, presidenta de la AMP.

El acto médico está sujeto a diversas presiones; por ello, el médico debe ser nombrado para tener la capacidad de ejercer la objeción de conciencia.

Es un derecho indispensable del paciente ser atendido por un médico que goza de libertad de conciencia. En la década pasada hemos tenido los ejemplos de las esterilizaciones forzadas, realizadas por médicos contratados bajo la amenaza del despido. Otro caso reciente que impactó a la población fue el médico contratado que fue despedido por negarle al presidente ejecutivo de Essalud una cama para un recomendado. Sólo estos dos ejemplos bastan para graficar la importancia del ejercicio de la medicina con libertad de conciencia y autonomía, que sólo la otorga la estabilidad en el cargo de los médicos (nombramiento).

CIFRAS MÁS, CIFRAS MENOS

Ha existido una enorme controversia sobre la bonificación por cierre presupuestal del año 2004. El tema llegó al escándalo mediático por la bonificación de 40,000 soles que aprobó el Consejo Directivo de Essalud para casi una decena de altos funcionarios. Aunque,

el presidente ejecutivo ha declarado que no ha cobrado, la prensa demostró que un funcionario sí había cobrado y luego devuelto el dinero.

El presidente ejecutivo pactó con el CUT una bonificación, por única vez, de 2,200 soles y 450 soles para uniformes, para todos los servidores de Essalud. Este pacto no tomó en cuenta las escalas remunerativas de cada grupo ocupacional. El rechazo de los profesionales que no se sienten representados por el CUT no se hizo esperar, lo que, aunado al pedido para que la bonificación sea distribuida según la escala remunerativa, atizó el conflicto. La profesión médica, los químicos farmacéuticos y odontólogos, por ejemplo, exigieron más. Sin embargo, a pesar de la huelga, nada se ha modificado. Ahora, es un problema de dignidad.

OBSOLESCENCIA EN ESSALUD

Pero, ¿alguien falta a la verdad cuando reclama por la obsolescencia de equipos de más de 30 años, falta de equipos, insumos, medicamentos y el maltrato a los pacientes por colas interminables y atenciones diferidas, a veces nunca alcanzadas por la interposición de la muerte? ¿Repetir lo que el propio presidente ejecutivo de Essalud señaló ante el Congreso de la República es mentir?



de Essalud



a. Flora Luna

En efecto, Essalud ha elaborado un detallado diagnóstico, que incluye el colapso de la infraestructura hospitalaria, inseguridad de los cercos perimétricos, elaboración de proyectos de construcción de nuevas sedes hospitalarias, colapso de las emergencias, con hacinamiento y falta de equipos, insumos, medicamentos y personal. Graficaremos sólo con unos ejemplos de los equipos urgentes: transductor transesofágico para el Rebagliati, incluso el del Incor (Almenara) es obsoleto; equipo de ablación electro fisiológico (tratamiento de arritmia por cateterismo) y falta de resonancia magnética nuclear, hecho que incrementa los pedidos de tomografía axial computada para precisar el diagnóstico.

De igual forma, una cámara de gamagrafía para el diagnóstico de pacientes cardíacos y no cardíacos, litotriptor para el tratamiento de los cálculos renales, acelerador lineal para oncología (bomba de cobalto), rayos X Doppler color, vitriófago para oftalmología, etc.

Algunos ejemplos en relación al flujo de los insumos es que los reactivos se agotan y demoran 15 días para reemplazarse. Por ejemplo, troponinas cardíacas, falta de marcapasos, falta de más de dos meses de material de suturas y gases, falta de reactivos para TORCHS, y en relación a los medicamentos el abastecimiento es intermitente. Muchas veces los pacientes tienen que regresar para recibir sus medicamentos genéricos, como por ejemplo, cefrazadine, hidralazina (Almenara), así como las prótesis para las cirugías en traumatología.

