

PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 25 N°101 / Abril 2015

Ética

El derecho a una
muerte digna

Viña del Mar

Paro de médicos APS

Valparaíso

Reparación antenatal
del mielomeningocele

Agresiones al personal de salud e inseguridad en hospitales

No pierda hoy la oportunidad de tener otra panorámica de vida, entre el bosque y el mar.



MODERNOS DEPARTAMENTOS DE 1, 2 y 3 DORMITORIOS

- Completo Kit de Cocina: Encimera vitrocerámica, horno eléctrico, microondas empotrado y campana.
- Muebles de cocina con cubierta de cuarzo tipo silestone o similar.
- Baños principales con plato de ducha, mamparas de vidrio y moderna grifería.
- Amplias e independientes terrazas con barandas de cristal.
- Ventanas con termopanel en estar y dormitorios. (aislación térmica y acústica)
- Completo equipamiento familiar: Bar lounge y terrazas con quinchos panorámicos, piscina temperada cubierta para adultos y niños con camas de agua y bañera hidromasaje, piscina con terraza cubierta exterior en medio de amplio jardín, gimnasio equipado y juegos infantiles.



SALA DE VENTAS

FRANCISCO SOZA C. 750 . BOSQUES DE MONTEMAR . CONCÓN

MASANTIBANEZ@PLAYAMANSA.CL / CBL. 56373877
GNUNEZ@PLAYAMANSA.CL / CBL. 56884328

WWW.VIGIADEMONTEMAR.CL



PROXIMOS PROYECTOS



1.2.3 DORMITORIOS
VALPARAISO
contacto@playamansa.cl



1.2.3 DORMITORIOS
VIÑA DEL MAR
contacto@playamansa.cl

OFICINAS
6NORTE

6 NORTE ESQ. AV. LIBERTAD
VIÑA DEL MAR
Informaciones: 9+56373476

Salud chilena en la UCI y movilización gremial



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

● El año 2009, nuestro Consejo Regional Valparaíso inició una cruzada nacional para denunciar el estado calamitoso que presentaban las Unidades de Emergencia de los hospitales públicos. Lo hicimos en la Asamblea Nacional Médica en presencia de las autoridades del Ministerio de Salud de la época. Lo hicimos con planteamientos serios, con cifras comprobables y con colegas calificados. El resultado fue una comisión COLMED-MINSAL en que el único logro fue 6 cargos de medicina interna para la UEA del Van Buren y 6 de cirugía para Puerto Montt. El sistema general de atención de urgencia no cambió. Un frustrante recuerdo: el Dr. Rubén Gennero, del MINSAL.

Repetimos la cruzada en la Asamblea Nacional Médica del año 2011, y se logró otra comisión COLMED-MINSAL, que elaboró un informe muy fundamentado sobre el estado de la atención de Urgencia en el país que intentamos infructuosamente de entregar formalmente al ministro de la época, Jaime Mañalich, sin lograrlo a pesar de que el MINSAL participó oficialmente en él. Debo señalar que en estos eventos participaron activamente destacados colegas de nuestro Regional como los Dres. Luis Troncoso, Guillermo Witto, Gloria Fuentes y Hugo Reyes, entre otros.

Y así pasó el tiempo, como en los cuentos, y llega-

mos a la Asamblea Médica de 2015 y nos encontramos que el sistema de salud chileno está en un estado de miseria de recursos en todo sentido: infraestructura en mal estado e insuficiente, equipos e instrumentos médicos obsoletos o ausencia de éstos, y sobre todo, progresiva disminución del recurso humano de especialistas, especialmente los más preparados, que están emigrando al sector privado. Y si de todo el sistema de salud se trata, hay también muy graves problemas en la Atención Primaria, y también en la medicina privada donde, a pesar de los esfuerzos que hemos hecho como Regional, la ilegalidad de la integración vertical de las isapres con clínicas prosigue y ahora se están viendo otros efectos, tales como impedir el ingreso de algunos médicos con sus pacientes a varias clínicas por motivos estrictamente de conveniencia financiera, sin pensar en los pacientes que se ven afectados y en el derecho de los médicos a trabajar adecuadamente.

Es por estas razones que creemos que ha llegado el momento de iniciar una etapa diferente y mucho más activa, de movilización gremial. Así lo ha acordado unánimemente esta Asamblea a finales de abril recién pasado. Les mantendremos informados y les pedimos estar atentos porque es muy importante para nuestra profesión, tanto en el ámbito privado como público.

En esta edición

Palabras del Presidente
Salud chilena en la UCI
y movilización gremial
PAG 01

Editorial
Una vez más los
perjudicados somos
los que hacemos la
pega...
PAG 03

Gremial
Paro de médicos APS
de Viña del Mar
Una dura y extensa
movilización por
mejoras laborales
PAG 04



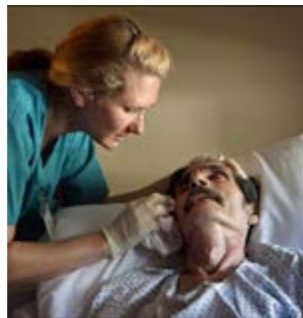
Gremial
Agresiones al personal
de salud e inseguridad
en hospitales
PAG 07

Reportaje
Reparación antenatal
del mielomeningocele
PAG 10



Noticias
PAG 15

Ética
El derecho a una
muerte digna
PAG 18



Historia de la Medicina
La medicina árabe en
España medieval
PAG 20

Médicos Escritores
"La Espera"
PAG 23



Médicos Viajeros
Etiopía, amoxi y Celso
Una mirada personal a la
práctica médica etíope
PAG 26



Deportes
Encuentro de
Transfiguración
Futbolística 2015
PAG 28

Miscelaneo
Descubriendo la
astronomía
PAG 30

Obituario / Cartas
PAG 32

editorial

Una vez más los perjudicados somos los que hacemos la pega...

● Así como en la podredumbre política que asola nuestra patria, en que ni derecha ni izquierda se salvan de estar comprometidas hasta el tuétano en casos de evasión, corrupción, boletas ideológicamente falsas y venderle el cuerpo a cuanto personaje aparezca con las lucas por delante, en el caso de las aseguradoras que financian la salud de los chilenos tampoco hay alguien que se salve. Tanto Fonasa (el otrora intachable Estado) como las isapres (con ganancias escandalosas durante años) entran en el grupo de los que sacan las castañas con la mano de gato. Aquí somos perjudicados doblemente; como usuarios, al no recibir adecuada cobertura parte de estas instituciones, y como gremio, porque vemos mermados nuestros honorarios.

Las isapres se basan en Fonasa para fijar y reajustar nuestros aranceles y, al no actualizarse Fonasa, nos vemos afectados año tras año. A través de la integración vertical con clínicas, las isapres utilizan a los médicos como un eslabón más en su círculo de dar vuelta el dinero y lucrar excesivamente con las cotizaciones y los copagos de sus afiliados, mientras cada vez más tratan de rebajar nuestros honorarios.

Por otro lado, Fonasa abusa sistemáticamente de nosotros y lo peor de todo es que parece que no nos diéramos cuenta de ello. El 2012 un estudio realizado por el Dr. David Lagos mostró, en cifras incuestionables, cómo Fonasa ha venido rebajando nuestras remuneraciones durante los últimos años. Y pese a las gestiones realizadas por el Colegio Médico todo siguió igual. Sin ir más lejos este 2015 el reajuste fue, una vez más, menor que el de los funcionarios públicos y bastante por debajo del IPC (o sea, la plata que ganamos vale menos que el año pasado). Además, año tras año Fonasa demora la actualización de los valores, por lo que al momento del estudio había una acumulación de 21,5 meses de demora en la actualización de las remuneraciones, lo que equivalía a haber perdido casi 2 años de reajuste.

Fonasa tiene un sistema de fijación de precios obsoleto, no ha actualizado adecuadamente su sistema de códigos, haciendo que prestaciones nuevas no puedan ser valorizadas y, como las isapres se basan en el arancel Fonasa, esta ineficiencia afecta por todos lados a quienes hacemos la pega.

La libre elección y el ejercicio privado de la profesión está en riesgo y el principal responsable es el seguro estatal. Pese a que esto lo sabemos hace un rato, nuestro gremio no ha sido suficientemente enérgico para tratar de solucionar este tema y hemos pecado de pacientes. Creo que es el momento de darle a este tema la importancia que merece y, si el caso lo amerita, entremos en alerta para lograr de una vez por todas que el Estado nos trate como corresponde, de acuerdo a la labor que realizamos.



Dr. Humberto Verdugo Marchese
Director Panorama Médico

PANORAMA
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 25 – Número 101 – Abril 2015 / **Director:** Dr. Humberto Verdugo Marchese / **Comité editorial:** Dr. Miguel Astudillo, Dr. Eduardo Bastías, Dr. Alejandro Carmona, Dr. Juan Eurolo, Dr. Frano Vazón / **Colaboradores:** Dra. Carmen Noziglia, Dr. Vicente Carrillo, Dr. Ignacio de la Torre, Dr. José Luis Dueñas, Dr. Andrés Ghiringhelli, Dr. Fernando Novoa / **Editora periodística:** Sandra Valenzuela Torres, comunicaciones. colmedvalpo@gmail.com / Esta revista es editada por el Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G. / **Representante Legal:** Dr. Juan Eurolo Montecino, Los Acacios 2324, Miraflores, Viña del Mar, Fono: (32) 2677982 / **Producción & Publicidad:** (32) 2677982, reg.valparaiso@colegiomedico.cl, reg.valparaiso@gmail.com / **Sitio Web:** www.colegiomedicovalparaiso.cl / **Diseño:** Marco Antonio Pereda Vallejos / **Impresión:** Orgraf / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.

Paro de médicos APS de Viña del Mar

Una dura y extensa movilización por mejoras laborales

● “La salud no tiene Festival” rezaba un cartel en la Gala de la última versión de Festival Internacional de la Canción de Viña del Mar. Se trataba de uno de los lienzos con que se manifestaban los médicos de Atención Primaria de los 14

consultorios de la Ciudad Jardín, quienes se encontraban en paro indefinido en demanda por mejoras laborales.

La paralización tenía su origen en el incumplimiento de la Corporación Mu-

nicipal al acuerdo sostenido con los médicos en junio de 2014 –resultado de la primera paralización del gremio APS– en el que se establecía un incentivo a la permanencia de 350 mil pesos y seis meses para evaluar conjuntamente las condiciones que originaban este pago. Si bien el bono fue entregado, pasados los seis meses convenidos la Corporación decidió arbitraria y unilateralmente eliminar el pago, sin la evaluación pactada con los médicos.

Así lo explica la presidenta del Capítulo Médico de Atención Primaria de Viña del Mar, Dra. Laura Hernández, quien justificó la movilización por el incumplimiento de la autoridad comunal al acuerdo señalado. “El incentivo a la permanencia se mantuvo hasta diciembre del año pasado, mes en que se evaluarían los resultados por ambas partes. Pero observamos con sorpresa que se nos excluyó de este proceso”, manifiesta.

