



Mesa Redonda

Derechos Humanos y Salud

Participantes: Dr. Julio Castro, Decano Nacional del CMP; Dra. Marta Rondón, vice decana del CMP; Dr. Gonzalo Gianella, representante de la Defensoría del Pueblo; Dr. Luis Távara, presidente del Comité de Ética del CMP; Hermana María Van Der Linde del Instituto Kristoforis daeneken; Dr. William Ludeña, presidente de la Asociación Civil 'Huk Vida'; Sra. Martha Mora; Dr. Alfonso Mendoza y Dr. Arturo Yglesias del Comité impulsor del campaña por la calidad y seguridad del Colegio Médico del Perú.

Dr. Julio Castro: Queremos compartir con Uds. no sólo la preocupación, sino algunas iniciativas alrededor del tema de derechos humanos. Para propiciar el diálogo y la reflexión, el Dr. Arturo Yglesias nos facilitará el diálogo como moderador.

Dr. Arturo Yglesias: Gracias, creo que debemos aprovechar el 60º aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos, para analizar las relaciones entre los derechos humanos, la salud y la atención a la salud, los problemas actuales que existen, las tensiones de los valores entre la libertad individual y el bienestar colectivo. También, para tratar de encontrar un punto de coincidencia y seguir avanzando, teniendo en cuenta de que este diálogo puede ser el inicio de un

proceso, de un debate que se debe dar más adelante a través del tiempo, teniendo en cuenta que han surgido una serie de iniciativas a nivel internacional que justamente tratan de indicar claramente los espacios de lo que es la salud y la atención a la salud, de lo que es el bienestar y de lo que es la felicidad.

Yo diría que para nosotros los médicos, la conducta normativa tiene una historia larga de 5 mil años y comienza con el juramento hipocrático mientras que los derechos humanos tienen apenas 60 años. El tema de los derechos humanos, a su vez, está vinculado al nacimiento de la ONU, y el derecho a la salud a la fundación de la OMS y de su propósito de "lograr el máximo bienestar alcanzable posible" a través de una definición muy amplia de lo que es la salud. En paralelo a ese mismo planteamiento de la OMS, en su declaración nos define la salud y nos habla que "la salud no es solo la ausencia de enfermedades". Dando pie a lo que ahora se conoce como los determinantes sociales de la salud. Y en el último período - por favor me corrigen si estoy equivocado- es recién desde el año 2000, que en las Naciones Unidas se acepta los derechos económicos, sociales y culturales que también tiene un capítulo específico sobre la salud.

Todo ello nos abre un panorama muy amplio, que permitiría en el fondo manejar estos conceptos, estas responsabilidades de las diferentes instituciones particularmente de los Estados-Nación, respecto al cumplimiento de los derechos y en lo que respecta a situaciones muy particulares de tipo individual, en la cual una persona enferma o en proceso de enfermedad acude a los servicios de salud para que sea tratado con dignidad y con el derecho que se merece. Pero,

simultáneamente, hay un conjunto de determinantes sociales que tiene que ver con las condiciones de vida, que de lejos está mucho más allá de la responsabilidad de la política de salud y los ministerios de salud, que tienen que ver con las políticas públicas. Entonces creo yo que, es ese ámbito entre la responsabilidad individual y sobre la salud de la población se ha dado lugar a que haya una cierta confusión de lo que es la salud, el bienestar, lo que es la felicidad y esto es lo que está en debate últimamente.

Quisiera terminar con esta breve introducción para señalar y de repente para reprogramar una segunda etapa, para poder seguir profundizando este diálogo y pedirles a ustedes desde su perspectiva particular, desde el campo en la cual ustedes vienen trabajando, como ven el tema de los derechos humanos y su relación con la atención de la salud. Particularmente, los problemas que enfrentamos en el país, de repente vinculando algunas salidas que vayan más allá de la responsabilidad de una organización o una institución sino de crear un colectivo que sea reflexivo, crítico y que sea capaz de avanzar en este campo.

Dr. Julio Castro: Bien, creo que hay algunas consideraciones que empezaría a plantear. La primera es que el derecho a la salud tiene un reconocido componente que es el derecho a la atención de salud. En relación a la vigencia de este primer componente encontramos el primer déficit en nuestro país al acceso a la atención a salud. Se estima que entre el 20 y 25% de la población nacional no tiene acceso a la atención y a programas de salud en el país. Este es un primer sector muy importante de peruanos que están en una situación en la que no tie-

ne vigencia su derecho a la salud.

El segundo tema, es que para un goce efectivo del derecho a la salud, se requiere de condiciones, que están muy vinculadas al tema de los determinantes sociales. En este aspecto la carencia más importante es la situación de pobreza en la que bien amplios sectores de la población que alcanzan a un 40 a 50% de peruanos. Además el entorno de las condiciones de vida en pobreza, los componentes de esa pobreza, tales como el desempleo y subempleo, el déficit en saneamiento básico, las deterioradas condiciones medio ambientales, las carencias en educación, etc.

Un tercer elemento del derecho a la salud es, el componente de la participación ciudadana en salud. La participación en salud entendida como el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a intervenir en todo lo concerniente a este tema que, es tan importante no sólo en la aplicación de los programas como tradicionalmente ha sido considerados, sino en el diseño, en la implementación y en la vigilancia de políticas y programas públicos. En este tema también existe un déficit importante en lo que se refiere a la vigencia de este derecho, a la participación social de salud.

Existe un cuarto componente que está apareciendo cada día con mucha fuerza. Los ciudadanos no solo tienen derecho a la atención de salud sino tienen derecho a la atención de salud de calidad. Este es un tema que tiene una importancia cada vez mayor en las personas respecto a la mayor o menor satisfacción - insatisfacción en la atención que reciben en los establecimientos de salud y respecto a lo que las personas identifican como el maltrato en estos

establecimientos.

En general podemos hablar de elementos de desconfianza. Entonces a pesar de todos los avances que se da en el país, hay marchas y contramarchas se han dado en las últimas décadas. Algunos indicadores generales que tienen que ver con la disminución de la mortalidad infantil, con la disminución con la tasa global de fecundidad, con algunos indicadores de ampliación de la cobertura de atención a la salud etc. Creemos que todavía existen estos problemas en relación al déficit importante que hay en el ejercicio del derecho a la salud por parte de los ciudadanos, en los temas que tienen que ver con el acceso, la calidad, los determinantes sociales y la participación social. Esos serían algunos elementos a tener presente y recoger de los ciudadanos la percepción de que no están siendo adecuadamente tratados en cuanto a la calidad de atención de la salud.

Hermana María: Quisiera agregar un derecho que me parece sumamente importante, y que nosotros lo vemos constantemente sobre todo viendo desde el punto de vista ético que es el derecho a la información, y esto va vinculado al consentimiento informado, porque todavía no hay esta práctica y continua predominando el modelo hipocrático, un modelo vertical donde la persona es el objeto de la atención, pero todavía no un sujeto de su propia atención, de su propio proceso, por eso me parece importante el derecho a la información.

Dra. Marta Rondón: Otra dimensión que me gustaría agregar al debate y que es muy importante en nuestro país es la inequidad,

porque nosotros sabemos que aún en el interior del país y en un mismo establecimiento, la calidad de los servicios que se les brinda a unos no es igual, a la calidad que les brindan a otros. El acceso es diferente aún para la misma región geográfica, el nivel económico; si eres hombre o mujer y si perteneces a una minoría o si Dios te protege de una enfermedad crónica. El tipo de acceso que se tiene a los servicios es muy diferente; entonces cuando hablamos por ejemplo, del peso de los determinantes sociales sobre el acceso a la salud estamos viendo básicamente las grandes inequidades que hacen que nuestro país hablar del derecho a la salud sea muy completo, es esa la dimensión que quiero agregar.

Dr. Luís Távora: Yo quería partir por solidarizarme con el planteamiento de la hermana y justamente en base a ese mismo diagnóstico lo que usted dijo y, que coincidió con el diagnóstico del Colegio Médico del Perú, que a emprendido dentro de su planteamiento de preservar y mejorar la calidad de la atención; lo concerniente al consentimiento informado y la fuerza que el ejercicio médico debe ponerle a este tema. Un grupo de profesionales especialistas están recorriendo las diferentes regiones del país y están contribuyendo con fortalecer la incorporación del consentimiento informado como una rutina en la atención médica.

Quería también en mi condición de obstetra ginecólogo decir que dentro de las inequidades que ha planteado la vice decana, el país como muchos otros ha sido signatario de muchas convenciones, conferencias, convenios, tratados que tienen que ver con la salud de la mujer y que desafortunadamente no se cumplen. La inequidad en la atención

a la salud de mujeres es todavía, una de las inequidades que en el mundo subdesarrollado se percibe con mucha fuerza.