FALTA DE MÉDICOS

El propio presidente ejecutivo ha señalado la falta de médicos, planteando que muchos han cesado o jubilado y no se han cubierto las plazas. Además, ha planteado incrementar el número de plazas de médicos para cubrir la gran demanda insatisfecha. Mientras tanto, esta sobredemanda es cubierta por los pocos médicos que hay, a través de mayor número de guardias, hasta 10-12 por mes.

Sin embargo, lo que es el colmo, Essalud paga como máximo 6, cuando debería pagarlas todas. Aunque hay que recordar que un médico debería equilibrar con justicia su jornada laboral y realizar sólo 4 guardias, todas bien remuneradas por supuesto.

LAS REDES ADMINISTRATIVAS CONTRA EL PACIENTE

Los trámites administrativos son muy engorrosos, toman días, y el resultado es el agravamiento de la enfermedad, muchas veces con graves secuelas o la muerte. Lo grave de la situación es que un paciente que requiere una atención del más alto nivel, por ejemplo, en el Rebagliati o Almenara, tiene que sortear cada uno de los muros de contención que significa cada escalón de la red. No se cumple el objetivo de la resolución de los problemas de acuerdo a su nivel por falta de especialistas (ej. Clínica San Luis no cuenta con médicos ginecólogos todos los días, y los partos son atendidos sólo por obstetras (rango de enfermería). Las redes, tal cual están diseñadas, hacen daño, perjudican a los pacientes.

Parece algo mágico, pero la cola es la expresión de cada uno de los eslabones de la cadena de producción de servicios de Essalud y, paradójicamente, todos los presidentes de Essalud entrantes y los gobiernos plantean acabar con ellas en 100 días y todos fracasan.

A esto hay que agregar la falta de acreditación de las ambulancias, ESTAE, ya que no reúnen los estándares mínimos para el traslado de pacientes, además de fallas en el sistema de interconexión de redes. Nunca hay cupo para las referencias, señalan los médicos de las clínicas.

Uno de los problemas que sintetiza a cabalidad el funcionamiento de Essalud es la existencia de las colas.

Parece algo mágico, pero la cola es la expresión de cada uno de los eslabones de la cadena de producción de servicios de Essalud y, paradójicamente, todos los presidentes de Essalud entrantes y los gobiernos plantean acabar con ellas en 100 días y todos fracasan.

El PAAD: Una alternativa para los pacientes de Essalud que debe ser mejorada

El Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD) es un proyecto austero de gran impacto social, que debe ser priorizado y mejorado. Sin embargo, ha sido poco comprendido y convertido en la cenicienta de Essalud. Los médicos PAAD, conjuntamente con la Asociación Médica Peruana, han reclamado su importancia para la población asegurada, el cumplimiento de sus contratos, el pago de los adeudos, etc. Essalud anuncia ahora su fortalecimiento con un diseño novedoso de la atención de salud del primer nivel, el PAAD familiar.

Los médicos del Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD) y la Asociación Médica Peruana, vienen diseñando algunas líneas de acción que permitan fortalecer este sistema de atención ambulatoria, de primer nivel, como una alternativa a las colas, debido a la insuficiente capacidad de los hospitales, clínicas y policlínicos de Essalud.

La atención de salud del primer nivel debe convertirse en la base de Essalud por ser una excelente alternativa al problema de las largas colas y a los altos costos.

Veamos algunos puntos que se vienen trabajando y aportan una visión más clara de la realidad para mejorar su implementación.

1.- Requisitos para formalizar las microempresas PAAD.

- Formalización (reunir los requisitos legales ante la ONP, AFP, Essalud, Sunat, etc.)
- Recursos Humanos (formalización del empleo al interior de las empresas PAAD).
- Recursos materiales (inventario mínimo con miras a la acreditación).
- Insumos (requerimiento mínimo aceptable según acreditación).
- Documentos normativos.

2.- Derecho laboral:

Normar los sistemas de trabajo en las diversas modalidades PAAD necesarias (familiar, empresarial, especializado, etc).

3.- El sistema de primer nivel de atención de Essalud.