Pero la restitución de este incentivo no era la única demanda de los facultativos, quienes también pedían que se retomara la iniciativa de establecer una mesa de trabajo que permitiera imple-



Una de las asambleas diarias en el auditorio del Regional Valparaíso.



La reunión en la que los médicos, acompañados por dirigentes y asesores del Regional Valparaíso, fueron finalmente recibidos por la gerencia de la Corporación Municipal y la propia alcaldesa, Virginia Reginato.

mentar en los consultorios”. Además, con la renuncia de 24 profesionales que se iban a cursar sus becas de especialidad la dotación de médicos APS en Viña del Mar se vería nuevamente disminuida, sobrecargando a los médicos que se quedan y deteriorando la calidad de la atención para los usuarios.

Finalmente, luego de 23 días de paralización y después de evaluar propuestas y contrapropuestas, las partes lograron consensuar posiciones. La Dra. Hernández explicó que si bien no consiguieron el pago del incentivo, sí acordaron trabajar durante este año “para ir evaluando en conjunto nuestras rentas y para ver la posibilidad de una mejora en la carrera funcionaria, ojalá a partir del 2016”.

En ese sentido, se acordó la constitución de una mesa de trabajo que mes a mes evaluará la carga laboral de los médicos de la comuna y, de confirmarse carencia de profesionales, situación que

podría acarrear una sobrecarga laboral, los médicos podrían acceder a una compensación económica, que consistiría en la reasignación solidaria de la brecha médica. De este modo, se posibilita la permanencia de los médicos en los centros de atención y disminuye la rotación de profesionales.

“Sacamos un acuerdo que para nosotros es bien satisfactorio. Como directiva estamos conformes y contentos porque finalmente hubo voluntades de ambas partes para coincidir en la necesidad de nuestras mejoras laborales”, manifestó la dirigente.

El nuevo pacto firmado entre la Corporación Municipal de Viña del Mar y los médicos de Atención Primaria también contempla un amplio plan de capacitación y desarrollo profesional que también mejora las condiciones de la práctica clínica. Éste era un punto fundamental que demandaban los médicos, por cuanto la actualización y perfeccionamiento les permitía entregar una atención de mejor calidad a sus pacientes.

Cabe destacar que durante toda la paralización los médicos de la Salud Primaria de Viña del Mar mantuvieron una asamblea permanente en el auditorio del Regional Valparaíso. Al final de este proceso, los profesionales movilizados manifestaron su agradecimiento a los dirigentes, asesores y personal del Regional, tanto por el espacio y la atención

mentar un Programa Anual de Capacitaciones –con tiempos y reemplazos necesarios para acudir a capacitarse–, instancia que estaba contemplada en el acuerdo de 2014 y que el municipio viñamarino tampoco materializó.

Tras el cese del pago del bono y luego de casi tres meses de múltiples intentos por conversar con la gerencia de la Corporación Municipal, las representantes de los médicos en paro finalmente fueron recibidas –en marzo pasado y gracias a la intervención del Regional Valparaíso–, pero sólo para recibir una total negativa a su demanda de continuar con la entrega del bono.

Las autoridades municipales argüían que las condiciones que habían originado la entrega del incentivo ya no existían, por lo que no se justificaba continuar otorgándolo. A esto, la Dra. Hernández respondía con la analogía del paciente descompensado: “Le damos medicinas para que se compense y cuando está compensado se las retiramos. Es absurdo. Aquí vemos que si (el incentivo) no es algo permanente, nuevamente volvemos a lo mismo y otra vez vamos a tener brecha de profesio-

EL ADVERSARIO INDIRECTO

Una de las particularidades que tuvo este movimiento fue que el principal adversario no fue la Corporación Municipal de Viña del Mar –con quien tenían que negociar– sino la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada (Confusam), un gremio que se arrogó la representación de todos los trabajadores municipales de la salud y que ejerció constante presión a las autoridades municipales para que las demandas de los médicos no fueran atendidas.

“Su actitud no fue la mejor –señala el presidente del Regional Valparaíso Dr. Juan Eurolo–. No reconocen la mayor responsabilidad que tiene el médico en la labor sanitaria en una comunidad; porque no existen las negligencias de paramédicos, de enfermeras o de secretarías, sino las negligencias médicas, porque la población ve en el médico al responsable de su salud, no a los demás funcionarios. Entonces, resulta lógico que un médico quiera irse de un lugar donde está expuesto de esa manera y las demandas de los médicos apuntaban en ese sentido, una cuestión que la Confusam nunca quiso entender”, sostiene. “En los consultorios no conozco ninguna otra actividad, ni odontólogos, secretarías, enfermeras o paramédicos, en que roten de la forma como lo hacen los médicos; y si ellos lo hacen es únicamente por las malas condiciones de trabajo”.





El momento de la firma del acuerdo con que se puso fin a la paralización.

brindada como por el apoyo y orientación –legal y gremial– recibida en esta dura y extensa lucha en demanda por mejoras laborales.

El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, valoró positivamente el movimiento. “Supieron llevar muy el movimiento, con una conducción ecuaníme y criteriosa, sin poner en riesgo a sus pacientes. Y es destacable que incluso contaron con la comprensión de mucha de la gente que iba a los consultorios. Si bien en la negociación misma no se consiguió todo lo que pedían, sí se logró establecer un camino en el que los médicos sean tomados en cuenta”.

Para el dirigente gremial, el movimiento les abrió los ojos respecto de problemas que si bien eran conocidos, no se dimensionaban en su justa medida. “Hoy vemos con preocupación que los médicos de Atención Primaria están muy desvalidos. No tienen contrato con el Ministerio de Salud sino que dependen de las municipalidades, lo que significa que en el país hay más de 300 sistemas diferentes de salud municipalizada. Y la deficiente organización contractual en los consultorios hace que los médicos roten vertiginosamente en sus cargos”.

A ello se suman las escasas posibilidades de acceder a capacitaciones, necesarias para un adecuado desarrollo profesional y mejorar la atención de los pacientes. “Observamos la injusticia que se produce en los consultorios, donde otros profesionales acceden a una serie de capacitaciones y los médicos no siempre son autorizados para ello, con el argumento de que quedan pacientes sin atención. Eso evidentemente hay que arreglarlo”.

Situaciones como las descritas son las que alejan a los médicos de la atención primaria. Los médicos chilenos no quieren trabajar en los consultorios por la ausencia de carrera funcionaria, la falta de consideración de los otros esta-

mentos hacia el trabajo médico, y la alta responsabilidad que les toca asumir en la atención sin un adecuado apoyo de sus instituciones. “Con frecuencia los médicos que vienen de afuera aceptan trabajar en esas condiciones porque en general los inmigrantes aceptan condiciones mucho menos exigentes”, asegura el Dr. Eurolo.

Por otro lado, agrega el dirigente, la municipalización también está teniendo un grave impacto en la salud de los chilenos. “Ya se están notando en el aumento de la obesidad, el incremento de los factores de riesgo vascular como la hipertensión, la diabetes, el colesterol alto, etc., y eso es por una completa falta de prevención en salud. Esto hace urgente que los consultorios municipales vuelvan a tener una tuición técnica del Ministerio de Salud, y no simples asesorías como ocurre actualmente”, concluye.

PMÉ



La Dra. Laura Hernández firma el acuerdo, acompañada del abogado del Regional Valparaíso, Alfredo Silva, y la seremi del Trabajo, Karen Medina.

ORGANIZACIÓN EN OTRAS COMUNAS

Un corolario que dejó la primera movilización de los médicos de Atención Primaria de Viña del Mar, en junio de 2014, fue que médicos APS de otras comunas se motivaron a constituir sus propios capítulos.

Tras ese primer movimiento Concón también formó un capítulo APS y aunque no han tenido conflictos, como organización han logrado acuerdos con el municipio. Ahora, luego de esta última paralización, Valparaíso también ha dado señales de querer establecer un capítulo de Atención Primaria.

El presidente del Regional Valparaíso ya comprometió el apoyo del Colegio Médico “para lograr este cometido en la comuna de Valparaíso, que tiene todavía más problemas que Viña del Mar. Esperemos que resulte y que otras comunas también se motiven y logren formar sus propios capítulos”.

Agresiones al personal de salud e inseguridad en hospitales

Episodios de violencia contra el personal hospitalario, especialmente en centros de baja complejidad, se suceden con preocupante frecuencia, sin que la autoridad tome medidas realmente eficientes para evitarlo.

● Eran cerca de las nueve de la mañana del 17 de febrero pasado cuando el Dr. Maximiliano Mertens se disponía a entregar su turno de urgencia de 24 horas en el consultorio adosado al Hospital Adriana Cousiño de Quintero, cuando repentinamente una pareja accedió a su box de atención, cerrando con llave la puerta tras su paso.

Quienes irrumpieron en su lugar de trabajo le propinaron al médico bofetadas, golpes de puños y patadas, y fueron detenidos más tarde por Carabineros, cuando miembros del

equipo de salud se percataron de la situación y dieron la alerta.

Como consecuencia de la agresión, el Dr. Mertens resultó con diversos hematomas, fractura de nariz, una herida en la ceja izquierda y contusión ocular.

La situación descrita puede parecer un hecho aislado, pero lo cierto es que tiene mayor frecuencia de la que podría pensarse. Las agresiones hospitalarias, especialmente en los Servicios de Urgencia, se han convertido en una constante amenaza hacia el personal de salud.

MÁS COMÚN DE LO QUE SE CREE

Para tener una idea de la magnitud de este tipo de situaciones, a nivel nacional la agrupación de Médicos Generales de Zona realizó una “Encuesta sobre Seguridad y Riesgo de Agresión” a más de mil médicos en Etapa de Destinación y Formación que laboran desde Arica a Magallanes.

Al cierre de esta edición, los resultados preliminares indican que más de un 77% de los médicos habría sido agredido: un 65% de forma verbal, un 2% de manera física y un 10% declaró ambos tipos de agresiones.

Asimismo, más del 90% manifestó que también el personal no médico habría sido víctima de violencia física y/o verbal. Y en relación a la percepción de inseguridad, ésta alcanza el 55% en hospitales de mediana y baja complejidad y 36% en consultorios.

De acuerdo a lo que señalan los médicos, las principales causas de las agresiones en los hospitales de baja complejidad dicen relación con la frustración que siente la población consultante al no recibir una atención oportuna. Con frecuencia, la falta de personal médico hace que los pacientes tengan que esperar por varias horas para ser atendidos. Asimismo, la dificultad de contar con exámenes de laboratorio o la falta de personal para la toma de radiografías las 24 horas del día –incluso generando traslados a otras comunas– también enlentecen la atención.

Cualquiera sea la causa, es indudable que ninguna justifica la agresión al personal de salud, pero lo cierto es que también es posible adoptar medidas para ofrecer mejor atención a la comunidad.