Si uno revisa los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio quizá todos tienen que ver con el tema de la salud de la mujer. Partiendo de la erradicación de la pobreza, encontramos que primero, las mujeres más pobres son quienes están expuestas a una cantidad de dolencias muchos mayores de las que padecen los hombres. El segundo tema que tiene que ver es con la educación, justamente las mujeres pobres son quienes más están en el campo del analfabetismo. La falta de educación se da principalmente en las mujeres.

El tema de la mortalidad infantil en donde se avanzó bastante en el Perú, pero hay un tema dentro de la mortalidad infantil que tiene que ver con la salud de las mujeres y que hasta ahora no se le da solución, esta es la mortalidad neonatal que es aquella que ocurre dentro de los 28 días; más aun dentro de los primeros 7 días de vida, y que todavía siendo alta en nuestro país. En el tema de la reducción de la muerte materna, debemos aceptar que a pesar de las múltiples intervenciones que se han desarrollado durante 20 años, todavía las cifras son altas, y si a eso le sumamos nosotros lo que hoy llamamos la morbilidad materna extremadamente grave la situación es más seria. Esta última frase se refiere a aquellas mujeres que están cerca de la muerte y que pueden ser salvadas, pero que sin embargo, muchas las perdemos o si uno les hace un seguimiento longitudinal se da cuenta de la variedad de dolencias que se pueden derivar a lo largo de su vida, que pueden incapacitarlas, no solamente en la esfera sexual y reproductiva sino en todos los campos de

la salud y de la calidad de vida que tendrán más adelante.

Así el mismo tema que tiene que ver con el SIDA y la tuberculosis. El SIDA que en los últimos años es una epidemia que se está feminizando, por que antes hablábamos de una proporción de casi 30 varones por cada mujer; hoy estamos hablando de que por cada 3 varones hay un 1 mujer con la enfermedad; de tal modo de que hemos descendido en la proporción, en perjuicio de las mujeres

Así podemos continuar examinando los Objetivos del Milenio y esto no hace más que reforzar el hecho de que, las mujeres sobre todo en nuestros países en el mundo subdesarrollado, tienen que ser atendidas dentro de una perspectiva de género, con equidad e igualdad de oportunidades y esto tiene que ver definitivamente con sus derechos.

Dr. Gonzalo Gianella: Yo quisiera un poco ir de la mano de lo que dicen, desde la experiencia de la Defensoría del Pueblo, y el significado de estos derechos humanos en la atención de salud, pero en el fondo quisiera ir un poco al lado de que tenemos un buen diagnóstico, de lo que es la inequidad, los grandes problemas en la atención de salud, que tienen en nuestro país pero hay que ver como es que esto se enfoca y como usualmente se trata y más en una reunión convocada por el CMP.

Si de alguna manera esto es, tomado desde una perspectiva de que no es siempre una garantía, de que se respetara el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas. Esa perspectiva de firmar con-



venios, hacer grandes políticas públicas en las cuales se determinen a grandes rasgos las características del derecho a la salud, la accesibilidad, la disponibilidad, la calidad, más visto por el lado normativo y esto es llevado como políticas públicas y puesto en el engranaje del aparato no solo estatal sino también de salud privado, como que esto lleva a una realidad que dista de lo que está escrito y esto que parte del enfoque que se le da, pero todavía no es una garantía. Este enfoque que va mucho de la salud pública, y en lo personal a mi me llama la atención, porque como médico la mayor parte de lo que hago es atender personas. Ese enfoque un poco que pierde la perspectiva y allí también hay un nivel de conflicto con el enfoque en derecho de salud. Esto de organizaciones que se dedican –en el buen sentido- al alquimismo por los derechos fundamentales que tienen un rechazo digamos a la medicalización de la atención de salud y los derechos que nosotros los médicos necesitamos hablar de cuestiones éticas.

Partiendo de la experiencia de una institución como es la Defensoría del Pueblo y el volumen de quejas que nosotros manejamos y la cantidad de personas que llegan a quejarse por servicios de salud públicos nosotros vemos que la realidad es bastante compleja que evidentemente existen un reflejo en lo son las grandes limitaciones de la estructura, recursos de cosas que se exigen. Pero existe un volumen muy grande de problemas que no necesariamente será solucionado a partir de este enfoque de políticas, de estos parámetros que nos da la OMS sino que más bien parten de un problema en sí, del servidor de salud, entonces es un enfoque medicalizado. Si el servidor de salud es un problema, el médico es un problema. En ese sentido, en lo particular,

en la experiencia que tenemos hemos pasado casi dos años - siendo abruptamente cortado por una reducción de presupuesto - conversando con médicos a nivel nacional y darse cuenta del nivel de formación y de la complejidad de sus decisiones con respecto a derechos; que distan mucho de cualquiera de estos documentos que uno pueda revisar y eso llega al punto de esto que se habla de la inequidad, que existe en la forma de que un pobre obtendrá un servicio de salud, que le va a ser dado por el servidor de salud con una característica específica.

En el Perú existen excepciones, que los pobres reciben una atención por parte de los servidores de salud muy particular. La salud para los pobres es diferente para las personas que tienen más recursos y eso no tan solo por recursos de infraestructura, sino por una cuestión de actitud, que es un campo muy importante, porque este engranaje no funciona sin ese ejecutor final que no está bien engranado y como médico es algo que siempre me llama la atención.

Les cito una nota periodística, de una señora que le han transgredido y quien lee esa nota – en el diario El Comercio- tiene una frase final de total desconfianza, de agresividad contra los médicos y son los médicos que se están yendo seguramente a pasar un fin de semana a la playa a solearse. Esto probablemente es expresión de este periodista que siente desatención y algo que considera de una realidad, que dista mucho, pero que está creada nuevamente no por el desconocimiento de lo que es la accesibilidad sino que realmente creo que tenemos que vernos y desmedicalizar el debate en el sentido de vernos como parte del problema, como se ve la salud en general no sólo como médico sino en todas áreas de aten-



ción de salud.

Dr. William Ludeña: La verdad que yo tengo una visión un poco complementaria a lo que ustedes están mencionando, al dar un concepto jurisdiccional, de gestión de las metas del milenio. La visión en particular es que yo represento a la sociedad civil. Lo que pretendemos hacer es, vigilancia ciudadana en los servicios de salud para que estos funcionen conforme a innumerables reglamentos, para que persista la equidad y no haya diferencia en la atención. Hay normas, que podemos hacerlas visibles, donde está escrito y donde no dice "que a ti te atienden mejor o a ti diferente". Todos tienen la misma atención, porque las normas están hechas para todos, y eso sucede desgraciadamente de una manera particular; mi organización a trabajado en San Juan de Lurigancho, ubicado en el cono Este de la ciudad de Lima, un distrito con 1'200,000 habitantes, con 36 establecimientos de salud, 1 hospital del MINSA, 1 hospital de EsSalud, 1 hospital de la Solidaridad.

Esta población ha sido atendida hasta hace tres años de una manera totalmente agresiva, ¿en qué sentido? Público usuario o paciente que llegaba a un centro de salud, una posta desde la más pequeña, hasta un hospital, primero pagaba la tarjeta de atención, después será atendido, si no pagaba no lo atendían y si lo perdía su tarjeta, de manera obligada debía comprar otro, caso contrario no recibía atención. Personalmente yo inicié este trabajo muy mal entendido pensando que, si hay una ley esta se hizo para cumplirla, no para discutir y las personas que tienen cierta sensibilidad o capacidad deben cumplirla no hay otra cosa que hacer.

¿Qué hicimos nosotros? Recurrir a la autoridad en este caso a la Red y la DISA de San Juan de Lurigancho con innumerables comunicaciones. Han pasado tres años ahora, en ningún establecimiento de San de Lurigancho se cobra el carné de atención, no es posible medir eso estadísticamente, de lo que no se cobra, podemos medir de lo que se cobra ¿Cuánto se dañaba a la población? Simplemente por quitarle S/. 2.00 y algunos establecimientos cometían la barbaridad de cobrar además por la historia clínica, S/. 2.00 más y otros le vendían el fólder, el usuario tenía que comprar el fólder, el carné y el papel. Gracias a la vigilancia ciudadana ya no sucede en San Juan de Lurigancho.