Definir con claridad el primer nivel de atención (postas) a nivel nacional que, a diferencia del MINSAL, que lo hace a través del propio estado, Essalud, en convenio con las microempresas PAAD, se realiza bajo el influjo empresarial del médico privado. Esto significa una ampliación de la cobertura de atención de primer nivel sin inversión alguna por parte de Essalud.

4.- Importancia y complejidad del trabajo administrativo (estadísticas e informes).

El trabajo en el sistema PAAD requiere acuerdos de gestión, planes, programaciones, informes, costeos, etc.

5.- Vacaciones y permisos de los médicos PAAD.

Reglamentar los permisos, vacaciones y licencias. Las faltas y omisiones administrativas.

6.- Funciones esenciales del médico PAAD.

Normar las funciones esenciales del médico PAAD, con la finalidad de obtener un impacto positivo y cuantificable, útil para evaluar el sistema.

7.- Responsabilidad legal del médico PAAD

frente a la expedición de certificados y descansos médicos.

Capacitar adecuadamente a los médicos PAAD en cuanto a responsabilidad médico legal.

bilidad médico legal.

8.- El trabajo del médico PAAD en exclusividad. Prohibición del doble empleo.

El trabajo como médico PAAD debe ser incompatible con otro empleo. Se debe exigir dedicación exclusiva a su microempresa. La presencia del médico en su consultorio es importante para brindar una atención médica oportuna y de calidad a los asegurados.

9.- Evaluación del desempeño del médico PAAD.

Normar con claridad un manual de evaluación del desempeño, objetivo que evite abusos y conflictos posteriores.

La Asociación Médica Peruana tiene el firme compromiso de apoyar y defender el sistema de atención de primer nivel (médicos PAAD) de Essalud, de todos los grupos de presión, sean aseguradoras privadas, "gremios" interesados y funcionarios deshonestos, etc., debido al gran impacto de este sistema en la población asegurada y sufrida del Perú.

El Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD) es un proyecto austero de gran impacto social, que debe ser priorizado y mejorado.

Entre pasillos

Solapadamente están trabajando los seguros

¿Sabían Uds. que actualmente, gracias a funcionarios que trabajaron anteriormente para los seguros y las EPS, el Ministerio de Salud se ha vuelto una institución operativa de ellos? Pues, aunque usted no lo crea... Necesitaban un Sistema Integral Informatizado, y el Minsa lo puso en marcha; deseaban tener protocolos... perdón, "guías de atención" para "robotizar" a los médicos, y se publicó la norma en El Peruano. Requerían auditorías punitivas para denunciar a los médicos y, abracadabra, la norma ya se publicó. ¡Por favor, no más cuentos de mejora continua de la calidad! ¡Los médicos y los pacientes conocemos que los abaratamientos de costos extremos ponen en riesgo la salud y la vida!

El campo clínico de las universidades públicas

Esperamos que las autoridades de la UNMSM cumplan con los acuerdos prometidos a través de los medios de prensa. Es tiempo de que los jóvenes de nuestro país sientan que estudiar en una universidad pública no es un estigma y que todo el esfuerzo que hicieron para ingresar valió la pena. La única forma de salir de la pobreza es rompiendo las barreras de acceso a la educación superior. ¿Por qué entonces no respetamos el campo clínico de las universidades públicas? ¿Acaso los alumnos de las universidades privadas no pagan lo suficiente como para que se les construya sus clínicas docentes?

¡Otra vez la Municipalidad de Lima!

Si bien la AMP está contenta con la ayuda médica brindada a la niña "sirenita", es importante recordar que el Código del Niño y del Adolescente protege los intereses de todos los niños peruanos por encima de los intereses de los padres u otras personas por muy "importantes o famosas" que sean. En este caso se ha producido una violación flagrante de la intimidad de un paciente y del secreto profesional, por los médicos tratantes para publicidad y marketing del alcalde de Lima. Sin embargo, por ser una menor de edad y de escasos recursos, los periodistas, las sociedades científicas y los líderes de opinión "se han hecho de la vista gorda" y, en contra de toda norma, ¡felicitan a los violadores de los DDHH de la niña! Cuando aprendemos a hacer el bien sin pregonarlo...