Dr. Maximiliano Mertens (FOTO: Falmed)



La reunión con el SSVQ, el Gobernador de Valparaíso, Carabineros, el Colegio Médico Regional y encargados de seguridad municipal de Quintero. (FOTO: SSVQ)

PRIMERAS GESTIONES

Para el consejero general por Valparaíso, Dr. Hugo Reyes, “es lamentable que pese a las oportunas y reiteradas denuncias no hayan sido tomadas las medidas que permitan precaver estas inaceptables conductas”.

En efecto, ésta no es la primera vez que sucede una agresión en la zona. En mayo de 2014 se denunció también una agresión en el Hospital de Quintero, ocasión en la que

el Regional Valparaíso solicitó a la dirección del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) tomar las medidas necesarias para que este tipo de situaciones no se volvieran a repetir.

El Dr. Ricardo Rebolledo, presidente del capítulo de médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) Viña del Mar-Quillota, relata que tras los incidentes de 2014 y las gestiones ante el SSVQ “hubo un pequeño cambio en Quintero, con un aumento en la

cantidad de los guardias de seguridad. Sin embargo, no hubo una mejora en relación a la calidad de éstos”. De hecho, el médico señala que algunos de los guardias incluso son adultos mayores o personas sin la preparación necesaria para la función de resguardar la seguridad del personal al interior del centro hospitalario.

En febrero de este año, tras esta nueva agresión en el hospital quinterano, la agrupación de médicos EDF junto al Regional Valparaíso volvieron reunirse con la dirección del SSVQ. Al ver que su situación no era tomada con la seriedad que ameritaba, los médicos EDF decidieron paralizar sus actividades y levantar un petitorio con tres puntos fundamentales:

En el primero se solicitaba tomar medidas para reforzar la seguridad en los hospitales. En segundo lugar, se daba cuenta de un déficit en el recurso humano en algunos hospitales –viendo esto como un factor de malestar en la población, pues al tener menos médicos aumentan las horas de espera, sobre todo en la urgencia y eso genera malestar y agresividad en la gente–, por lo que se solicitó un aumento en la dotación. Y un tercer punto, relacionado con la falta de laboratorio permanente y radiografía las 24 horas, condiciones que limitan la capacidad de poder hacer un diagnóstico más específico y certero al momento de una urgencia.

“Estuvimos cuatro días en paro y luego se logró un compromiso del Servicio de Salud de que se verían las posibilidades que tenían de satisfacer nuestras necesidades”, relata el Dr. Rebolledo.

COMPROMISOS EN MATERIA DE SEGURIDAD

Con ese fin, se realizaron una serie de reuniones, en las que también participaron representantes del Colegio Médico Valparaíso. En primer lugar se reunieron con el Intendente Regional, Ricardo Bravo, quien en el mismo hospital de Quintero se comprometió a tener un carabiniero permanente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. “Ese fue un compromiso con firma de documento, pero el carabiniero duró una semana y luego fue retirado”, lamenta el facultativo.

“Después tuvimos una reunión con el Gobernador de Valparaíso, a quien le presentamos el documento firmado por el Intendente, y el Gobernador comprometió la presencia del carabiniero hasta el 31 de marzo”. Desde esa fecha en adelante el compromiso de la autoridad provincial fue tener un carabiniero sólo en fines de semana largo o fechas especiales en que estime podría aumentar la población flotante en la zona, mismo compromiso que asumieron las gobernaciones de Quillota y Marga Marga.

Si bien la institución de Carabineros reconoció la dificultad de destinar personal

PROYECTO DE LEY PARA AUMENTAR LA SANCIÓN PENAL DE AGRESORES

Las ya habituales agresiones verbales y malos tratos de pacientes y sus familiares al personal de salud, motivaron que un grupo transversal de diputados, encabezados por el PPD Felipe Letelier, presentara en enero pasado un proyecto de ley (boletín 9871) que aumenta la sanción penal a quienes agreden a los integrantes del equipo de salud.

Los parlamentarios resaltaron que, pese a los avances de la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes en la Atención de Salud, se producen prácticas de agresión hacia el personal, por la impunidad con la que hoy gozan los infractores. La normativa no especifica una sanción real para quienes agreden al personal, limitándose a señalar que el encargado del centro podrá recurrir al auxilio de la fuerza pública para impedir el acceso al infractor, sin perjuicio de las demás sanciones penales y civiles que correspondan. Esta ambigüedad debe remediarse estableciendo sanciones claras y concretas a los infractores, con penas efectivas que impongan coercitivamente un deber de conducta entre los pacientes y sus familiares.



Representantes del Colegio Médico Regional y el SSVQ reunidos con el Gobernador de Quillota, el director del Hospital de La Calera y el representante de los médicos EDF del establecimiento.

permanente en los hospitales, sí quedó establecida la necesidad de mejorar las comunicaciones y coordinación entre la institución y los establecimientos asistenciales.

Para los asistentes a las reuniones fue claro que en materia de seguridad la tarea no recae únicamente en la institución de Carabineros, sino también en las empresas que actualmente prestan servicios en esta materia. En ese sentido, se recalzó la necesidad de pedir en las licitaciones una revisión del perfil y competencias o calificaciones que los guardias deben tener para ejercer su labor en el ámbito específico de los hospitales.

“Lo último que logramos fue que en los hospitales de Petorca, Cabildo y La Ligua, que no contaban con sistema de seguridad, se estableciera un sistema de guardias permanentes, contratados por el Servicio de Salud mediante trato directo mientras se efectúa una licitación formal. Es una mejora en la seguridad, que obviamente da algo de tranquilidad al personal”, afirma el representante de los médicos EDF Viña-Quillota.

RECURSO HUMANO: SÓLO CONVERSIÓN DE CARGOS

En cuanto al déficit de médicos, el Dr. Re-

bolledo señala que por ejemplo, “el hospital de Petorca actualmente tiene 5 médicos, y para poder establecer un sistema de turnos de residencia (médico las 24 horas) hay que tener un mínimo de 6. Estamos desde el año pasado solicitando el sexto médico para Petorca” y a la fecha el SSVQ señala que aún no tiene la autorización del Ministerio de Salud para otorgar ese profesional faltante.

Para los hospitales de Peñablanca y Limache se propuso la reconversión de los cargos, de Artículo 9 –generalmente, médicos que llegan sin compromiso mayor con el hospital y por lo tanto se pueden ir en cualquier momento– a Artículo 8, “dándoles mayor estabilidad porque el colega tiene que estar un mínimo de 3 años para postular después a una especialidad. Y cuando ese colega se va, se abre un concurso nacional y nuevamente llega un médico a llenar ese cargo, y así el hospital está constantemente con médico”.

Lo mismo esperan que suceda en La Ligua, donde faltan 2 médicos. “Hace poco llegó una colega a cubrir un cargo, pero para poder establecer el sistema de turno permanente, dada la alta carga de pacientes de urgencia y la complejidad de los mismos, se hace necesario contar con 2 médicos”. El SSVQ se comprometió a que la profesional que se acaba de incorporar se convertiría en Artículo 8, con el objeto que el hospital tenga un médico de forma permanente.

En definitiva, en materia de recurso humano, el representante de los médicos EDF Viña del Mar-Quillota afirma que el SSVQ sólo ofrece la conversión de cargos –que es bien recibida–, pero no un real aumento en el número de profesionales, que es lo que solicitan.

EXÁMENES Y RADIOGRAFÍAS

Con respecto a la posibilidad de contar con exámenes de laboratorio y equipo de rayos, los médicos presentaron al SSVQ una

propuesta para que todos los hospitales cuenten con dispositivos POCT (point of care testing, sistema de pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia del paciente). Actualmente, este sistema está disponible en los hospitales de Limache y La Ligua, y permiten sugerir un diagnóstico o, en caso que los exámenes salgan normales, ahorrarse un traslado que podría durar hasta 4 horas, dependiendo de la carga del hospital base, período en el que el hospital queda sin ambulancia y sin el personal paramédico que tiene que trasladar al paciente. “Es un sistema que es una ayuda importante y el Servicio se comprometió a hacer la compra de los dispositivos para los cinco hospitales restantes, y así contaríamos con exámenes las 24 horas”.

Por otro lado, el SSVQ ofreció capacitar en la toma de radiografías al personal que estuviera dentro de la rotativa de turnos habitual de los hospitales, “de manera que si llega un paciente en medio de la noche se le pueda tomar la radiografía en el momento y no tenga que estar hasta el día siguiente para eso”.

Con todo, a los médicos no les queda más que seguir esperando por soluciones que siempre tardan en llegar.

Si bien el Dr. Mertens afortunadamente no tuvo secuelas de la agresión y se pudo reincorporar sin problemas a su trabajo en el Hospital de Quintero, a los médicos EDF les queda una amarga sensación.

El Dr. Ricardo Rebolledo considera que “la autoridad no ha dimensionado en su justa medida la gravedad de esto y lo que puede llegar a ocurrir. Esta vez encerraron a un colega en un box para golpearlo, ¿pero qué pasaría si los agresores llegan premunidos de armas? Esto pudo haber sido incluso más grave. Hay insatisfacción entre los colegas y una profunda decepción de que nuestro empleador no tome las riendas de este asunto y nos dé una real solución”.

En el mismo sentido se manifiesta el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, quien señala que las agresiones físicas y verbales, no sólo contra los médicos, sino contra todo el personal de salud, “se están sucediendo con preocupante frecuencia. Las actuales condiciones de seguridad en que trabajan los equipos de salud, especialmente en los recintos de baja complejidad, son inaceptables y hacen urgente que la autoridad pueda disponer de manera permanente personal de seguridad suficiente y adecuadamente capacitado para salvaguardar la integridad física de sus trabajadores. Como Colegio Médico seguiremos insistiendo en la urgencia de tomar medidas para detener la escalada progresiva de violencia que vemos en algunos recintos de salud, donde los pacientes descargan su frustración y malestar en el personal de salud, que no es responsable de las insuficiencias del sistema”, concluye.

De izquierda a derecha: Juan Carlos Bello, abogado de Falmed; Dr. Ricardo Rebolledo, presidente del Capítulo EDF Viña-Quillota; Dr. Hugo Reyes, consejero general del Colegio Médico; Dr. Maximiliano Mertens; y Dr. Eduardo Welch, director de Falmed. (FOTO: Falmed)



Reparación antenatal de la disrafia espinal abierta

Especialistas del Hospital Carlos van Buren intervinieron a feto de 26 semanas para tratar un mielomeningocele. La operación –la primera de su tipo en la Región de Valparaíso– no sólo corrige el defecto, sino que además mejora el pronóstico del niño con esta patología.

● Una operación inédita para nuestra región fue la que llevó a cabo un grupo de profesionales del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso, quienes el martes 2 de diciembre de 2014 intervinieron a un feto de 26 semanas de gestación para tratar un mielomeningocele. Una patología compleja cuyo tratamiento antenatal permite reducir discapacidades significativas.