En realidad las normas están hechas, todo está allí, lo que pasa en salud, es muy difícil encontrar quien defienda al paciente. La Defensoría del Pueblo, exhorta, recomienda, sugiere insiste pero no tiene poder coactivo, Ya un congresista tomó el último informe y presentó un proyecto de ley para que se incluya algunos artículos para que INDECOPI pueda participar. Acá traigo algunas copias de denuncias, las cuales hemos tramitado hasta el final y que dicen "que no podemos actuar -lo dice el Indecopi-, pasa a los archivos, a la Defensoría del Pueblo y al Ministerio de Salud". Todas estas denuncias han pasado a esas entidades porque no existe quien diga "yo voy a poner los puntos sobre la ies", cúmplase la norma porque, en este lugar se está tratando mal a los pacientes, acá se está faltando al derecho a la norma y se está cometiendo delitos, porque un cobro ilegal es un delito, no es solamente un equivoco.

Nosotros hemos planteado esto y gracias a dios lo logramos y en esta parte del Perú de un millón 200 mil habitantes, es casi la oc-

tava parte del Perú y si allí se cumple la ley. ¿Qué falta para que se cumpla en el resto del Perú? Ahora estoy tocando solamente un punto de tantos de los que tenemos para presentarlos, y saben quienes fueron la resistencia más grande de nuestra actividad. Fueron los médicos, mis colegas. Nunca me presenté en ningún sitio como médico sino en mi condición de ciudadano; pero alguna vez cuando conversé con otro médico terminábamos abrazándonos porque pensábamos lo mismo solo faltaba actuar, decidir y digan yo ordeno porque:

¿Quién ordena un establecimiento de salud, un hospital? El médico, entonces ¿Dónde debe estar la defensa del paciente? En el médico, no en las estipulaciones, no en los reglamentos de los cuales podemos mencionar y decir esta es la situación.

En un hospital hablé con un director al explicarle nuestras observaciones él me contesta de manera dubitativa, y dice "no si hago esto, -cumplir las normas que defienden a los pacientes- los trabajadores se me van encima ". Pero, yo digo, hay una forma diferente de presentar las quejas del usuario; así cambiará muchas cosas o sea que el poder ciudadano es algo que está en nuestras manos, también es el poder del profesional. Nosotros los médicos que podemos mandar, nosotros decimos atiéndase o hágase o también podemos quedarnos callados como cómplices silenciosos de lo que sucede.

Sra. Martha Mora: En la atención a una enfermedad, la diabetes, el médico sabe la diferencia de calidad de los medicamentos que utilizan las personas ¿Cómo es posible que permitan que se compre las lancetas que cortan la yema, y deja doliendo, en lugar de las lancetas más pequeñas? Re-

sulta que el costo es más importante que la salud, incluso mental de la persona que usan estos dispositivos todos los días y varias veces al día. Entonces ¿Cómo puede ser que prefieran comprar insulina de la China y de la India? Que es de inferior calidad, que se han probado y no funcionan igual que las insulinas que se han usado regularmente porque es 0.02 centavos más barato. La calidad no es tan importante como el costo, la salud de una persona que tiene una enfermedad crónica se perjudicará, y el médico ¿Porqué permite eso? Usa jeringa de tuberculina para insulina; cuando las líneas de la jeringa están pegadísimas, se pueden equivocar, poniéndose una dosis excesiva y puede morir de hipoglucemia. Falta en la formación médica que se les inculque que tienen que defender a los pacientes.

Dra. Marta Rondón: Creo que es un tema, de haber perdido de un lado, la concepción de que el otro es igual a mí. Debo decir la otra y de preferencia la otra persona cuando es pobre y enferma mental. Muchos diabéticos tienen enfermedad mental, totalmente diferente a mí, no tiene nada que ver, entonces con su bienestar. Ya no me interesa como me interesaría el bienestar de los que identifico de igual a igual en salud. Por otro lado, el sistema de adquisiciones es bastante complejo y al final el médico no tiene mucho que decir, yo trabajo en la Seguridad Social donde nos vienen insumos que nos sentimos avergonzados e inseguros de usar. Alguien los escogió, pero no fueron los médicos que estamos en contacto con los pacientes. Es el Departamento de Logística y para el rato que les devolvemos un insumo, entonces la gente se queda sin atención durante esos días, eso también tiene que variar y probablemente dependa

– como decía el Dr. Ludeña – de la voluntad de unos cuantos que están dispuestos a alzar la voz.

Usted a hecho una pregunta ¿Qué falta para se cumpla la ley? Y la respondió usted mismo. Falta que alguna gente empoderada y organizada alce la voz, denunciar y apoyarnos en las leyes que ya existen y empujar. Luego lo que usted mencionó, de todas maneras finalmente somos los médicos los que tenemos que defender a los pacientes, sobre todo acordándonos de que el mundo es redondo y cambia; que la posición de pacientes en algún momento los médicos vamos a ocupar.

Dr. Alfonso Mendoza: Esta primera ronda de intervenciones no sólo ha servido para encuadrar el tema que nos convoca, sino también para realizar una suerte de catarsis. Uno de los aspectos que yo rescato de esta primera rueda es el de la importancia de la participación ciudadana, sea individualmente sea a través de los diferentes colectivos que conforman la sociedad civil organizada, y los médicos, como en repetidas ocasiones lo ha remarcado nuestro Decano, no únicamente tenemos un rol que cumplir en tanto trabajadores del sector salud, sino también en tanto ciudadanos.

Otro actor importante en este dominio es el Estado, institución que surge como expresión del contrato social que se orienta a cautelar el derecho de las personas a la vida y a la libertad, aun en aquellas épocas en las que todavía no se hablaba en sentido estricto de los derechos humanos, doctrina que aparece en el campo jurídico recién a mediados del siglo pasado. En efecto, hay consenso en considerar que tanto los de-

rechos humanos como el modo de vida democrático constituyen una conquista de la modernidad, y que ambas aspiraciones están siempre en plan de realizarse sin que pueda decirse que hayamos alcanzado alguna vez esa plenitud. Por otro lado, para el politólogo Norberto Bobbio, los derechos humanos representan el mayor aporte de la ética al mundo moderno y, como la propia ética, si alguna voz nos viene desde la doctrina de los derechos humanos, ella no es una voz de victoria, sino de resistencia y de esperanza. Como bien nos lo recuerda el eticista español Fernando Savater, la ética- y por ende los derechos humanos- han estado siempre en minoría frente a una realidad histórica mayoritaria, y si alguna duda hubiera acerca de ello bastaría con revisar la historia de la humanidad para comprobar los niveles de la inhumanidad a los que puede llegar el hombre.

La Declaración de los Derechos Humanos constituye pues el mayor aporte de la ética al mejoramiento de la condición humana, y el sustento de la moderna legislación positiva en los países del mundo occidental, pero todos estaremos de acuerdo en señalar que hay todavía una brecha muy grande entre la norma, sea ética o legal, y la dura realidad, sobre todo en áreas como la salud y la educación. Ello nos remite a los problemas derivados de la inequidad y la exclusión social, y a la necesidad de darle un mayor impulso “desde abajo”, es decir desde las entrañas mismas de la sociedad, al tema de la seguridad social y del aseguramiento de la salud, y ello requiere una creciente conciencia por parte de los ciudadanos de los derechos inherentes a su condición humana. Entonces los tres actores sociales: el estado, los administradores y trabajadores del sector salud, y la ciudadanía podían converger en

el esfuerzo común por mejorar la calidad de vida y la salud de la población.

Es bueno recordar también que la entrada del sujeto en la historia, es decir, el reconocimiento de los derechos individuales, y la aceptación de cada individuo como agente moral autónomo, no tiene más de doscientos a trescientos años, lo que nos revela que estamos ante procesos histórico-sociales muy largos; y que antes de la entrada del sujeto en la historia se dio la rebelión del sujeto, por lo cual cada ciudadano exigía del Estado la misma atención que la prodigada a los sectores pudientes, esto es, en el campo de la salud, los mismos quirófanos, la misma medicación, la cobertura ante eventos que atentaban contra la salud de la población, etc. Y por ello no es de extrañar que, hacia mediados del siglo XIX, un patólogo como Virchow se pronunciara decididamente por la necesidad de la actuación en la política, a la que veía como una suerte de medicina a escala social. Hoy esto ya no nos sorprende, pues la acción política es decisiva para intervenir sobre los determinantes psicosociales de la salud, pero, para que quede claro estamos hablando de la política como la entendían los griegos, es decir, como una actividad de orden superior encaminada al logro del bienestar colectivo, y no sólo de la felicidad personal, y no de aquella otra "política" cuya significación ha sido prostituida y parece orientada al logro de intereses individuales o de grupo, en desmedro de los intereses de la comunidad.

Por todo lo dicho, vuelvo al primer punto, al de la participación del sujeto-o de la persona humana, o del ciudadano-en la toma de decisiones en el campo de la salud, y de la convergencia necesaria con los otros actores sociales en un esfuerzo serio y sos-

tenido que nos conduzca hacia el logro del bienestar individual y colectivo.