Legal

Nombramiento progresivo de personal en el Minsa

El miércoles 29 de junio del 2005 se promulgó la Ley 28560 de nombramiento del personal técnico asistencial y administrativo, personal de servicios y auxiliar asistencial, que se encuentren prestando servicios en la condición de contratados bajo cualquier modalidad por el Ministerio de Salud a nivel nacional.

La ley de nombramiento estipula el nombramiento progresivo en función de la disponibilidad de nuevos recursos y con cargo del Minsa para la

formalización laboral de miles de trabajadores. La modalidad es lo dispuesto en el Art. 2 de la Ley 28220, elaborada y propuesta por la Asociación Médica Peruana con el congresista Iván Calderón Castillo, para el nombramiento médico, y que se amplió para ser aplicado a los profesionales de la salud no médicos y, ahora, a los técnicos asistenciales y administrativos, personal de servicio y auxiliar asistencial del Minsa. El Ejecutivo tiene un plazo no mayor de 60 días para dictar las nor-

mas reglamentarias pertinentes, tomando en cuenta que se ha exceptuado al Minsa de las prohibiciones presupuestales establecidas por ley.

Finalmente, la Asociación Médica Peruana ve con beneplácito cómo la Ley 28220 que impulsara ha servido también para nombrar a los profesionales de salud no médicos y, ahora, a los trabajadores administrativos, técnicos asistenciales y administrativos del sector Salud.

Reconocimiento a los técnicos y auxiliares asistenciales de salud

El 29 de junio se promulgó la Ley 28561, que regula el trabajo de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud, normando el ejercicio de los técnicos auxiliares asistenciales de salud en todas las dependencias del sector público así como en el sector privado, en lo pertinente.

La norma señala que participan dentro del equipo de salud en los procesos de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Además, señala sus funciones y responsabilidades así como sus derechos y obligaciones. Reconoce la jornada laboral de 36 horas semanales o de 150

horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna, así como les concede el derecho y obligación a capacitarse inclusive dentro de su jornada laboral.

Es importante subrayar que dentro de los alcances de la norma se encuentran los técnicos y auxiliares de la Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Essalud, etc., y el Ejecutivo tiene un plazo no mayor de 60 días para expedir el reglamento correspondiente. Lo más saltante de la norma es que se configura un grupo ocupacional distinto dentro del equipo de salud con personería propia.

Aunque la norma no le reconoce un estatus propio dentro de la estructura organizacional de los establecimientos de salud es, sin embargo, un avance y un reconocimiento a su importante labor.

Los técnicos y auxiliares existentes de Essalud mantienen una prolongada huelga indefinida, entre los cuales uno de sus reclamos era precisamente la dación de esta norma que la AMP apoyó desde sus inicios. La Asociación Médica Peruana espera que el reglamento consolide las conquistas que la norma reconoce a este importante grupo vocacional.

Breves



¡AMP EN PLENA LUCHA!

La Asociación Médica Peruana en defensa de la profesión médica y la salud de la población. En la huelga médica de Essalud se movilizaron cientos de médicos de todo el país.

EN EL CALLAO

Reunión de trabajo entre los directivos de la Asociación Médica Peruana del Callao. Presidenta, Dra. Carmen Tataje Contreras; secretario, Dr. Carlos Andrés Chirinos Quispe; tesorero, Dra. Julia Méndez Campos; vocales: Dra. Jeanne Quintanilla Garate, Dr. Mario Yasuda Araujo, acompañados de directivos de la AMP, Dra. Flora Luna Gonzales, presidenta de la AMP, y Dr. Herberth Cuba García, presidente del Consejo de Vigilancia y vocero oficial de la AMP.