El mielomeningocele –o disrafia espinal abierta– es un defecto congénito discapacitante, que afecta a 1 de cada 1.000 nacidos vivos. Es una malformación del Sistema Nervioso Central que consiste en el cierre defectuoso de una porción de la médula espinal y donde el músculo y la piel que la recubren no se desarrollan completamente. “Entonces, al nacer el niño, la porción de médula espinal que no alcanzó a desarrollarse sobresale a

través de la piel abierta, y ese tejido nervioso queda expuesto al medio ambiente y por lo tanto a infecciones”, explica el Dr. Andrés Horlacher, neurocirujano de la intervención.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Tradicionalmente, esta malformación se corrige con un procedimiento quirúrgico posnatal, para lo cual se procura que el niño nazca lo más grande posible para que soporte la cirugía, que tiene como principal objetivo cerrar el defecto para que no haya infecciones. Si bien esta intervención corrige la abertura para evitar infecciones, no impide la ocurrencia de otras complicaciones.

El Dr. Horlacher aclara que la anomalía “tiene una mortalidad del 10 por ciento y conlleva discapacidades severas,

que pueden incluir desde trastornos esfinterianos hasta paraplejia”. Además, el mielomeningocele lleva a que haya malformación de Chiari –anomalía cerebral secundaria que consiste en la ubicación anormal de ciertas estructuras del cerebro– y también hidrocefalia.

Con el objeto de evitar estas complicaciones, desde mediados de los 90 se comenzó a probar formas de cerrar el defecto antes de nacer. Se lograron muchos avances en el procedimiento, pero sin certezas respecto de los reales beneficios en comparación con una intervención posnatal.

Para responder a esa pregunta, en 2003 diversos centros de los Estados Unidos comenzaron la investigación *Management of Myelomeningocele Study (MOMS)*, cuya finalidad fue comparar –mediante el ensayo clínico aleatorio de 183 casos– los dos enfoques para el tratamiento del mielomeningocele: la cirugía antes del nacimiento (antenatal o fetal) y la cirugía tradicional después del nacimiento (posnatal).

Los resultados de este estudio fueron publicados en *The New England Journal of Medicine* en marzo de 2011. Los investigadores concluyeron que los beneficios de la intervención antenatal eran realmente superiores a los de la técnica

BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN ANTENATAL

- Instalación de válvula Derivativa Ventrículo Peritoneal (DVP) se reduce de 80 a 40%
- Mejor desarrollo cognitivo
- Mejor función motora
- Menor herniación tonsilar



El antes y después de la intervención intrauterina.

quirúrgica tradicional por cuanto mejora la condición neurológica posterior del niño –mejora el pronóstico de desarrollo cognitivo y de sus capacidades físicas– y reduce futuras complicaciones.

El Dr. Rolando Márquez, ginecoobstetra y miembro de la Unidad del Equipo de Medicina Materno Fetal del Hospital Van Buren, explica que con los resultados de esta investigación “hay certeza de que los fetos se benefician mucho si se operan entre las semanas 22 y 27 porque se reduce el riesgo de desarrollar una hidrocefalia, por ejemplo”.

En efecto, según los resultados del MOMS, con el procedimiento intrauterino el riesgo de que el niño haga una hidrocefalia o de que necesite válvula por esa hidrocefalia se reduce de un 80 a un 40 por ciento (VER RECUADRO SUPERIOR). Esta reducción evita que el recién nacido sea sometido a una operación para instalarle una válvula de derivación y volver a intervenirlo, a medida que el niño crece, para cambiar el dispositivo.

El Dr. Márquez acota que “no es que

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- Edad gestacional entre 23 y 26 semanas
- Feto único
- Lesión disrráfica entre T1 y S1
- Evidencia de herniación tonsilar
- Cariotipo normal
- Madre mayor a 18 años
- Accesibilidad a centro hospitalario

Exclusión

- Anomalía fetal no relacionada a mielomeningocele
- Xifosis severa
- Riesgo de parto prematuro
- Placenta previa
- Índice de masa corporal mayor a 35
- Histerotomía previa

con esta operación el niño que tiene la columna alterada vaya a quedar como si fuera normal, pero sí se evita que pase por un proceso de múltiples cirugías y los riesgos asociados a esas intervenciones como la anestesia, las infecciones postoperatorias, etcétera”.

LA EXPERIENCIA EN BRASIL

Paralelo al desarrollo de esta técnica en Estados Unidos, Brasil hizo lo propio, con una técnica cuya única diferencia con la norteamericana era el uso de un tipo especial de insumo para la histerotomía, que era de elevado costo y no estaba disponible en Brasil, por lo que idearon una técnica sin la necesidad de ese material. “Han desarrollado tan bien este procedimiento y tienen tanto volumen de pacientes que incluso luego llevó a que los norteamericanos y europeos fueran a aprender con ellos”, destaca el neurocirujano del Van Buren.

El contacto que el Dr. Andrés Horlacher mantenía con el neurocirujano que desarrolló esta técnica en Brasil, el profesor de la Universidad de Sao Paulo, Dr. Sergio Cavalheiro, cuyo equipo había realizado cerca de 140 de estas operaciones, posibilitó que junto al Dr. Márquez viajaran por su cuenta a Sao Paulo, donde pudieron presenciar el procedimiento quirúrgico que llevaron a cabo el Dr. Cavalheiro y el ginecólogo Dr. Antonio Moron, a quienes les están muy agradecidos por los conocimientos entregados.

“Tuvimos la suerte de ver tres de estas intervenciones en una semana –relata del Dr. Márquez–, y nos dimos cuenta de que acá teníamos las capacidades, la tecnología y los profesionales para hacerlo. O sea que la realización de esta técnica estaba a nuestro alcance”.

Convencidos de que la técnica era posible aplicarla en el hospital porteño empezaron a hablar seriamente de llevarla a cabo. Cabe indicar que en Chile esta in-

tervención se había realizado únicamente en la Clínica Las Condes y el Hospital de Rancagua (apoyados por profesionales de la Clínica Las Condes), con buenos resultados.

TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

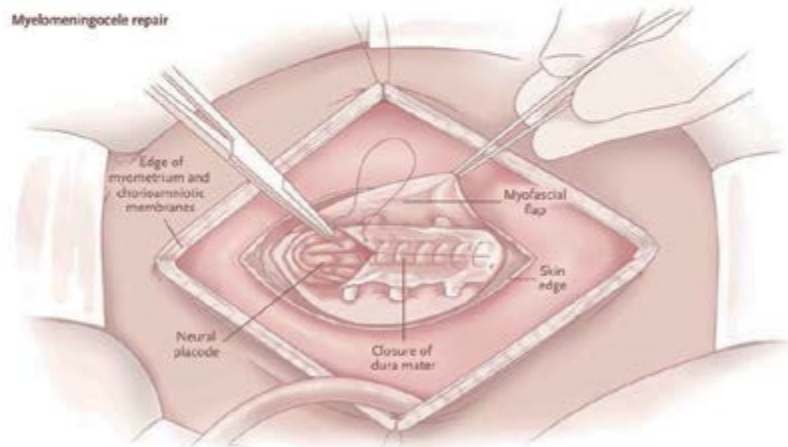
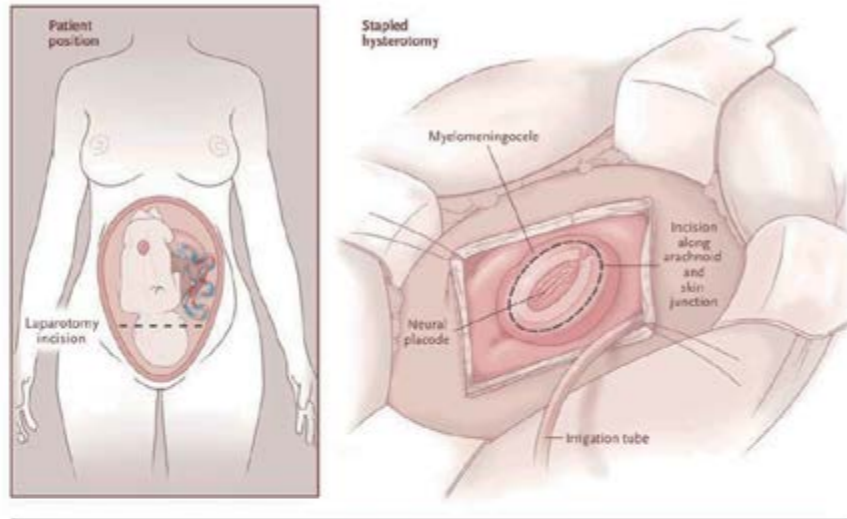
A fines de 2014, tras la aparición de una paciente que cumplía con los criterios para optar a la cirugía antenatal (VER RECUADRO INFERIOR IZQUIERDO), los médicos se dieron a la tarea de preparar al equipo que realizaría la intervención. El Dr. Horlacher señala que “semanas antes de la operación, reunimos a los neonatólogos, anestesiólogos, neurocirujanos, ginecoobstetras, enfermeras de pabellón, auxiliares y arsenalera, les presentamos lo que íbamos a hacer y en conjunto estudiamos todas las posibles variables”.

En lo medular, el procedimiento consiste en exponer el útero y abrirlo para exponer el defecto (VER RECUADRO INFERIOR DERECHO). El feto, al que también se le aplica anestesia, es movilizado para que los cirujanos accedan a la zona de la espalda baja. Luego, utilizando visión microscópica se repara la disrafia, de manera similar a como se hace en la técnica posnatal: por planos, primero la médula espinal y después la cubierta de la médula, luego los planos más superficiales, el músculo y finalmente la piel. Todo esto en un espacio no mayor a 2 centímetros. Seguidamente, se cierra el útero y se lo devuelve a la cavidad abdo-

ETAPAS QUIRÚRGICAS

- Incisión Pfannenstiel
- Exposición uterina
- Identificación placenta e identificación sitio histerotomía
- Histerotomía
- Reparación defecto
- Histerorrafia
- Cierre pared





Detalles de la intervención fetal.

minal para completar el embarazo.

Para el Dr. Márquez, la experiencia “tuvo algo de épico porque, por ejemplo, sacar el útero, abrirlo, cerrarlo y devolverlo a su sitio, yo nunca lo había hecho; eso lo fuimos a ver a Brasil”, señala.

Comparando la experiencia en Valparaíso con lo que pudieron presenciar en Sao Paulo, los médicos sostienen

que la única diferencia fue que en vez de tener una pared limpia, acá el útero tenía un vaso muy grueso cruzando toda la pared posterior, “entonces tuvimos que buscar un lugar donde hacer la incisión para no tocar este vaso. Eso fue lo único inesperado”, asegura el ginecoobstetra.

Desde la perspectiva del Dr. Horlacher, lo más complejo de las cuatro horas

que duró la intervención quirúrgica fue la suma de los distintos equipos que se requerían, y que hizo necesario un trabajo en equipo altamente coordinado.