Hermana Maria: Yo creo que sería importante, ahora que conocemos todos, parte de este problema de mirar las raíces más profundas. Tenemos la Ley General de Salud desde 1997, donde figuran los derechos del enfermo, no los derechos en salud. Pero esta ley no esta reglamentada, esto significa que doce años después la ley todavía no esta en vigencia plena. Pero yo creo que el problema principal es lo que entendemos por ciudadanía, y derechos ciudadanos.

Nosotros en el ISDEN estamos trabajando 10 años más o menos en la institución para que la ética y los derechos humanos sean un eje transversal en la formación de las futuras profesionales de enfermería. Consideramos importante no solo quedarnos en la teoría sino llegar a la práctica. Por ejemplo, si preguntamos a los profesionales de salud sobre los derechos en salud, probablemente la mayoría nos pueden decir la teoría; pero como vincular la teoría con la práctica?

En el país, hay mucha estigmatización, yo que trabajo con tuberculosis, cuando dije a un profesional que estaba con más de 15 días con tos con flema, ¿porque no te haces tu examen de despistaje de TB? Se sintió ofendido, era el contador, como yo podía pensar que él podía tener un problema de tuberculosis, esto es de los pobres, de los que viven en los cerros, de los que no se cuidan, entonces el estigma está presente muy profundamente.

Realmente quiero saludar al Colegio Médico del Perú por colocar este tema en agenda para el dialogo y la reflexión. Yo no soy mé-

dica, sino enfermera y trabajo por muchos años en ética y derechos humanos en diferentes niveles, pero me parece muy importante que se ponga en agenda este tema, pero considero que se debe promover un diálogo amplio, me refiere no solo con médicos, sino incluir las diferentes disciplinas vinculadas al tema.

Lo importante es ver donde tenemos potencialidades para llegar a juntar esfuerzos, entre diferentes actores. Por ejemplo la Defensoría del Pueblo es un aliado muy importante. Ellos han hecho una campaña sobre el derecho al buen trato en salud, me parece un trabajo muy importante y considero que se podría ver como articularse con otros que estamos igualmente preocupados por este problema.

Dr. Julio Castro: En sus apreciaciones ha aparecido un elemento para considerar en su vinculación con el derecho a la salud, la atención a las personas y el rol de los prestadores. ¿Son malos los médicos y los demás trabajadores que cobran las tarifas en los establecimientos de uno, dos o cinco soles? ¿Por qué los cobran? O el tema de la mala calidad de los insumos ¿que tiene que ver con el sufrimiento de las personas, la inseguridad de la atención y las situaciones dramáticas? Tal como las que ocurrió con esos 22 niños en el Instituto de Salud del Niño infectados con hepatitis B por el re-uso de las sondas, cánulas etc.

Este tema tiene que ver con el financiamiento del derecho a la salud, y en el que hay que identificar responsabilidades y responsables para ubicarlos adecuadamente y que no son que las autoridades gubernamentales. La falta de fondos para la salud

es tan marcada, que los establecimientos buscan hacer pagar tarifas para a los pacientes hasta el extremo cobrar por el uso de los servicios higiénicos, como lo demostró un proyecto de vigilancia social que hizo Foro Salud en los establecimientos del Cono Norte. El no adecuado financiamiento lleva a estas prácticas perversas de los establecimientos y de los empleadores ¿Por qué se oponen los trabajadores a que se exonere a los pacientes del pago de las tarifas?. Porque en parte son esos famosos recursos propios directamente recaudados, con los cuales se busca financiar complementariamente las remuneraciones de los servidores, su bolsa de alimentos, etc. estos problemas todavía están presentes.

En términos generales los trabajadores podemos decir "no trabajo bien porque no me dan las condiciones adecuadas y los recursos necesarios y además me pagan mal". Entonces con ese razonamiento deviene una actitud de maltrato, de desdén, de lejanía con las personas, con los pacientes, entonces creo que esas cosas identificando las responsabilidades, la manera de solucionar para que no ocurra que al final por la negligencia del Estado y los trabajadores, todo suma contra el paciente. Entonces este tema del financiamiento es importante, pero nunca debe ser pretexto que justifique una conducta inadecuada o impropia de los servidores de salud; porque por encima están los valores y principios éticos de una profesión y en general de los que trabajamos en salud que hemos asumido el compromiso de servir. Pero me parece importante ver este tema del financiamiento como un condicionante importante en relación al ejercicio de los derechos de la salud.



Dr. Arturo Yglesias: Estamos concentrados en la calidad de servicios, en los problemas de maltrato, de desconfianza, y el tema de falta de la ciudadanía, de la igualdad de oportunidades, creo que estamos frente a la naturaleza de nuestra democracia. Creo que tenemos una democracia muy débil y parte de la debilidad de la democracia es que teniendo tantas leyes, esas leyes no se cumplen, pero tenemos esta democracia débil e imperfecta pero es mejor que cualquier autocracia y cualquier dictadura.

La construcción de una democracia fuerte pasa por asumir responsabilidades compartidas de los diferentes agentes interesados en el desarrollo de la salud, en este caso, pero también reconociendo responsabilidades. Alguien dijo "hay encontrar las responsabilidades y los responsables". Este tema tiene relación con la función de rectoría del Estado en el campo de la salud. Este es un tema claro y clave; porque el tema de rectoría se viene hablando en el Perú, desde principio de esta década y han pasado gobiernos y no avanzamos en el campo de la rectoría: porque parte del problema para una efectiva rectoría es, que las leyes no se cumplen. Entonces ¿Quiénes son responsables de hacerla cumplir? Las autoridades por su puesto, entonces con este proceso de descentralización mal entendido, en el cual el nivel central se desentiende de sus responsabilidades en las regiones y localidades, creo que nos debería llevar al centro de debate de la política de salud el tema de una efectiva rectoría, que no es sino el rescatar el rol de la responsabilidad, de la autoridad nacional, regional y local de salud de hacer cumplir esas leyes y obviamente llegar hasta los servicios de salud, a los directores de hospitales y a los jefes de centros de salud que son la autoridad dentro de

los microsistemas de salud

El gobierno es el responsable de hacer cumplir las leyes, entonces creo que este tema, tenemos que comenzar a reflexionar y trabajar. Porque ahí hay un vacío muy grande no solamente en nuestro país y en otros países en vías de desarrollo; porque a raíz de la revisión de estos temas, cuando se vincula el tema de derecho a la salud y su relación con la autoridad de salud es un tema no trabajado y este es uno de los temas que se está trabajando con mayor profundidad. Al final vamos a repartir un documento que indica de un sistema de salud que está trabajando el tema del rol de la autoridad de salud en el cumplimiento del derecho ciudadanos a la salud.

Una mirada a largo plazo para solucionar estos temas, es el tema de educación. Creo que es importante formar a nuestros futuros profesionales de la salud en los temas de la calidad, seguridad y derechos humanos, esto también a estado en la agenda de muchos gobiernos y yo creo que lo que se está haciendo en el CMP, vinculando la formación y el desarrollo profesional al tema de las competencias, a la formación de pre grado, post grado, y el desempeño en el servicio. A la par de estar trabajando con el tema de la calidad, la seguridad, el derecho humano a la salud, creo que debemos incorporar un componente a ser trabajado en los programas de pre y postgrado, y en los temas de educación médica continua que nosotros estamos promoviendo. Por ahí podemos encontrar los espacios donde intervenir, cuyos resultados lo vamos a ver en mediano y largo plazo. Pero en el corto plazo en la campaña que el CMP viene desarrollando, creo que tenemos que incorporar este componente de derechos humanos que no está



en nuestra campaña. Comenzamos a trabajar con los temas de calidad y seguridad; pero este dialogo en esta oportunidad, nos ha permitido engranarnos con los derechos humanos dentro de este paquete de actividades que vamos hacer en el próximo año para dar una visión mas compacta de lo que quiere el Colegio, asumiendo su responsabilidad en la parte normativa de desempeño de los médicos y finalmente, terminar en una suerte de compromiso, de las responsabilidades compartidas, desde las instituciones de la sociedad civil, como el CMP con el gobierno y otras instituciones para el logro de esto que estamos dialogando y trabajando. Yo creo que ahí radica la importancia de esta mesa redonda y, la necesidad de continuar profundizando este tipo de reuniones para ir planteando objetivos más específicos; porque finalmente, creo que esta cultura del subdesarrollo, del maltrato y de la desconfianza la tenemos que revertir con representantes de instituciones que tienen la responsabilidad de construir la democracia y orientar los esfuerzos de los diferentes agentes y agencias en logro de los objetivos de la salud y el bienestar de los ciudadanos.