LA FAMILIA DE LA AMP SIGUE CRECIENDO: BIENVENIDO PIURA

El día de la juramentación de la junta directiva de la Asociación Médica Peruana de Piura. De izquierda a derecha: Piero Cuba García, asesor legal de la AMP; Dr. Iván Calderón Castillo, congresista de la República; Dr. Boris Rabinovich León, presidente de la AMP de Piura; Dra. Flora Luna Gonzales, presidenta de la AMP, y el Dr. Herberth Cuba García, presidente del Consejo de Vigilancia y vocero oficial de la AMP.

Ante fracaso de Natale Amprimo, aseguradoras usan ONG

Seguro obligatorio de negligencia médica otra vez en debate

En setiembre del 2003, el Pleno del Congreso de la República aprobó el proyecto de ley sobre los derechos de los pacientes y que fue aprovechado por el congresista Natale Amprimo para incluir la creación del Seguro Obligatorio de Negligencia Médica, mal llamado SOAT Médico, y posteriormente fue remitido al Ejecutivo para su promulgación.

En el mes de noviembre del 2003, el llamado proyecto Amprimo fue observado por el presidente Alejandro Toledo y enviado nuevamente al Congreso de la República.

El proyecto con la respectiva observación se envió a la Comisión de Salud y Constitución. La primera emitió un

dictamen en mayoría y otro en minoría allanándose a las observaciones del Ejecutivo que no contemplaba el seguro, pues había sido eliminado. Por su parte, la Comisión de Constitución, presidida por el propio Amprimo, contrariamente, emitió un dictamen insistiendo en el proyecto de ley aprobado anteriormente en el Congreso.

El 13 de diciembre de ese mismo año se sometió a votación el proyecto de creación del SOAT Médico. Contrario a las expectativas del congresista Natale Amprimo, el dictamen de la Comisión de Constitución, no alcanzó los 61 votos requeridos para su aprobación.

El referido congresista, en una actitud "de no saber perder", solicitó inme-

diatamente una reconsideración, lo que significa una leguleyada, quedando pendiente una rectificación de la votación, cuando debió, desde ese entonces, ser archivado.

El 17 de abril del 2005, en el Congreso de la República, día en que se votó por la bicameralidad, inmediatamente después el Pleno del Congreso sometió a votación la rectificación de la votación del proyecto del SOAT Médico, archivándose definitivamente.

Esto ha puesto fin a la leguleyada del congresista Amprimo, ya que debió ser archivado en el mes de diciembre al no alcanzar, en ese entonces, la votación necesaria de 61 votos.

Las compañías aseguradoras, que lo propician a capa y espada, han aplicado otra estrategia: ya no es el congresista Natale Amprimo quien patrocina los intereses de las aseguradoras que existen en el país, sino la ONG Coalición por los Derechos Humanos, que desde inicios de año viene recolectando firmas a través de una campaña nacional, supuestamente por los derechos de la salud con el propósito de insistir, ante el Congreso de la República, con la ley del seguro obligatorio de negligencia médica, llamada SOAT médico, con el engañoso nombre de "Iniciativa legislativa por los derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios de salud".

Por atentar contra los derechos humanos de los peruanos

AMP critica proyecto de ley de la Coalición de DD.HH. y Aprodeh

Exige archivamiento

La Asociación Médica Peruana tiene el compromiso de continuar defendiendo los derechos humanos de la población peruana. Por ello, ha elaborado una seria crítica al proyecto de ley presentado por la Coalición de Derechos Humanos en Salud y Aprodeh, que no es sino una reiteración más sofisticada del archivado proyecto Amprimo. Veamos:

1. Crea un ente (órgano) (Art. 12) con el objetivo de resolver las controversias para la solución de daños, tratamiento de las quejas, en la atención de salud.

Este órgano sería independiente para asegurar: neutralidad, confidencialidad, equidad y justicia. En los hospitales III, IV y V estarían conformados por usuarios, prestadores y autoridades, y en los niveles I y II, en cada unidad administrativa. Hay que remarcar que los costos estarían a cargo del establecimiento.

Objeción: Se elimina el rol de los diversos colegios profesionales, cuya misión es defender a la población del mal ejercicio profesional. Los colegios profesionales son entes autónomos constitucionales, y cumplen exactamente el rol que propone el cuestionado proyecto de ley.