En ese sentido, ambos profesionales resaltan que la clave es que se trabaja en un equipo muy bien coordinado, con perfecta interrelación entre todos los actores. El Dr. Rolando Márquez es enfático en manifestar que “el trabajo multidisciplinario fue fundamental. Sin una anestesia de excelencia –porque esta operación implica un manejo anestésico muy complejo– o una buena pabellonera no se podría haber hecho. Todos pusieron lo mejor de sí y cuando todos tienen esa disposición y entusiasmo las cosas resultan bien”.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y ACCESO UNIVERSAL

Para poder acceder a esta cirugía los médicos aclaran que lo principal es el diagnóstico y derivación antes de las 26 semanas. “Para eso, lo más importante es la ecografía de las 22-24 semanas –señala el Dr. Márquez–. Es una eco que no puede faltar. Si se hace antes de las 18 la malformación no se ve y si se hace después de la semana 26 ya no se puede hacer la intervención. Por lo tanto, es fundamental que sea diagnosticado y enviado precozmente”.

Los médicos hoy sienten una responsabilidad ética frente a esta anomalía. Los buenos resultados de esta primera experiencia en cierto modo obligan a buscar la forma de ofrecerla para todas las pacientes que lo requieran. Y para ello, esperan que la iniciativa de la dipu-

INCORPORACIÓN AL PLAN GES

El pasado 14 de abril la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de resolución presentado por un grupo transversal de diputados encabezados por la parlamentaria gremialista Andrea Molina, en el que se solicita a la Presidenta de la República tomar las medidas necesarias para que el Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) incorpore como prestación la operación intrauterina del mielomeningocele, permitiendo de este modo su cobertura por Fonasa.

Actualmente, el Plan GES sólo cubre la intervención una vez que el niño nace, mientras que la cirugía intrauterina tiene un costo superior a los 20 millones de pesos.

RIESGOS DE LA INTERVENCIÓN

Para la madre

- Edema pulmonar asociado a tocolíticos
- Mayor porcentaje de transfusión al nacimiento
- Determina necesidad de cesárea a futuro

Para el feto

- Parto prematuro
 - Ruptura prematura membranas
 - Desprendimiento placenta
 - Corioamnionitis
- Mortalidad 3%

tada Andrea Molina, en orden a incluir el mielomeningocele en el Programa de Garantías Explícitas en Salud GES, llegue a buen puerto (VER RECUADRO INFERIOR IZQUIERDO, PÁGINA ANTERIOR).

“Creemos que es inaceptable que teniendo todo lo que necesitamos para hacerlo no lo hagamos”, sostiene Horlacher y agrega que junto con integrar el GES “además, hay que establecer una red de referencia a nivel país con determinados centros que desarrollen la técnica y de esa forma asegurar el acceso universal a la reparación prenatal del mielomeningocele”.

Cabe mencionar que realizar este procedimiento para mejorar las probabilidades futuras de ese niño por nacer tiene un precio no menor: es la madre quien tiene que someterse a una cirugía también, con los riesgos que ello implica (VER RECUADRO INFERIOR DERECHO, PÁGINA ANTERIOR). En ese sentido, los médicos destacaron la generosidad y entereza de la madre del niño que les tocó intervenir. “Hay que recalcar su coraje para someterse a esta operación. Ella no tuvo dudas en aceptar los riesgos con el único fin de mejorar el pronóstico de su hijo”, afirma el Dr. Márquez.

EQUIPO MÉDICO

Ginecólogos: Rolando Márquez Paulina González Marcelo Rodríguez Maritza Bachmann	Neurocirujanos: Andrés Horlacher Carlos Bennett Christian Salazar	Anestesiólogos: Carola Aravena Carlos Narváez Auxiliar de anestesia: Flor Faúndez	Arsenalera: Georgina Fasciolo Viviana Lillo Auxiliar paramédico: Susana Serrano
---	---	---	---

Seis semanas después de la primera intervención de reparación fetal del mielomeningocele en la región, el 8 de enero de este año, a las 32 semanas de gestación, nació el pequeño Matías,

quien gracias a la valentía de su madre y al profesionalismo y entusiasmo de todo un equipo de salud hoy tiene un mejor pronóstico de su calidad de vida.

PME

NUEVO CONVENIO

 Colegio Médico de Chile
 Consejo Regional Valparaíso

20 años DE EXPERIENCIA

 net
 Computación

Distribuidor y Servicio técnico autorizado de Apple en la V Región.

Porque un Mac es una inversión, no olvide realizar su mantenimiento anual.

Galería Fontana Local 204 - Av. Valparaíso 355 - Viña del Mar
 Fono: (32) 271 2531/ (32) 312 9248
 info@netcomputacion.cl / www.netcomputacion.cl

Authorized Reseller

NetMaker
 Una solución real

NET FILES MEDICAL
 SOFTWARE DE GESTIÓN Y CONTROL DE CONSULTAS MÉDICAS

...su administración gozará de buena salud

- | | |
|--|--|
| ■ Incluye módulos:
Agenda / Fichas de Pacientes / Historial Clínico
Emisión de Documentos (Recetas – Certificados
Solicitud de Exámenes) / Usuarios / Reportes | ■ Características:
• Acceso móvil (iPhone – iPad).
• Compatible con Mac y Pc.
• Facilita trabajo de investigación. |
|--|--|



NetMaker S.P.A. Servicios Informáticos
 Galería Fontana Local 223 - Arlegui 364 - Viña del Mar
 Fono: 56-32-3115566 / info@netmaker.cl / www.netmaker.cl

“Desde hoy el control de su consulta está en sus manos”

MINSAL y UV firman convenio de formación de especialistas

La ministra de Salud, Carmen Castillo, y el rector de la Universidad de Valparaíso, Aldo Valle, firmaron una serie de convenios que permitirán, a contar de este año, duplicar el número de especialistas que formará esta casa de estudios, utilizando los campos clínicos de los Servicios de Salud Aconcagua, Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar-Quillota.

La secretaria de Estado subrayó que el convenio firmado entre la Universidad de Valparaíso y los tres Servicios de Salud de la Región –y que implica una inversión aproximada de 900 millones de pesos–, permitirán avanzar en uno de los objetivos centrales del Gobierno, que es formar cuatro mil especialistas durante el periodo 2015-2018.

Los acuerdos suscritos facilitarán la formación de 60 nuevos especialistas durante 2015, en cada uno de los Servicios de Salud mencionados, los que se sumarán a otros 72 que este año también formará la Universidad de Valparaíso en otros Servicios e instituciones de salud.

A los programas de formación de es-



Rector UV, Aldo Valle; ministra de Salud, Carmen Castillo; directora (s) SSVQ, Dra. Sandra Lanza; directora SSA, Dra. Vilma Olave; y director (s) SSVSA, Dr. Dagoberto Duarte.

pecialistas actualmente vigentes, la Universidad de Valparaíso agregará los de Geriátrica, Gastroenterología, Hemato-Oncología Adulto y Pediátrica, Medicina Nuclear, Respiratorio Infantil y otros que aún están en desarrollo, de conformidad a los

estándares de acreditación pertinentes.

A la ceremonia de firma de estos convenios fueron invitados el presidente del Regional Valparaíso Dr. Juan Eurolo, y el consejero general, Dr. Hugo Reyes.

Gremios se reúnen para reactivar Proyecto de Ley de Colegios Profesionales

Convocados por el Colegio Médico Regional, representantes de distintos gremios de la Región se han estado reuniendo desde enero de este año con el objeto de dialogar respecto del proyecto de ley sobre Colegios Profesionales, que duerme en el Congreso desde el año 2009, y estudiar acciones a seguir para reactivar esta iniciativa legal.

Representantes de los Colegios de Abogados, Arquitectos, Constructores civiles, Contadores, Dentistas, Enfermeras, Ingenieros, Kinesiólogos, Médicos, Nutricionistas, Periodistas, Profesores, Psicólogos, Químico farmacéuticos y Terapeutas ocupacionales coinciden en la urgencia de recuperar el control ético de los profesionales, e incorporar el fuero gremial de los dirigentes para defender a sus asociados. Respecto de la colegiatura obligatoria, si bien hay consenso en que debe ser re- puesta, algunos estiman que puede ser un tema complejo de abordar en conjunto con este proyecto, por cuanto reponerla implica una modificación a la Constitución.

En lo fundamental, la iniciativa legal propone establecer los Tribunales de Ética Profesional –radicados en los propios colegios profesionales–, con procedimientos expeditos y sanciones eficaces ante los reclamos por la conducta ética de sus afiliados.

También plantea la creación de un Re-

gistro Público de Profesionales –a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación–, donde estarían inscritas todas las personas que detentan una profesión para cuyo ejercicio se requiere título de licenciado.

El proyecto también contempla la capacidad para imponer sanciones efectivas a quienes trasgredan las normas éticas de la disciplina, tales como la amonestación, censura, multas, suspensión temporal del ejercicio de la profesión e incluso la cancelación del Registro Público del sancionado, es decir, la inhabilitación definitiva y permanente para el desempeño de la profesión.

La última cita tenía como invitados a varios parlamentarios de la Región, con el fin de analizar con ellos algunos aspectos del Proyecto de Ley. Quienes finalmente se hicieron presentes fueron el senador Francisco Chahuán, el diputado Rodrigo González y también el presidente de la Federación Nacional de Colegios Profesionales, periodista Marcelo Castillo.



Se constituye el primer Departamento Regional de Ética

● Con la firme convicción de que la ética dejó de ser un tema teórico y abstracto, para transformarse en una realidad concreta que es necesario afrontar, y con la tarea de activar la discusión permanente sobre cuestiones valóricas, comenzó en Viña del Mar sus actividades el primer Departamento de Ética de un Consejo Regional del Colegio Médico.

Con el apoyo unánime del Consejo Regional Valparaíso, el nuevo Departamento se constituyó en enero de este año, quedando presidido por el Dr. Julio González Pardo, e integrado también por las doctoras Estebeni Baltra, Elizabeth Barthel, Lilianna Contreras, y los doctores Luis Heidke, Fernando Novoa y Guillermo Pardo.

En la sesión inaugural, el Dr. Julio González agradeció la confianza depositada en él para presidir esta instancia y manifestó que “así como a nivel central el Colegio Médico tiene un órgano especializado para reflexionar y deliberar sobre aspectos bioéticos en el ejercicio de la práctica médica, ahora nos corresponde a nosotros, primer Departamento de Ética de un Consejo Regional, emprender la tarea de activar la discusión permanente sobre temas valóricos que nos permitan responder una de las preguntas fundamentales de

todo ser humano, según Immanuel Kant: «¿Qué debo hacer?».

Para el Dr. Luis Heidke, presidente del Tribunal Regional de Ética, la formación de este Departamento “abre la oportunidad de tratar temas éticos, alejados del contexto de litigios y comparendos, y esperamos se constituya en una instancia muy útil para la comunidad médica, para atender sus inquietudes y las preguntas que nos llegan al Tribunal”.