Dr. Alfonso Mendoza: Abordaré ahora dos puntos. El primero, que, efectivamente el siglo pasado ha sido el de la revolución silenciosa para unos, o el de la culminación de la revolución más larga para otros; en todo caso estamos hablando de la entrada de la mujer en la historia, signada por la toma de conciencia de su condición de persona que se sitúa en el mismo plano que el varón, más allá de sus diferencias biológicas, y por su ingreso progresivamente creciente en la escena pública, incluyendo la actividad política. El segundo punto tiene que ver con la

salud mental, uno de los componentes de esa totalidad indivisible que es el ser humano. En un informe reciente (1995) sobre la salud mental en los países en vías de desarrollo, el grupo de Harvard se refería a la salud mental como la última barrera a franquear para mejorar la condición humana. En efecto, la salud mental estuvo por mucho tiempo descuidada, y ello no es casualidad; no olvidemos que esta suerte de postergación o de exclusión se halla en los orígenes mismos de la psiquiatría, que nace justamente, hacia mediados del siglo XIX, de la mirada que dirigen algunos médicos hacia las expresiones psicopatológicas de aquellos que configuraban una especie de magma indefinida y confusa, expresión de la marginalidad social, y en la que coexistían los pacientes mentales, los vagabundos, las prostitutas y otros seres que habitaban los últimos escalones de la sociedad.

El tratamiento de los pacientes con trastornos mentales, cuando aún no se disponía de los psicofármacos, llevó a los primeros psiquiatras, los "alienistas", a enclaustrarse con sus pacientes tras los muros de los grandes hospitales psiquiátricos, que pronto vieron deteriorarse su carácter de centros de asistencia médica para devenir manicomios, casi centros de reclusión en los que se difuminaba la condición humana de los asistidos. A mediados del siglo XX se inicia una vigorosa lucha por humanizar la asistencia psiquiátrica y transformar los establecimientos custodiales en verdaderos centros de tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales, con miras a su reinserción social. Al mismo tiempo, y al igual que en otras áreas de la medicina, gana terreno el enfoque preventivo y comunitario, hecho que marca un giro importante en el reconocimiento de los derechos humanos

de los pacientes psiquiátricos.

En el Perú se produjeron reformas que constituyen hitos fundamentales en la historia de nuestra psiquiatría, como aquella que iniciara Baltazar Caravedo Prado en los albores del siglo pasado en el Hospital Victor Larco Herrera, que humanizó el tratamiento psiquiátrico y puso énfasis en la terapia por el trabajo, llevando a los asistidos a ocuparse de labores de lechería, panadería y otros servicios con los que por entonces se contaba, incluyendo las faenas agrícolas. Luego hacia los años sesentas, el Hospital Hermilio Valdizán, inicia otro cambio importante, bajo la égida de Humberto Rotondo, constituyéndose en un hospital de puertas abiertas como un modo de contrarestar la estigmatización del enfermo mental y el "síndrome de exclusión familiar".

Pero, la reforma institucional no parece ser suficiente, lo que nos informa de la necesidad de que, paralelamente, se dé un cambio de valores en la sociedad misma, que nutra o refuerce el cambio institucional. Tal vez por ello estos logros fueron relativamente breves y se volvió, parcialmente a formas ya superadas de asistencia. Y porque es también historia, y de algún modo ilustra lo que acabo de remarcar, conviene recordar que en el primer gobierno del actual presidente el deterioro de la economía nacional y el deterioro de la moral condujeron a nuestros hospitales, incluyendo los centros antes mencionados, a no poder atender ni siquiera las necesidades básicas de los "asistidos". No es exageración señalar que no había alimentos, ni medicinas y todo parecía invadido por la anomia. En aquellos años la Asociación Psiquiátrica Peruana denunció tales hechos ante la opinión pública, en una clara defensa de los derechos in-

alienables de los enfermos mentales.

Como la psiquiatría a nivel internacional, también la psiquiatría peruana ha conocido de grandezas y de miserias, y se cometieron terribles errores. Con razón un epistemólogo como Feyerabend decía que la historia de la ciencia es la historia del absurdo, pero también es verdad que- salvando esos errores -la medicina contemporánea ha alcanzado niveles de desarrollo extraordinarios, que abren enormes posibilidades al logro del ansiado bienestar si es que no perdemos de vista que nuestra misión es tratar al otro siempre como un fin y no únicamente como un medio.

Dr. Luís Távara: Si, aquí hemos comentado la existencia del conocimiento de una legalidad que no se cumple y que es necesario aterrizar en la práctica en lo que hemos generado como conocimiento, ahora desafortunadamente nadie puede dar lo que no tiene. Si yo no tengo algo, no lo puedo transmitir. Yo recuerdo mucho aquí en esta estación a uno de los más grandes defensores y luchadores de la salud reproductiva en el mundo, el Dr. Mamouth Fathala. El Dr. Fathala hace 12 años, nos decía en una conferencia que si los médicos -se refería a los ginecólogos- no entendemos que la salud es un derecho y que en esa salud como derecho están incorporados aspectos físicos, mentales, emocionales y de orden social, es mejor que nos cambiemos de oficio porque sino la población nos pedirá cuentas en algún momento.

Yo creo que lo que dijo es extensivo para toda la profesión médica. Los médicos tradicionalmente hemos sido muy amantes del conocimiento, de la novedad, del proceso

científico, del avance de la ciencia y de la tecnología, pero poco se ha hecho realmente para que eso se traduzca en una actitud de solidaridad, de trasladar el beneficio a alguien que está buscando un aliado.

Entonces yo creo que aquí, las competencias de la que tanto hablamos, deben ser de dominio de las entidades formadores de recursos humanos en salud van a tener que acompañar muy de cerca el proceso de modificación de conductas. Me refería a aquello de "que nadie puede dar lo que no tiene", precisamente porque si quien accede al mercado de la salud y no tiene el soporte de la formación, en donde además del conocimiento, -es necesario lo que la hermana remarcaba- de la praxis, de la actitud, yo creo que sin esas medidas, el profesional difícilmente podrá satisfacer las justas demandas en los derechos de las personas.

Creo además que el CMP ha mostrado bastante preocupación en el tema y está desarrollando una serie de intervenciones, que deben involucrar a las entidades prestadoras de servicio. No me cabe la menor duda, no solamente a nivel de postgrado sino hay que ir más atrás desde que el joven está ingresando a la universidad en donde alguien dijo acá que todos estos temas de derechos humanos, de derecho a la salud, de ética, valores etc. crucen el total de la formación de la profesión médica, el total de los contenidos; porque yo no creo que haya una sola disciplina de la salud en donde todo esto que se ha dicho no tenga algún lugar en la actualidad.

Dr. Gonzalo Gianella: Yo quería retomar la línea y entender también de lo que se ha dicho, de lo complicado que es cambiar como

profesionales de salud y eso también del financiamiento. Por que uno puede en las actitudes y en esos maltratos a los usuarios, sobre todo en los servicios públicos uno puede encontrar explicaciones de parte de la situación en la que los trabajadores pueden estar viviendo, en las condiciones de los derechos laborales etc.

Existen ciertas cosas que no se explican; hay muchos ejemplos de eso, pero uno en particular, el tema de los cobros. Hay ciertas formas y acciones que se toman contra los usuarios y no se toman en ninguna otra esfera. Por ejemplo, cuando se retiene a alguien por cobros, existen muy pocas transacciones económicas por ejemplo, si yo pongo un negocio y él no me paga no es que lo retengo. Sin embargo en un centro de salud eso sucede y entra dentro una normalidad y eso está ahí, en un nivel que existe una actitud hacia el pobre se le atiende de una forma. Yo recuerdo que tuvimos una reunión aquí en el comité impulsor de la campaña y dijo "que en las clínicas a nadie se le retiene" y si es cierto. Es el hecho complicado, yo puedo tener mi empresa personal, yo salí de la universidad trabajé en la Defensoría del Pueblo los años 98 y 99, me fui a EEUU para hacer especialidades en medicina interna, neumología y cuidados intensivos, les podría decir con toda sensibilización que había tenido previamente y habiendo teniendo además una casa en la cual derechos humanos eran un tema cotidiano. Yo sentí que tenía una serie de problemas para atender a los pacientes, yo hice medicina interna en un hospital, donde el 80% de personas eran población negra, en ese momento no cambiaron mis actitudes. Mi actitud era autocrítico, cuando veo lo que hago cotidianamente Mis actitudes cambiaron cuando tuve al frente a una

persona blanca, frente al cual no tenía ninguna diferencia y era una persona que me veía y veía y hubo una discusión y no había nada preestablecido. En ese momento me di cuenta que mi práctica cotidiana tenía una serie de parámetros que estaban muy establecidos dentro lo que hace uno cotidianamente. En ese momento entra el cambio, creo que la autocritica es base la base del cambio dentro de la profesión médica. Justamente de ese ejercicio es lo que se trata. Tiene que partir además de la base de la formación médica, porque es allí donde hay una gran deficiencia y que ya sido parte de la formación médica en otros medios,