2. Tipifica (incluye) el error médico como punible. El médico asume por

ello responsabilidad. (Art. 1, inciso S y artículo 11).

Es dañino y peligroso tipificar como delito el error médico. En el Perú, el error médico no es punible. Sólo el error inexcusable, grosero. En EEUU, todo error médico es punible; por ello, los médicos y el sistema sanitario esconden sus errores, con grave perjuicio para el mejoramiento continuo de la calidad de la medicina. Una de las alternativas que se plantean en EEUU para mejorar el acto médico es despenalizar el error médico. Es decir, aplicar el modelo peruano.

3.- Crea un Fondo de Reparación.

Con el fin de sufragar los gastos de la reparación en modo inmediato. Pero, si se demuestra que el médico es responsable, es este quien reembolsa al fondo. Desaparece la corresponsabilidad entre el médico y el hospital. Reforma el Art. 36 de la Ley General de Salud, con el Art. 8, para concordarlo.

Esto es mucho más grave que el seguro de Amprimo, porque va a obligar a los médicos a comprar su propio seguro, al margen de las instituciones.

4. Desaparece de la norma el derecho constitucional (humano) al secreto de la intimidad de la historia clínica y, en su lugar, coloca el derecho a la confidencialidad (Art. 10).

Esta diferencia es crucial para el

cumplimiento del deber médico a guardar en secreto la intimidad del paciente. El secreto significa que no se puede revelar a nadie. La confidencialidad sí.

5. Obligación de los protocolos.

En toda la norma desaparece el derecho de los pacientes a ser atendidos por médicos que gozan de libertad (autonomía) en el discernimiento clínico. Al contrario, exigen que la autoridad viole este derecho a través de protocolos obligatorios en la acreditación. Además, confunde la acreditación con la categorización. Modifica el Art. 37 de la Ley General de Salud.

6. Reduce la utilidad de la Historia Clínica "sólo" al problema diagnosticado, tal cual es la lógica de los seguros privados.

La historia clínica es del paciente, no de la enfermedad. Las aseguradoras privadas que pagan daños desean historias clínicas por daños. Además, obliga a la entrega de la copia de la historia clínica, tal cual exigen los seguros privados.

7. Confunde profesionales de la salud con profesionales de la medicina.

Generan una sinonimia, con la finalidad de incluir a todos los profesionales de la salud en la compra de los seguros. (no sólo médicos). Además, favorecen el intrusismo para abaratar costos.

8. Desaparece el secreto profesional. Según la norma, la información del acto médico es reservada. Amplía los derechos de los seguros para obtener la información relativa al acto médico. Art. 6.

9. Legaliza: la eutanasia, el suicidio y la cultura contra la vida.

Al obligar el consentimiento informado en la relación médico-paciente, permiten que por la sola decisión del paciente se realice la eutanasia, el suicidio y, por último, se genere una cultura contra la vida.

Nadie puede consentir contra la vida, así sea la suya. Además, el consentimiento informado es una exigencia de las compañías de seguros, pues es un contrato para obviar el pago de lo no consentido, y/o aquello consentido y que luego lo cataloguen como innecesario o no cubierto por la póliza.

10. En realidad, es una modificación integral de la Ley General de Salud, no es sólo es cuestión de artículos, sino del espíritu mismo de la norma.

La norma no defiende los derechos de los pacientes, sino los intereses de las aseguradoras privadas. La Asociación Médica Peruana realiza una amplia difusión de los inconvenientes de la norma, que es más dañina que la de Amprimo, y hace un llamado a todos los colegios profesionales y gremios a cerrar filas contra la misma.

Al cierre

Estudiantes de San Fernando logran avances en defensa del campo clínico

La Asociación Médica Peruana puso en evidencia y expuso a la opinión pública el copamiento del campo clínico de los establecimientos de salud del Estado por parte de las universidades privadas, Incluso, se denunció el impedimento de ingreso de los alumnos de las universidades estatales a estos nosocomios.