En ese sentido se pronunció también la Dra. Elizabeth Barthel, integrante del Tribunal, quien dijo sentir que este nuevo organismo viene a llenar un vacío que se producía ante las múltiples consultas que recibía el Tribunal y que por su naturaleza no podía atender. “Es el hijo que faltaba. Varias veces nos vimos atrapados en algunas situaciones que no eran del Tribunal de Ética propiamente tal, y que tuvimos que dejar de lado. Y no era justo no poder atenderlas. Sentíamos que no estábamos cumpliendo con nuestro deber, pero tampoco estaban dentro del contexto del Tribunal, así que definitivamente hacía mucha falta un Departamento de Ética”.

El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, invitado a la primera se-

sión, junto con reiterar que éste es el primer Departamento de Ética que se forma en un Consejo Regional del Colegio Médico, también destacó que tiene su origen en una inquietud y largo anhelo del Dr. Fernando Novoa, quien presentó la propuesta al Consejo Regional. Además, el dirigente resaltó que este nuevo organismo tiene entre sus integrantes a dos Maestros de la Medicina Chilena como son el Dr. Julio González (Maestro de la Cirugía 2014) y el Dr. Fernando Novoa (Maestro de la Neurología 2002), lo que es “un tremendo privilegio”, manifestó.

Según explica el Dr. Fernando Novoa, impulsor de esta iniciativa, “por muchos años la ética fue una cosa teórica, a la que uno se dedicaba cuando jubilaba. Pero en los 60, con la aparición de las nuevas tecnologías y las nuevas posibilidades de tratamiento de las personas, emergió la ética al preguntarnos hasta dónde podíamos llegar. Y hoy está en todas las áreas, en los negocios, en la política, en todo. Definitivamente, la ética dejó de ser un tema teórico y abstracto, y se transformó en una realidad concreta, de la que no podemos negar su existencia y complejidad, y que requiere asumirla como una necesidad que hay que afrontar”, afirma.

En su sesión inaugural, el nuevo Departamento Regional de Ética se propuso como primera tarea autoeducarse en bioética, de modo que con un lenguaje común y conocimientos básicos compartidos, puedan examinar y evaluar casos clínicos, propuestas gubernamentales, conflictos sociales e interpersonales en el área de la salud, y sugerir alternativas viables de consenso y formular –de manera reflexiva, plural y dialogante– algunas recomendaciones normativas.

El derecho a una muerte digna

Dr. Fernando Novoa Sotta
Miembro del Tribunal Regional de Ética

● La muerte digna puede ser considerada como aquella que ocurre de acuerdo a los deseos que la persona ha elegido y expresado libremente mientras es competente, y no según las características que resultan apropiadas para un tercero.

A pesar de la especial importancia que tiene esta materia en la actualidad, por las múltiples maneras de morir que posibilita la tecnología, el tema de la muerte personal no es motivo de especial atención. Incluso el plantear a los cercanos cómo deseáramos que fuera la muerte propia, puede ser considerado de mal gusto e inoportuno para cualquier ocasión, considerando que los principales intereses que imperan actualmente es procurar disfrutar lo más que se pueda de la vida, evitando hasta donde sea posible el esfuerzo y el compromiso, ya que todo sufrimiento es un mal enorme que hay que impedir. Esta conducta no debiera mantenerse. El

sufrimiento, no como elección, y la muerte son parte inevitable de la vida de todas las personas. Con frecuencia se pueden escuchar detalles de lo que algunos harían si ganaran el premio mayor de la lotería – hecho que lo más probable es que nunca ocurra– y sin embargo, nunca expresan alguna opinión acerca de cómo deseaban que fuera su proceso de muerte, hecho que va a acontecer con total seguridad. Además, la formación de los médicos incluye vasta información sobre la curación de múltiples enfermedades, pero los contenidos respecto a las acciones que deben implementarse durante el proceso de muerte del enfermo son mínimos o totalmente inexistentes.

Dadas las características que la tecnología actual ha incorporado en el proceso de morir, éste es un tema necesario de considerar por todas las personas y, en particular, en la formación del médico.

CAMBIOS OCURRIDOS EN EL PROCESO DE MUERTE

En el pasado las personas fallecían relativamente jóvenes y con frecuencia por infecciones o traumatismos. En estas circunstancias, el fallecimiento ocurría en forma rápida. Bastaba que dejara de funcionar un órgano vital para que sobreviniera inexorablemente la muerte. Si bien es cierto, el tema de la muerte siempre estuvo presente en medicina, era más bien un tema fundamentalmente filosófico y religioso. En la etapa final de la vida de un paciente el médico simplemente se retiraba a un prudente segundo plano para ser reemplazado por el sacerdote y familiares cercanos, quienes tomaban las decisiones. Actualmente, la mayor parte de las muertes ocurren en personas de edad avanzada y sucede después de un prolongado período de enfermedad, por cáncer, insuficiencia cardíaca o cuadros degenerativos en que por meses o años se postergó la muerte en base a diversos tratamientos médicos no exentos de sufrimiento y dolor.

Incluso, después de la muerte es posible para el médico seguir interviniendo sobre el cadáver, con las técnicas de trasplante de órganos. O sea, la participación del médico en el proceso de morir es más activa en comparación a lo que ocurría en el pasado.

La forma de morir es la que hoy nos preocupa y nos interpela, y es motivo de grandes dudas sobre lo que estamos haciendo en muchas ocasiones.

¿EN QUÉ CONSISTE LA MUERTE?

Con el uso de la nueva tecnología en unidades de terapia intensiva, el diagnóstico de muerte se ha hecho bastante más complejo. Hoy tenemos que enfrentar a una nueva calidad de pacientes cuyos cuerpos han cesado definitivamente de contar con la función respiratoria y otras dependientes del encéfalo, pero pueden ser mantenidos –por años, incluso– oxigenados con ventilación mecánica. Antes de los años 60 estos pacientes simplemente no existían.

La Biblia dice que el patriarca Abraham “expiró” a avanzada edad. Durante siglos el cese de la respiración bastó para asegurar que se estaba ante un cadáver y no ante un ser vivo. En cambio ahora, el cuerpo puede ser intubado y mantenido en salas de terapia intensiva con máquinas que reemplazan la función pulmonar y la de otros órganos.

Considerando esta nueva realidad, en 1981 la Comisión Presidencial de los Estados Unidos determinó que la persona que ha perdido en forma irreversible toda función del encéfalo o ha perdido irreversiblemente las funciones respiratoria y circulatoria, está legalmente muerta. O sea, la muerte encefálica es la muerte de la persona. Ésta ocurre siempre a los pocos minutos del cese definitivo de la función respiratoria, por lo tanto, habría al menos por algunos momentos dos formas de estar muerto: la muerte cerebral y el cese definitivo de las funciones cardio-respiratorias.

En nuestro país, la sentencia N° 220 del Tribunal Constitucional, en el año 1995, aceptó que la muerte encefálica es la muerte de la persona, aunque el corazón continuara latiendo y su cuerpo pudiera ser oxigenado mediante tecnología.

EN QUÉ CONSISTE UNA MUERTE DIGNA

Mencionábamos que una muerte digna es aquella que ocurre de acuerdo a las preferencias que la persona ha expresado libremente. Las encuestas revelan que la mayoría la considera como morir libre de todo sufrimiento y dolor, rodeados de su familia en su hogar, después de haber alcanzado cierto grado de completación de sus asuntos privados.

En 1997, un informe del Instituto de Medicina sobre el estado de la atención al

Es muy importante considerar que la limitación del tratamiento no significa de modo alguno dejar al paciente sin terapia alguna. Todo lo contrario. El tratamiento debe continuar, manteniendo estándares de excelencia, para evitar todo dolor o sufrimiento durante el proceso de morir.

final de la vida, advirtió sobre la creciente medicalización y despersonalización de la muerte, haciendo ver que las medidas extraordinarias para prolongar la vida significan un gran aumento de los costos y que no estaban necesariamente destinados a respetar los mejores intereses de los pacientes. Un nuevo estudio sobre las tendencias de fin de vida (1998-2010) encontró que “en general, los pacientes que mueren actualmente están experimentando más dolor, depresión y confusión que sus contrapartes a finales de 1990”.

Con el objeto de evitar esto, en algunos países se han legalizado –después de intensos debates– la eutanasia y el suicidio asistido, temas que en nuestro caso deberán ser objeto de atención para las futuras generaciones. Lo que sí debe captar nuestra mayor atención en el presente, es lograr un mayor desarrollo de los tratamientos paliativos y considerar aplicar en el paciente la Proporcionalidad Terapéutica, también denominada Limitación del Esfuerzo Terapéutico, que consiste en no iniciar o no mantener determinadas medidas de soporte vital –incluida la reanimación cardiopulmonar– tendientes a mantener vivo al paciente en estado terminal, lo que conduciría inexorablemente a la muerte.

Es muy importante considerar que la limitación del tratamiento no significa de modo alguno dejar al paciente sin terapia alguna. Todo lo contrario. El tratamiento

debe continuar, manteniendo estándares de excelencia, para evitar todo dolor o sufrimiento durante el proceso de morir. Incluso la Ley sobre Derechos y Deberes de la Persona en la Salud, en el artículo 16, establece que “La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario”.

Para lograr esto, es esencial una buena comunicación con el paciente y su familia para un adecuado estándar de cuidados en el paciente terminal. La autonomía de las personas ha sido un gran cambio en la medicina y tiene especial importancia en la etapa final de la vida. Ésta es una consideración importante tanto desde el punto de vista ético como legal. Para esto, las personas deben recibir la información necesaria en forma oportuna, con el objeto de poder ser considerados competentes y, por lo tanto, libres para decidir, ya que 70 por ciento de los pacientes gravemente enfermos no están en condiciones de hablar y las decisiones deben ser tomadas por otros, quienes no siempre respetan los deseos del enfermo. Esta información debe ser adecuada, oportuna y ofrecida de manera soportable para el paciente. Para lograr este resultado no se debe descartar en forma absoluta toda esperanza y debe tener el carácter de un “proceso”.

CONCLUSIONES

En el pasado, la muerte ocurría de manera rápida en personas jóvenes, debido especialmente a infecciones o traumatismos, y morían en sus casas rodeados de sus familiares. En la actualidad, la muerte ocurre frecuentemente después de un prolongado período de enfermedad, especialmente en personas de edad avanzada, con frecuencia debido al cáncer y enfermedades degenerativas, y ocurre comúnmente en salas de hospital, rodeados de personal sanitario y tecnología, sin sus familiares presentes. La mayoría de las personas consideran que ésta no es una muerte digna.

Es necesario tener presente que la muerte es parte de la vida, y desde el nacimiento, cada día, nos aproximamos a ella, por lo que debemos considerarla como algo natural e imposible de evitar. Se dice que “la muerte nunca llegará en la víspera”. Por esta razón, las personas deben ser informadas de la realidad en que se encuentran, para que ellas libremente participen en las decisiones respecto del sitio en que desean morir y las medidas que estén dispuestas a soportar en este proceso.