Los médicos son formados de otra forma con respecto a los aspectos éticos. En la Defensoría un poco, quizás porque el que habla es médico y ve las quejas hemos enfocado nuestros errores, que tiene que ver con los derechos humanos. En el enfoque bioético todos nacen de la misma vertiente del pensamiento, tiene lugares comunes y se desarrollan. Creo que este problema tenemos los servidores de salud, esta forma de actuar que, si bien puede ser explicada por y abordada en estos aspectos de financiamiento de recursos, existen ciertas cosas que suceden y están muy inmersas en las actitudes de los profesionales de la salud que pueden ser cambiadas a largo plazo en la formación; pero que definitivamente necesitan articular como otras funciones y ahí los usuarios entran

Es vital aquí la pregunta "si judicializar todas estas cosas tiene o no tiene un espacio". Créanme hace un par de años me hicieron esa pregunta ¿si judicializar no es un camino? Hoy en día pienso en dudar, si no es un camino; sino realmente comenzar a judicializar las cosas y establecer de una vez que

se le da espacio a los abogados para que entren en este campo. Al hacer más punitivos las cosas vamos a generar un problema. Yo creo que estamos a tiempo y a medio camino. La tendencia es, si es que nosotros no respondemos esto va hacia el camino de ser judicializado y al judicializarse las cosas se complican aún mas, el costo aumenta, la conflictividad aumenta y no generamos una atención realmente de calidad.

Dr. William Ludeña: Si me permite, yo tengo que plantear mi posición, eso de judicializar buscando una sanción. Yo tuve una experiencia muy simple ¿Quién cuando maneja su vehículo no ha pisado la raya cebra? Hace un año y medio, en el distrito del Callao me tomaron una foto pisando la raya, me llegó la papeleta, ahora en ningún sitio la piso, yo creo que ese es el objetivo de la sanción, si algún día se judicializa la atención a la salud, no va ser para crear un cuco, si mi colega es sancionado, lo más probable es que yo me cuide y en adelante tal vez evite yo verme en ese espejo, o sea que ese, es un futuro que no me parece muy malo, tampoco muy drástico, ni satánico tal vez sea un futuro necesario. Todo se puede judicializar una compra, una venta, cualquier cosa puede entrar a judicializarse ¿porque no el acto médico?

Quería enfatizar un concepto cuando se habló de los derechos y que no se financia el derecho. El derecho es inalienable, es algo que nace con nosotros, no se puede comprar, ni pagar por un derecho. El derecho se ejerce de manera natural con nuestro nacimiento por más que nuestro medio sea autocrático, democrático. Tenemos derechos que no lo respeten eso es otra cosa. Esto me hizo recordar a una carta que me

entregó el abogado del hospital Daniel A. Carrión -cuando hice yo una carta para que dejen de cobrar el carne de atención-, que en la parte final decía "el pago del carné es el derecho que paga el paciente para recibir su consulta", miren como se interpreta dentro de un hospital, y el director del hospital firmó el documento. Hasta donde se lleva el desconocimiento y donde caemos los médicos, por desconocer cosas tan simples, no sabemos que el derecho no se puede comprar, simplemente se tiene que recibir y dar, pero ¿Cómo podemos recibir nuestros derechos? Hay varias formas de reclamarlos pero la gente pobre, no puede reclamar sus derechos, por eso es que la Defensoría en su informe lo resalta la condición del ciudadano pobre es que tiene que pagar, cuando el derecho a recibir la atención sin pagar, si es posible.

Pero ¿Quién tiene que hacer respetar ese derecho? El médico, ¿Quiénes no conocen sus obligaciones? Muchos médicos no conocen su obligación, su rol dentro del acto médico, creen que solamente es atender al paciente. No, también tienen que hacer respetar los derechos del ciudadano, porque de él parte y tiene que decir "que el paciente entre, y no le cobres". A las finales el Ministerio de Salud contestó a mi carta dándonos la razón, con respecto al cobro por carne de atención" que no existe obligación legal que pague el ciudadano" lo reafirman en una carta vinculante, "el paciente al pagar su consulta tiene derecho a recibir su carné y su historia"

Esa carta lo lleve por todos los hospitales porque está firmado. Nadie puede abstenirse de esa carta vinculante que firma el MINSA, tanto así cuando se habla de financiamiento, no es para financiar, porque sino

¿cuanto dinero estaría perdiendo la DISA IV Lima Este? ¿Cuánto estaría dejando de cobrar?, Ese dinero estaba presupuestado, a mi me interesaba que se cumpla la ley y que se evite transgredir los derechos de los ciudadanos que estaban ahí para recibir la atención de salud.

En relación de la huelga médica, siempre escuche situaciones en que todo el mundo exigía. Es como ver el vaso medio lleno y medio vacío; mis hijos lloran porque el vaso está medio vacío y otros hijos están contentos porque el vaso está medio lleno. Bueno, pues así funciona nuestro sistema hoy, mejorará no sé, seguramente que sí, pero eso no es razón para poder justificar actos inadecuados, cobros indebidos, los pacientes que se pasean por ocho hospitales de Lima, y no son recibidos, estando en coma, eso es una negligencia, ya se cometió un delito.

Es imposible que alguien pueda negarse, por último, es importante y el CMP esta facultado de tener iniciativa tanto legislativa, como a nivel de universidades. Tiene que haber una formación en las leyes que nos atañen, porque la Ley General de Salud casi nadie la lee. Pero hay un montón de reglamentos que lo acompañan, hay un reglamento de emergencia, de planificación familiar etc. y esos son los que nos mandan, los que nos obligan a cumplir como médico y recibir lo que nos corresponde, ¿que le van a decir al ciudadano? sabes, tenemos que operar y tienes que comprar jeringas, agujas, pero si eso está incluido en lo que le van a cobrar,

Lo curioso es que dicen "yo no tengo para usar, pero si tengo en mi farmacia para vender y cómprame" y nunca faltaba en la botica del establecimiento de salud, pero sin embargo, el médico no tenía. Ahora eso

como problema de logística ya se corrigió -en San Juan de Lurigancho-, o sea que no es problema de financiamiento, ni presupuesto, es problema de que alguien diga que se cumpla la ley.

Dr. Alfonso Mendoza: Quisiera, con todo respeto, recordar que la severidad de las normas en el medioevo, en el denominado mundo occidental y cristiano, y cuyo cumplimiento debería conducir a los hombres a su eterna salvación, no hizo que la gente dejara de pecar. Felizmente, y en ello reside tal vez lo mejor de las grandes religiones como la católica, los creyentes pueden redimirse de sus pecados a través del arrepentimiento. Como bien ha subrayado Arturo (Yglesias), en todas partes se aprecia esta brecha entre la norma y el cumplimiento de la norma por parte de los ciudadanos. Hace ya algunos años, en Estados Unidos de Norteamérica, el sociólogo Robert Merton realizó una encuesta entre personas de todos los estratos sociales, y halló que cerca del 80% de los entrevistados había incumplido la ley al menos en algún momento de su vida; y aquí, en Lima, cuando durante el régimen de Velasco Alvarado se produjo una huelga de la policía nacional, todos pudimos ver, sea directamente o a través de la T.V., como gente de toda condición social se lanzó a las calles a saquear las grandes tiendas apropiándose hasta de refrigeradoras que arrastraban por la vía pública. Hay, que duda cabe, tan solo una delgada capa entre las convenciones sociales y ciertas inclinaciones naturales. Esa fina costra de racionalidad es la cultura. Por ella condenamos el racismo, por ejemplo, que parecería ser lo "natural", expresión de la desconfianza ante el "extraño". Dicho esto, no hay duda que nuestra apuesta es contra el racismo,

contra la intolerancia y esa es una tarea en la que la educación juega un rol crucial. Es a través de ella que podemos fortalecer la ley moral, y ésta siempre precede a la ley escrita en los códigos.

Un ejemplo de que por medio de la educación se puede lograr mucho más que por la imposición nos lo da el éxito que tuvo, en un momento determinado, la campaña para que los conductores de vehículos motorizados usaran la banda de seguridad, que muchas veces puede evitar, si se produjera un accidente, que el conductor sufra severos traumas. Esta medida preventiva, en su sencillez, puede ahorrar mucho sufrimiento al individuo, su familia, y los elevados costos de hospitalización inherentes a un traumatismo encéfalocraneano.

Es cierto que en determinadas circunstancias la ley debe aplicarse en todo su rigor, pero es bueno recordar que aun en su aplicación un juez sensato evalúa prudentemente las circunstancias en juego y las consecuencias de un acto. Con razón no ha perdido vigencia el axioma jurídico *summum ius, summa iniuria* (exceso de justicia, exceso de injusticia).