El campo clínico es la posibilidad que tienen los estudiantes de medicina de estudiar en modo directo con su paciente. Es la relación directa estudiante-paciente. Los hospitales públicos reciben financiamiento estatal. Por lo tanto, sus pacientes son subsidiados y colaboran ampliamente en la formación de los futuros médicos. Este hecho no se da en los pacientes no subsidiados; por ejemplo, en las clínicas privadas.

La proliferación de facultades de Medicina privadas, con o sin "fines de lucro", sin la creación de sus propios campos clínicos, ha llevado a un aprovechamiento del campo clínico estatal, es decir, del paciente subsidiado por el Estado. Y, lo que es peor aun, un despojo del campo clínico estatal a las universidades estatales. En el Perú se consume, de esa manera, una enorme incoherencia. El Estado se queja de que no tiene recursos para la universidad

pública, pero sí tiene para subsidiar a la empresa universitaria privada.

Ante estos hechos, los estudiantes de Medicina que comprendieron la gravedad del problema, y cuya tendencia natural era a la precarización de la enseñanza y a la sanitización de la formación médica, se movilizaron y, finalmente, los estudiantes de Medicina de San Fernando se vieron obligados a sostener una huelga indefinida por casi dos meses, y lo que es un avance organizacional fue la creación de la Asociación de Estudiantes de Medicina de Universidades Públicas del Perú-EMUPP. Desde este importante espacio se continuará luchando por el campo clínico.

Una de las primeras acciones que se está llevando a cabo es la organización de foros para continuar discutiendo la problemática del campo clínico, a través de consultas a los estudiantes de las universidades estatales del país, con el fin de luchar unitariamente en defen-

sa de los derechos de las universidades públicas.

Los directivos del Centro de Estudiantes de Medicina de San Fernando anunciaron que continuarán vigilantes para fiscalizar que los acuerdos tomados con las autoridades universitarias se cumplan en favor de la reforma académica, contra la sanitización tercermundista en marcha, y que enarbole una formación médica científica, para lo cual ya han sido conformadas diferentes comisiones de trabajo.

Como se recordará, en marzo del 2004, la AMP, a través de Visión Médica, hizo público el reclamo de los estudiantes exigiendo a las autoridades pertinentes una solución a esta problemática, que afecta la formación médica pública en los siguientes términos:

Defensa del campo clínico exigiendo la prioridad de los alumnos de universidades estatales en la distribución de los hospitales públicos.

Rechazo a la subvención estatal a las empresas privadas universitarias, a costa de las públicas.

Una posición más definida del Estado en la reglamentación del Comité de Pregrado Médico (COPREME) en defensa de los recursos del Estado. La participación de los estudiantes de la universidad estatal en la elaboración del reglamento del COPREME.

La correcta acreditación de las facultades de Medicina de las empresas privadas universitarias, con la implementación de sus propios hospitales o clínicas universitarias privadas que les brinde su propio campo clínico.

La Asociación Médica Peruana valora y expresa su felicitación a los dirigentes del Centro de Estudiantes de Medicina (CEM), por la fortaleza y madurez en la defensa de la universidad pública, y reitera su respaldo como hermanos mayores en esta justa lucha, que es también de todo el Perú.

AMP: ¡alto al intrusismo!

Observaciones al proyecto de reglamento del tecnólogo

El portal del Ministerio de Salud ha publicado un proyecto de reglamento de la ley del profesional de la salud, tecnólogo médico, con la finalidad de recibir los aportes necesarios para su promulgación. La Asociación Médica Peruana, luego de un profundo análisis, ha emitido una opinión técnica en extenso que ha sido remitida al MINSA y a sociedades científicas, etc., y que puede ser revisada en www.asociacionmedicaperuana.net. Aquí algunos puntos:

1. El reglamento es redundante, impreciso y confunde su misión. La profesión del tecnólogo médico es una profesión que aplica tecnologías en diversas disciplinas de la salud, por lo que debería existir una reglamentación para cada una de ellas por separado. Realizar un reglamento genérico impide que se cumplan los objetivos de un reglamento, es decir, que sea específico y que elimine en lo posible las generalidades y ambigüedades.