La medicina árabe en España medieval

● La infiltración progresiva en el mundo romano de una serie de pueblos bárbaros dio paso a la Edad Media en Europa y, con ello, a una regresión en la mayoría de los conocimientos científicos alcanzados hasta antes de este acontecimiento. La ciencia médica no fue una excepción a esta tendencia y se vio afectada debido, entre otros, a dos motivos claramente identificables. En primer lugar, al surgimiento de la Iglesia, institución que se fortaleció constantemente a lo largo de este período histórico y que se ocupó de regir la vida tanto espiritual como temporal de las sociedades, que reintrodujo el elemento religioso al “arte de la curación” (la concepción de la enfermedad como castigo divino por pecados cometidos, como “posesión” por parte del demonio o como resultado de brujería); y en la práctica, las técnicas terapéuticas se alejaron de lo científico y se acercaron al arrepentimiento, la oración y la penitencia. Y en segundo lugar, a la pérdida de la capacidad en Occidente para com-

prender el idioma griego en que estaban escritos los grandes tratados médicos, lo que obligó a los estudiantes a utilizar textos en latín, constituidos en su mayoría por fragmentos simplificados o resúmenes de carácter práctico de las grandes obras griegas clásicas.

La España cristiana se vio así directamente afectada y su nivel médico decaió considerablemente. La medicina propiamente tal era ejercida principalmente en los monasterios, no en hospitales. El trabajo médico era asumido por monjes, gente de buena voluntad que se dedicaba al cuidado de los enfermos y a la aplicación de artes curati-

Dra. Carmen Noziglia del Nido
Profesora de Historia de la Medicina
Universidad de Valparaíso

vas básicas, y muchas veces equivocadas desde el punto de vista de la medicina actual. Estos monjes obraban de buena fe, eran en esencia caritativos y su labor se dirigía no sólo a cuidar enfermos, sino también a los pobres. Es justo destacar que, a pesar de su bajo nivel, esta labor no era asumida por ninguna otra institución de la sociedad y era, por lo tanto, apreciada y agradecida.

Los escasos médicos de la época aprendían su oficio no en centros de estudio especializado, sino de manera práctica, con otros médicos. Baste señalar que, como norma general, para poder atender a pacientes y cuidar de ellos, bastaba con que estos hombres de buena fe y vocación fuesen examinados y aprobados por el alcalde de la localidad donde quisieran desempeñarse.



Rhazés, médico y alquimista.



Canon de Medicina de Avicena.

Con la conquista de los árabes en 711 se constituyó la España musulmana, llamada Al-Ándalus. En este tiempo se promovían las artes y las ciencias, se protegía y alababa a los artistas, se admiraba a los sabios y se aplaudían las virtudes de los médicos. Se promovían las reuniones científicas, a las cuales se traía incluso a los sabios más notables de Bagdad, uno de los más importantes centros del conocimiento ilustrado de la época. Existían en Al-Ándalus escuelas superiores, bibliotecas y “madrasas”, establecimientos unidos a las mezquitas dedicados a transmitir las más diversas ramas del saber, a la manera de lo que después serían las universidades. De aquí salían los médicos cuya formación era radicalmente diferente de la de los facultativos occidentales. Los textos de Hipócrates y Galeno les habían llegado directamente a través de los sabios bizantinos, quienes habían llegado al Medio Oriente por disensiones doctrinales en aspectos principalmente filosóficos

La Casa de la Sabiduría, fundada en el siglo IX en Bagdad, al igual que las madrasas –distribuidas por todo el imperio islámico– recopilaban todo el saber de su tiempo. En consecuencia, los árabes concebían la medicina de modo muy semejante a la de sus predecesores helenísticos, con un saber de nivel científico que no podía siquiera ser soñado por la Europa coetánea.

Los médicos árabes más famosos en el Califato Oriental fueron Rhazés (Al Razi) y Avicena, ambos persas. Rhazés (860-932) escribió una enciclopedia sobre medicina llamada *El-Hawi*, traducida al latín como *Continens*. Por su parte, Avicena (980-1037) escribió el famoso *Canon de Medicina*. Ambos libros, así como otros de similar orientación, fueron incorporados a los conocimientos clásicos sobre medicina de los antiguos griegos para el estudio de la ciencia de las artes curativas. En el siglo X, en Córdoba, escribieron también tratados médicos una serie de sabios, entre ellos el judío Ibn Shaprut, quien tradujo al árabe la obra botánica de Dioscórides intitulada *De materia medica*, muy valorada por médicos y naturalistas árabes; Ibn Yulyul, quien complementó la obra anterior con

–monofisitas, copos, nestorianos, donatistas, arrianos, etc.–, siendo sus conocimientos traducidos directamente del griego a los idiomas árabe y persa. A los conocimientos médicos de los sabios griegos se habían incorporado otra clase de saberes árabes, especialmente en las áreas de la botánica, la química, la farmacología y, sobre todo, la higiene.

su *Comentario a la obra “De materia médica”*; y Albucasis, médico cordobés considerado uno de los padres de la cirugía moderna, cuya obra *Al-Tasrif*, de treinta volúmenes, trataba sobre la práctica médica y recopilaba todo el conocimiento médico y farmacéutico de la época.

En el siglo XI destacaron Ibn Wafid Abu l-Mutarrif (1008-1075), botánico y farmacólogo que durante más de 20 años trabajó escribiendo el *Kitab al-ad-wiya al-mufrada* o *Libro de las medicinas simples*, basado en lo escrito por Dioscórides pero con nuevos aportes y comentarios como, por ejemplo, el de preferir las dietas y los medicamentos simples a aquellos compuestos. También escribió, entre otros libros, una farmacopea llamada *Kitab al-rashshad fi al-tibb* o *Guía de Medicina*, manual de tratamiento para ser usado como libro de cabecera. Por su parte, en el siglo XIII los conocimientos se ampliaron incluso hasta incorporar nuevas drogas, tarea emprendida por el botánico Ibn al-Baytar, quien, después de coleccionar unas 1.400 especies de plantas diferentes en el norte de África, amplió la obra *De materia medica*.

La culminación de la tradición médica árabe en España fue alcanzada por Avenzoar y Averroes en el siglo XII, e Ibn al-Jatib en el siglo XIV. Avenzoar fue hijo de Aboali, médico sevillano experto en farmacología práctica, autor de las obras *El libro de las propiedades de los medicamentos* –en que recogía costumbres y tradiciones para sanar– y *Solución a las dudas del médico persa Al-Razi concierne a los libros de Galeno*. Él transmitió sus conocimientos a su hijo, quien en su tratado *Libro de la simplificación* sustituyó viejas fórmulas médicas, incluyendo “triacas” que figuraban en los libros de su padre. Respecto de este libro, es preciso destacar que Averroes lo reconoció como el mejor tratado sobre terapéutica. Avenzoar también escribió el *Libro del justo medio* (un tratado general de medicina), *Libro de experiencias médicas* y *Tratado de los alimentos*. En sus estudios realizó disecciones en animales, preparaciones de nutrición parenteral utilizando agujas de plata, traqueotomías, estableció los fundamentos de la otitis y también las causas del estridor en las laringitis, entre otros muchos aportes que realizó a la medicina moderna. Respecto de Averroes, baste decir que fue no sólo fue médico, sino también filósofo, matemático y astrónomo. Su principal obra de medicina fue *Kitab al-*

Kulliyât al-Tibb o *Libro sobre las generalidades de la medicina*, obra que consta de siete volúmenes. Como filósofo, sostenía que las verdades metafísicas podían expresarse por dos caminos: el de la filosofía, de acuerdo a las enseñanzas aristotélicas y los postulados neoplatónicos, y el de la religión, primando el de la razón. Por sus obras de metafísica fue condenado al exilio. Su principal discípulo fue Ibn Tumlus (1164-1223), médico y filósofo que le sucedió como médico de cámara del quinto califa almohade Al-Nasir. Viene al caso destacar que el más destacado médico y filósofo judío de la época fue el cordobés Maimónides (1135-1204), a quien pertenece la *Oración del médico*.

La comunicación científica dentro de la España medieval se realizaba en forma tanto oral como manuscrita. Comunidades musulmanas, judías y también cristianas utilizaban el idioma árabe en sus manuscritos médicos. A medida que avanzó la llamada Reconquista de España y los árabes fueron perdiendo territorio, fue incorporándose población islámica a la zona cristiana. Fue un proceso lento y no exento de dificultades. A los árabes bajo dominio cristiano se les llamó *mudéjares* –o sometidos–, *moros* o *sarracenos*; en tanto que a quienes se convirtieron al cristianismo se les llamó

moriscos.

En los últimos siglos del medioevo nacieron las primeras universidades, que comenzaron a generar literatura médica en latín. Fue en este tiempo que el *Canon* de Avicena fue traducido al latín (labor hecha en Toledo por Gerardo de Cremona) y se incorporó a compiladores bizantinos, tales como Pablo de Egina, médico del siglo VII famoso por su enciclopedia médica *Epitome*, que contenía los conocimientos de medicina, cirugía y obstetricia de su época. La Universidad de Salamanca, por su parte, instauró la cátedra llamada “de Avicena”. Y una de las ocho cátedras de la Facultad de Medicina de Alcalá fue dedicada a la exposición y comentarios del primer tomo del *Canon* de Avicena. En el siglo XVI hubo médicos judíos conversos, como Álvaro de Castro y Diego Sobrino, que conocían la lengua árabe, y recurriendo a las fuentes originales escribieron manuscritos en caste-



El-Hawi de Rhazés.

llano o latín. Castro tradujo al castellano *Kitab al-Kulliyât* de Averroes con el nombre de *La conclutiva*.

A partir de 1567 se dictaron decretos en España prohibiendo hablar, leer y escribir en lengua árabe, lo cual constituyó un revés para el desarrollo de la ciencia médica. No sólo los árabes, sino que también la mayor parte de los judíos no aceptó la conversión que imponía la Corona de España y decidió abandonar su hogar. Fue así como la lengua árabe desapareció de Europa Occidental y dejó de cumplir el rol de vehículo de comunicación de la ciencia médica que había jugado durante siglos.

La influencia de la medicina árabe llegó a Chile con la fundación de la Universidad de San Felipe, pues la cátedra de *Prima medicina* se basaba en la enseñanza y discusión de las obras de Hipócrates, Galeno y Avicena, debidamente traducidas al latín. A partir de 1778 el texto médico básico utilizado fue *Instituciones*, libro escrito en español por Andrés Piquer basado en los mismos médicos.

Médicos Escritores

El doctor Andrés Ghiringhelli Morales es médico obstetra, con una trayectoria previa que le ha permitido conocer diversas actividades y particulares vivencias. Antes de estudiar Medicina, cursó un año de Leyes. A su egreso de la Universidad de Valparaíso, se incorporó a la Armada de Chile, siendo destinado al Policlínico Naval de Iquique y más tarde al buque de transporte *Aquiles*. Participó en la misión de paz en Haití, donde se desempeñó a cargo de la sanidad del batallón Chile, en la ciudad de Cap Hitien. A sus 35 años es una persona con experiencia de vida poco habitual.