Una señal de que hay una toma de conciencia de la importancia de la ética en el campo educativo, y de cómo ésta debe poner en un primer plano los derechos humanos de los pacientes lo tenemos en el esfuerzo de muchas facultades de medicina en relanzar la reflexión ética en todos los momentos del currículum. En el caso de San Marcos la ética constituye uno de los componentes de la formación humanística, y es alentador comprobar que, con todas sus limitaciones, una buena proporción de los estudiantes comienzan a tenerla en cuenta. Pero, es

también verdad que ello no es suficiente y que en muchos establecimientos de salud parece haberse enseñoreado la patología institucional, que hace que aun los mejores se deslicen hacia conductas alejadas del marco deontológico. Para superar este riesgo es que deben fortalecerse la reflexión ética, los sistemas de auditoría, la lucha por la calidad de la atención y la seguridad del paciente, que representan las vías que harán posible un significativo cambio en la atención de salud.

Dra. Marta Rondon: En el CMP somos perfectamente conscientes de que hay problemas en la atención médica y que finalmente los líderes de los equipos de atención son los médicos y los responsables finales son ellos, por lo tanto, hemos asumido la Campaña de Calidad y Seguridad en la Atención. Nos damos cuenta que ésta, tiene que estar enfocada desde una perspectiva de derechos y equidad y que no será posible alcanzar niveles significativos de calidad, sin mejorar la calidad de los actos médicos.

Si no mejoramos el tema de la rectoría en el sistema de salud y si no logramos la universalización de la seguridad social en cuyo sentido el CMP a presentado iniciativas legislativas; y en el enfoque de la campaña, que no es un enfoque confrontacional; porque pensamos que eso no nos sirve, sino más bien somos nosotros como representantes de los médicos quienes nos acercamos a nuestros pares y les pedimos un cambio ético que involucra tanto un cambio de actitudes como una preocupación constante por el mejoramiento de las competencias técnicas. Porque no basta con ser buena gente, también tenemos que ser competentes y como nos damos cuenta, el derecho a la

salud tiene muchísimas aristas.

Es parte de la campaña establecer incidencia política a nivel del Consejo Nacional de Salud y en el Ministerio de Salud para mejorar el tema del financiamiento. Cuando hablamos que la salud no está financiada en el país, no nos referimos a que hay deficiencias en los establecimientos que, ya existen limitaciones en las prestaciones que se le da, a los que ya acceden a un tipo de prestaciones; sino que sobretodo, nos enfocamos en la vulneración del derecho a la salud para aquellos que no tienen acceso a ningún tipo de prestación y eso es una vulneración gravísima y no solamente estamos haciendo incidencia con el Estado y otros financiadores, sino también hemos hablado con representantes de la universidad peruana, porque tenemos que cambiar algunos aspectos en la educación médica. Es cierto que en algunas universidades ya se dan contenidos significativos en ética y en calidad, pero evidentemente nunca será suficiente y también estamos buscando de establecer alianzas con la organización de pacientes como ciudadanos para que asuman una posición más activa en la defensa del derecho a la salud, que al final es un derecho de todos nosotros y tenemos que defenderlo juntos.

Sra. Martha Moya: Nos interesaría saber que piensan, sobre algo que hace poco nos pasó. Yo dirijo la Asociación de Esposas del Ministerio de Relaciones Exteriores. Entonces no viene un pedido de un trabajador, que su hijita de 3 años había sido diagnosticada de cáncer y está en el hospital Rebagliati. El médico le había dado una receta que necesitaba. Un medicamento que no había a nivel nacional. Pero que si no se le

aplicaba, las posibilidades de sobre vivencia se reducía ¿Cómo recetan algo que no existe en el país? Y le dicen que si no se le pone, su hijo se morirá.

Dr. William Ludeña: Allí hay un bache increíble, yo lo menciono en varias ocasiones esta preocupación en el programa de radio que tengo, ¿como es que en EsSalud nunca falta para pagar los sueldos, pero si falta para comprar medicinas?

Sra Martha Moya: Les cuento lo que sigue, luego de coordinaciones se ubica una red de peruanos en una fundación Peruvian American Medical Society. Cada inyección contra ese cáncer, costaba 750 dólares, y ubican que se les puede bajar el costo a 500 dólares. Después consiguen en Sao Paulo, y en Caracas y lo compran tres cajas y al costo de 60 dólares en Caracas de una institución benéfica ¿No son capaces de averiguar donde compro más barato? ¿Por qué tiene que irse al lugar donde cuesta caro? Cuando no hay disponibilidad y en encima cuando no hay desabastecimiento, entonces queda fuera del alcance de los ciudadanos.

Dr. Gonzalo Gianella: Esto tiene que ver con el trabajo del CMP, es una experiencia de personas que acuden a la Defensoría del Pueblo; por ejemplo, la Asociación de Transplantados Renales que exigen cambio de medicamentos. Lo que ocurre es que, el usuario está muy sensible a un servicio que consideran indispensable, que para obtener algo tiene pelear por cada cosa y a veces consideran que está perdiendo algo cuando se le cambia el medicamento.

En particular tengo una formación clínica que me permite evaluar, y ser muy escéptico cuando dicen que este medicamento es mejor que el otro. Lo que hice con estas personas es decirles "traíganme alguna persona que haya sufrido derivado del uso de este medicamento". Además estos pedidos, tienen origen en los mismos médicos que dicen "este medicamento es mejor que el otro".

Los medicamentos de calidad no necesariamente son los medicamentos de marca. Existen estos problemas con los usuarios, y esto es la labor del Colegio Médico, ya que existe una práctica médica que no es muy rigurosa y esto es utilizado a veces intencionalmente o por las carencias que tiene las personas y canalizan a las quejas de los problemas de medicamentos. Existen países en el mundo que tienen excelentes sistema de salud, donde no se usa antibióticos con la liberalidad que se usan en nuestros hospitales. Cuando yo hacía la especialidad de cuidados intensivos e indicaba Vancomicina, al día siguiente había un infectólogo que no me preguntaba a mí que era el especialista, sino le preguntaba al residente del primer año "tú justifícame del medicamento sino no te lo doy". Eso es parte de la formación de una rigurosidad en el uso del recurso de una manera sistemática no solo para salvar los gastos, sino también que tiene ver toda una lógica más racional.

En esto de los medicamentos, creo que en parte, estamos influenciados por la industria que influye en muchos aspectos. Creo que en este campo deberíamos ir viendo la estandarización de las prácticas en sí, de los Colegios profesionales, de las sociedades médicas, que puedan generar una corriente de opinión y encuadrarlos también, porque

sino caemos en el otro problema de haber un desbalance y el caos. Los pacientes buscan y si acuden a las peticiones, porque alguien les dijo que este medicamento es mejor. Por eso cuan razonable es para EsSalud, comprar un medicamento para un paciente que genera recursos. Eso va de la mano con lo de judicializar que en ciertos aspectos es algo que vamos a llegar. Pero necesitamos sistemas de credibilidad y se llegue a una sanción, ese es uno de los trabajos que tenemos en la Defensoría del Pueblo.

El gran número de quejas que tenemos y que llegan a la opinión técnica. En tres años tenemos mas o menos 500 quejas, pero vamos a buscar casos en los cuales habido muerte o que en nuestro informe hemos encontrado elementos de impericia que podrían llevar a negligencia. En esos casos que calculamos que son unos 50, no a sucedido una sanción, ni reparación Nuestra cifra está cercana a cero, pero queremos documentarla. La atención de salud requiere credibilidad, pero también requiere entender que mucho de la gente que se queja es por otros problemas. En el 55% de casos, no encontramos actos de impericia, normas transgredidas y lo que encontramos más bien es, una cuestión que está a otro nivel; estos tratos indignos de inequidad que se le da a usuarios del sistema de salud: La medicina para pobres tiene una característica, por eso la gente se siente maltratada.

Dr. William Ludeña: Sabe ¿Por qué, la Defensoría no aumenta su estadística de quejas?, Yo he presentado innumerables quejas, saben que me contestan "deme el nombre del paciente, su dirección, teléfono, DNI y que venga él sino no puedo actuar". Les cuento mi experiencia, si eso no fuera así, tendrían

más estadísticas, a esos se agregarían cientos o miles que aceptarán comunicaciones como la de nosotros, que no somos fiscales. No soy investigador, nosotros pasamos un caso humano para que lo resuelvan, porque dicen que no lo estoy presentando bajo las normas y requisitos para una queja formal y se queda en el camino.