Modifica, por ejemplo, la línea de autoridad de los médicos y, la enfermera sobre el personal técnico y auxiliar asistencial. Incrementará el desgobierno y caos en los establecimientos de salud al romper la línea de autoridad, e invade áreas tanto de enfermería como de la medicina con grave perjuicio para el paciente.

2. El proyecto de reglamento señala aspectos epistemológicos cruciales. La profesión médica es una ciencia aplicada, es decir, una tecnología biológica; en consecuencia, el médico es también un tecnólogo (*Investigación Científica*, Mario Bunge, p. 43). Sin embargo, no hay que confundir la profesión médica con la profesión del tecnólogo médico,

puesto que sus objetos de trabajo o de aplicación son distintos. Esta diferencia debe quedar meridianamente clara en el reglamento. En la profesión médica, el objeto de aplicación es el paciente, el hombre, mientras que en el tecnólogo médico, el objeto de aplicación es la máquina, el equipo electromédico y los procedimientos, tal cual lo tiene el químico farmacéutico sobre los medicamentos e insumos.

3. La tecnología médica es una profesión del campo de la salud, constituida por un conjunto de tecnologías aplicadas a diversas disciplinas de la salud que se sustentan en el conocimiento científico y, competencia profesional. Aplica procedimientos manuales y equipos, aparatos y dispositivos electromédicos y actitudinales para auxiliar al médico en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las afecciones, deficiencias o discapacidades del ser humano. Hay que recordar que los métodos de la tecnología son auxiliares de la medicina.

4. El proyecto de reglamento confunde la misión de su profesión y el objeto de su trabajo. Un ejemplo de ello es el deseo de incursionar en la prescripción

de tratamientos directamente a los pacientes, cuando su relación directa es con las máquinas, equipos y procedimientos indicados por el médico.

Otro ejemplo es el peritaje, que es un acto médico porque requiere planearse un diseño global del accionar sobre el paciente, que sirva de estándar, que a su vez sirva para contrastar el acto médico o de salud, sujeto a peritaje.

5. El proyecto de reglamento no aclara su concordancia con el reglamento de la Ley 23536 (ley de profesionales de la salud), que señala el rol y nivel de participación de cada profesional del equipo de salud. Por ejemplo, los artículos 29, 30 y 31 señalan la determinación del nivel académico, el nivel de complejidad y tratamiento del paciente y el grado de autonomía de cada profesión. Los artículos 32, 33 y 34 ponderan los señalados en los artículos precedentes. Por ejemplo, el artículo 32 señala que el puntaje de formación profesional del médico es de 100 puntos (14 semestres académicos), y a 10 semestres le corresponde en 60 puntos. En relación al artículo 33, el puntaje por el nivel de complejidad y tratamiento del pacien-

te (calidad), el médico tiene 100 puntos, mientras que el tecnólogo debe tener 60 puntos (apoyo), y el artículo 34, sobre el grado de autonomía, al médico le corresponde 100 puntos, autonomía absoluta, mientras que al tecnólogo le correspondería 60 puntos, dependencia absoluta, tal como es considerada la enfermera, la nutricionista o la asistente social.

6. El proyecto de reglamento, a través de los artículos 68 y 69, ponen en funcionamiento los gabinetes de tecnología médica. Sin embargo, deberían ser retirados de este proyecto, debido a la necesidad de un reglamento más específico e independiente para regular el funcionamiento de los gabinetes de tecnología médica (de salud). Hay que tener en cuenta que, de no precisarse adecuadamente sus competencias en relación a su objeto de trabajo, que son las máquinas, equipos y procedimientos, podrían ser mal utilizados como consultorios médicos o laboratorios clínicos y/o radiológicos o clínicas de rehabilitación, que son competencia de la profesión médica, acarreando grave peligro y perjuicio para la población peruana.