Dr. Julio Castro: En realidad ya la Sra. Martha Mora, hizo una primerísima apreciación, respecto a los temas de las dificultades en administración y de la falta de seguridad de las presentaciones etc. Pero el tema de los medicamentos es muy importante, existiendo además relaciones conflictivas entre los médicos y la industria, entre los médicos y los pacientes, de la manera como se prescribe sin consideraciones del caso. Yo no puedo a una persona que atiendo, habiendo conocido sus condiciones socioeconómicas, recetarle un medicamento fuera del alcance de sus posibilidades.

Entonces este tema del medicamento es un tema muy especial que requiere un manejo detenido. Recordando primero de que el medicamento explica casi el 30% de todo el gasto de salud, el 70% del gasto del bolsillo de las personas y explica en muchas realidades el 50% de eventos adversos, complicaciones etc. En el tema de la medicación existe un sistema complejo de relaciones y responsabilidades, de rectoría y de la provisión, del rol del sector privado, de los productores, de los que comercializan y de los profesionales de la salud, en donde el médico prescribe, el químico farmacéutico dispensa y, la enfermera administra el medicamento. En fin hay todo un conjunto de responsabilidades pero que constituye un tema muy específico de preocupación y

la necesidad de actuación frente al mismo, para evitar que convierta en un elemento vulnerador de los derechos de los ciudadanos.

Hermana Maria: Yo creo que debemos señalar en que marco se está haciendo la atención de salud. Estamos en un modelo neoliberal y la salud ya no es un servicio, una vocación, sino es un negocio, con una lógica de ganancia y no necesariamente como un bien social y derecho humano fundamental.

Un tema importante a incluir en la reflexión es sobre los ensayos clínicos. Estos ensayos clínicos deberían beneficiar a las personas objeto del ensayo y los resultados deberían ser presentados por los investigadores también en el país. Por ejemplo en relación a tuberculosis, los resultados se pueden leer en revistas internacionales, pero con un enfoque multicéntrico, donde uno no ve la particularidad del país. Por que no es lo mismo en el caso de tuberculosis, el tratamiento y el avance en África o en el Perú, cada realidad tiene su particularidad. Pero a la hora que se presentan los resultados son considerados validos para todos por igual y de las conclusiones se toman decisiones que muchas veces son adoptados como recomendación a nivel mundial. Por ejemplo, en el Perú tenemos un buen resultado con el tratamiento de tuberculosis sensibles; curamos por encima del 90%. Hay un ensayo multicentrico que llega hasta 84 - 85%, y además se tiene que aplicar en segunda fases del tratamiento la medicina tres veces a la semana en lugar de dos veces. La pregunto es: ¿En el Perú es necesario cambiar el esquema de tratamiento, ya que los éxitos están por encima de lo que plantea la OMS, 85%? Para que no se repita la falta de respeto a los derechos humanos en

salud, estamos pidiendo que se nos den razones técnicas y científicas, antes de modificar un esquema de tratamiento que nos da buenos resultados. Julio sabe muy bien que todavía estamos a la espera de un informe y respuesta por parte de la Defensoría del Pueblo sobre una queja que presentamos con su respectiva fundamentación en el año 2003, sobre lo sucedido durante el año 1996 a 2001, donde consideramos que hubo una probable violación de derechos humanos en salud en la aplicación de un esquema de tratamiento a personas con fracaso en su primer esquema de tratamiento y que implicó a mas que 2,500 personas.

Dr. Alfonso Mendoza: También el C.M.P., en estos días, ha organizado certámenes centrados en el análisis del tema de los medicamentos; y la misma industria farmacéutica invitó al ex-Viceministro de Salud de México, el Dr. Ruelas Barajas, como conferenciante principal en una jornada orientada al mismo tema y su relación con la ética. Una de las áreas a considerar en este campo es el de la recuperación de la confianza. Hay muchas historias perversas en lo referente a la prescripción de determinados medicamentos, llevados por el afán de alcanzar ciertos obsequios de algunos laboratorios, pero también hay intentos serios por superar estas prácticas, y centrarse más en la educación continua y en la difusión de las mayores y mejores evidencias en el área de la farmacología médica.

Dr. William Ludeña: Últimamente se ve mucha publicidad sobre medicamentos; en donde se exageran sobremanera los efectos y las posibilidades. Nuestra organización que también es una asociación de consumi-

dores, tiene presentadas sendas denuncias por publicidad engañosa. Todo eso tiene un costo y es difícil de manejar. Pero el Colegio Médico tiene la capacidad de hacerlo con mayor facilidad, sería mejor escuchado, tiene mejor tribuna para hacer un corte, porque se está haciendo un uso inadecuado de los nombres y las formas de la publicidad, el CMP bien podría tomar alguna actitud.

La Ley General de Salud dice: las plantas medicinales de uso en salud se puede vender libremente mientras no se hable de las características terapéuticas, y eso se transgrede de manera olímpica y por último lo que comenté antes sobre el hospital de la Solidaridad que tiene una serie de problemas, no tiene acreditación, no tiene nada y mal funciona. La parte administrativa -por que hay que diferenciar la administrativa de la asistencial-, a caballazos lo está haciendo el alcalde de Lima; pero el Colegio Médico tiene una participación que puede ser sustancial. Ahí se está transgrediendo la ética, porque obligan a los médicos atender sin historia clínica; convierten eso en establecimiento ambulante, ese es un problema ético y si el CMP no toma cartas en el asunto, esto es una bola de nieve imparable. Nosotros en San Juan de Lurigancho y la DISA IV hay una orden de cierre por 60 días que ellos han apelado, el MINSA a dicho que se cumpla.

Dr. Julio Castro: Este es un tema que requiere la atención, las críticas cada día son mayores. El asunto de los Hospitales de la Solidaridad es que son apreciados por los ciudadanos de Lima, en las encuestas de opinión, como los mejores establecimientos públicos. Considero necesario mejorar la atención de los hospitales públicos para

tener autoridad. Los Hospitales de la Solidaridad, por lo general, están en ambientes precarios - en contenedores -, hacen historias clínicas precarias o inexistentes, no se cumplen con estándares de seguridad. En general no cumplen con regulaciones que se exige a otros prestadores públicos o privados.

Creo que hemos pasado una revista inicial a los problemas relacionados al derecho a la salud. Hemos visto distintos aspectos - aunque no hemos profundizado mucho en los mismos - pero lo hemos visto desde diferentes enfoques y componentes, su contenido y componentes y temas específicos como el financiamiento, medicamentos, los ensayos clínicos.

Hemos tratado de ver los temas de actores, roles y responsabilidades en el sector. Pero ha habido un actor transversal a toda esta mirada que ha sido el médico y su responsabilidad, de la profesión médica, que es la particular preocupación que tenemos. Revisamos el derecho a la salud y su vigencia y disfrute por las personas, no solo para ver la paja en el ojo ajeno, sino reflexionar sobre nuestra conducta, sobre nuestro quehacer; porque creemos que somos un actor importante que tiene muchas responsabilidades en el tema.

En general constatamos que a pesar de haber algunos avances hacia el respeto a los derechos; sin embargo, el déficit es muy consistente todavía en distintos aspectos que hemos revisado, y todavía no hemos entrado a ver sobretodo lo que hay que hacer. Al final ha aparecido muy importante seguir dialogando sobre estos temas. Se vienen desarrollando algunas iniciativas que hay que socializar más; porque por



ejemplo, en el tema de los medicamentos hemos realizado hace un mes un "Seminario Internacional sobre Ética y Medicamentos" y también estamos participando de un proyecto de transparencia en medicamentos (MeTA) para lograr el acceso universal a medicamentos esenciales. Pero falta mucho que hacer sobre todo en el tema de la producción, la comercialización, el control de calidad, compra, subastas y abastecimiento. Ahí hay mucho que hacer. Creemos que nuestro compromiso sería hacer una síntesis de la reunión, alcanzarla a Uds. poder recibir sus comentarios, apreciaciones y quizás dentro de un par de meses poder volvernos a reunir para ver revisar avances en el tema.

Hay algunos aspectos que requieren precisiones y propuestas como los ensayos clínicos que expresó la hermana Van der Linde, por que ahí están en juego los derechos humanos de las personas de manera muy concreta. En fin todos estos temas creemos que son muy importantes, entonces en nombre del CMP quiero agradecerles mucho por el tiempo que nos ha permitido compartir las reflexiones de Uds., la mirada que tienen sobre estos problemas y recibir sus apreciaciones. Muchas gracias por compartir estas preocupaciones y será nuestro compromiso poder resumir esta reunión del día hoy y alcanzarla a Uds. y abusar de vuestra disposición y compromiso para hacer un monitoreo al derecho humano a la salud, que no tiene otro sentido sino hacer que sea plenamente ejercido por todos y todas.

Lima, 10 de enero de 2009.