Su interés por la literatura se gestó en atributos heredados de su abuelo, Félix Morales Pettorino, autor del *Diccionario Ejemplificado de Chilenismos*, y se inició en su colegio, los Sagrados Corazones de Viña del Mar. Su escritor contemporáneo favorito es Roberto Ampuero. Ha escrito varios cuentos y comparte su interés por la literatura con su afición por el Club Santiago Wanderers. Uno de sus deseos es llegar a escribir una novela.

Sin lugar a dudas, “la vida” es fuente de inspiración para cuentos y novelas. La visión de diferentes culturas, diversidad de personas y realidades, abre el espectro de la imaginación y favorece las motivaciones para expresarla.

En este cuento, Ghiringhelli no recurre a tierras lejanas, sino a vivencias cotidianas, para elaborar un relato que se inspira en el entorno cercano a su quehacer profesional. El estilo es sencillo, con una riqueza descriptiva que logra transmitir imágenes y sentimientos. La mayor riqueza de “La Espera” está en la descripción de un amor irrenunciable, que se proyecta en el tiempo, sin pausas entre el pasado y el desenlace. Esta alegoría del amor no correspondido, que se enriquece por sí mismo a través del tiempo, es un tema que podría dar para una novela.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán



Arriba: Avenzoar estudiando, ilustración de una obra de Averroes publicada en 1530. Derecha: Avicena rodeado por sus discípulos. Abajo: Médicos árabes examinando a un enfermo persa del siglo XVII.

La espera

Dr. Andrés Ghiringhelli

Siempre había querido hablarte. Te venía observando hace varias semanas y sentía esa transpiración húmeda que invadía mis manos y mi espalda cada vez que te veía. Debías tener unos 25 años a lo sumo, de mediana estatura, ojos grandes color verde esmeralda que me rememoraban una joya vetusta que alguna vez usó mi difunta abuela. Tenías esa mirada que lo deja a uno perplejo, deseando que nunca se acabe, como si atravesara la materia y todo pasara en un abrir y cerrar de ojos. Tu pelo largo, color trigo, me traía recuerdos de infancia, de mi madre, cuando jugaba en el jardín y su cabello suave rozaba mi cara.

Sin embargo, no podía hablarte. Quería, sin duda. Pero no era un querer cualquiera, era algo que se desea de tal forma que ocupaba gran parte de mis pensamientos del día: al despertarme en la mañana, al dormirme en la noche, en el trayecto al trabajo y mientras comía. También mis sueños habían sido invadidos por esta desconocida, sueños que se repetían noche tras noche.

Ni siquiera sabía tu nombre, ni donde vivías, ni menos conocía a tu familia. Pero imaginaba todo esto, pensaba en tu nombre, en tu casa, tu habitación y tus padres. Creaba este mundo ficticio para estar en paz conmigo mismo, aunque mi ser más recóndito sabía que todo era un invento.

No sabía los días que llevaba esta situación, quizás un par de meses, desde que te conocí en el hospital. Esa mañana, estabas radiante con tu traje blanco de enfermera. Al verte, sentí que te había visto muchas veces, mas no recordaba dónde. Y no pude hablarte. El corazón acelerado y la lengua torpe me lo impidieron.

Y así pasaron los días, las semanas y los consiguientes meses, sin poder siquiera lograr que escucharas el tono de mi voz.

Recuerdo una mañana, que dudo que recuerdes...

Fue en el metro tren para el rutinario y diario trayecto laboral. Me percaté que estabas sentada un par de asientos más allá. Te observé detenidamente todo el viaje, absorbo, contemplando tu pelo mojado. Pensé cuantas veces habíamos viajado juntos y nunca te había visto, o quizás alguna vez estuve a tu lado y no me di cuenta. Imaginé múltiples situaciones que se fueron diluyendo con el avance del tren. Este “soñar despierto” llegó a su fin con la estación en donde está el hospital, donde te incorporaste en forma repentina de tu asiento, saliendo con paso firme y rápido.

Aceleré el paso hasta ubicarme muy cerca de ti. Sólo bastaba que te dieras vuelta para que me vieras, lo cual pasó segundos después. Tu rápida sonrisa me hizo suponer que me habías reconocido.

—Hola, ¿trabajas en el hospital, cierto? —dijiste, mientras acomodabas tu bolso en el cual se asomaba la manga de un *sweater* azul.

—Sí, soy residente del servicio de Oncología —tartamudeé aún sorprendido. Además, cual acto reflejo, fruncí el ceño para dar a entender que te había visto en alguna parte.

—Tú también parece que trabajas ahí —murmuré.

—Claro, es mi séptimo mes en el servicio de Geriatria —me respondiste, clavándome esa sonrisa que me persiguió en sueños toda mi vida.

“¡Siete meses!”, pensé y me asombré de la cantidad de tiempo que había pasado desde esa mañana, siete meses en los que estuve siempre

atento y expectante a tu aparición, merodeando los pasillos del servicio de Pediatría, inventando rondas médicas, con el solo objeto de verte y escuchar tu voz.

—“Algunas veces te he visto en mi piso de hospitalizados, pero no como médico tratante de algún paciente” —disparaste de pronto.

—“Sí, sí” —intentando cortar la conversación, a la vez que sentía como me hervía la cara—. Es que me sirve como atajo para llegar más rápido al casino —te dije, a la vez que me sorprendía de mi tonta excusa.

Pensaba, mientras caminábamos, en cómo poder verte de nuevo,

invitarte algún trago, ir al cine o seguirte a la salida, ya que con muy pocas probabilidades este encuentro furtivo pasaría de nuevo. De pronto, me angustié al acercarse cada vez más el hospital donde cada uno tomaría su rumbo.

—¿Cómo te llamas? —te pregunté, notando que mis manos transpiraban un sudor frío.

—Elena. ¿Tú?

—Sebastián —te respondí, tratando de disimular mis ganas de mirarte y conservar esa imagen en mi memoria.

Molesto con mi nerviosismo y mi falta de resolución, divagaba con excusas para entablar un diálogo. Pensé en encararte diciendo: “¿podríamos tomar un café a la salida?”, a la vez que instantáneamente me arrepentía y me sonrojaba nuevamente. Así seguimos caminando y con lástima veía que mis posibilidades disminuían con cada paso que avanzaba.

De pronto, mi celular suena. Hago la movida clásica de siempre y presiono la tecla de silenciar. Nada ni nadie podía ser más importante en este momento.

—Bah, cortaron —dije para disimular.

El viento helado de otoño golpeaba fuerte mi cara. El olor a puerto comenzaba a invadir cada rincón de la ciudad, mientras que bocinas varias, ladridos de perros vagos y motores de vehículos sólo hacían de comparsa para el sonido típico de una mañana cualquiera.

Y así fue como pasó la oportunidad más clara que tuve para acercarme a ti. Te mantuviste detrás de esa línea oscura que es lo desconocido.

Ese día, lo recuerdo como si fuera ayer, fue doblemente tedioso. Sentía rabia e impotencia, que tuvieron su punto máximo mientras te alejabas a la vez que agitabas tu mano para despedirte. Mordiendo mi rabia, imité tu saludo de despedida y me dispuse a comenzar un nuevo día laboral. “Al menos sé su nombre”, recuerdo que me consolé.

Recordando esos meses, me veo sumido en la tristeza. Podría decirse que se respiraba ese sentimiento en el ambiente. Mi vida se basaba en el hospital y en las noches de juerga del fin de semana, donde generalmente me juntaba en el departamento con mis amigos, treintones solteros como yo, a hacer algún asado y tomar unos tragos. De ahí el camino era amplio, algunos nos íbamos a pubs de la subida Ecuador en Valparaíso, otros a Viña del Mar, y los más ebrios volvían a sus casas.

La imagen de mi departamento las mañanas siguientes era digna de una escena de cualquier libro de Dante Alighieri. Al desorden total de

vasos (la mayoría vacíos y unos pocos llenos), platos sucios y servilletas arrugadas en el piso había que agregarle la dama de turno que se quedaba en alguna que otra madrugada. Al despertar, la mayoría se ha ido, lo cual me ahorra la charla de frenar los intentos de formalizar algo con alguien que definitivamente tenía su corazón esperando...

Los meses siguientes pasaron sin muchos hechos importantes, mientras mi angustia y desesperanza crecían en forma exponencial. Te vi un par de veces, siendo el máximo avance en que ya te saludaba por tu nombre.

El día en que me derrumbé fue cuando te divisé de la mano con un médico del hospital, quien un par de años después se convirtió en tu esposo. Sufrí para mis adentros, como había sido la tónica, ya que nadie, ni el mejor de mis amigos, sabía de tu existencia. Eso habría sido como publicar mi nula capacidad de acercarme a la mujer que quería. Aunque quizás hubiese sido una buena alternativa para recibir algún consejo o para que alguien me presionara a hacer lo que nunca hice.

En una de las múltiples noches de fin de semana, conocí a Eva, la mujer con la cual me casé tres años después. Tuvimos cuatro hijos hombres y un muy buen pasar como familia. Compramos una casa en Viña y otra de veraneo en Algarrobo, y tuvimos una vida normal, única palabra que no comprendo del todo a mis 85 años.

Te recordé cada día de los 38 años de matrimonio que tuve hasta el fallecimiento de Eva. Siempre tuve el remordimiento de que no hice lo suficiente para tenerte e imaginaba mi vida de otra manera contigo a mi lado.

Nunca más te vi. Me enteré que hiciste un postgrado en España y después fue como si la tierra te hubiese tragado.

Hasta que apareciste por esa puerta...

Mi corazón decrepito logró acelerarse, mientras mis pies sudorosos temblaban bajo las sábanas. Intenté mascullar alguna palabra, pero el reciente accidente vascular encefálico me lo negó. La pantalla que me monitoreaba mostraba una leve taquicardia. Te acercaste tierna y dulce, sólo como lo haría una enfermera de experiencia y me cuidaste en esta larga agonía de años. Nunca sabré si me reconociste, pero de lo que estoy seguro es que cambiaría mi vida entera por estos años contigo.

Hoy, cuando siento que mi final se acerca, te veo venir... acaricias mi lánguida y ceniza cabellera... cierro mis ojos, una pequeña lágrima cae... la eterna espera valió la pena.



● Etiopía, situado en el Cuerno de África, es un país inmenso. Con 90 millones de habitantes y un territorio de 1 millón de km cuadrados, corresponde al segundo país más poblado y al décimo más extenso del continente. Para muchos, es el punto de partida del *homo sapiens* moderno, hogar de Lucy, *australopithecus afarensis*, el familiar cercano del hombre más antiguo jamás encontrado (3,2 millones de años). Es una verdadera Babel, con 90 idiomas y dialectos, y múltiples etnias que componen una ecléctica y orgullosa sociedad. Es el único país africano nunca colonizado. Su historia y geografía es muchas veces subestimada por el turista que visita África. Muchas y variadas riquezas llenan su paisaje montañoso, una fauna digna del mejor de los safaris, y tribus que sagradamente cuidan sus tradiciones y nos transportan a la prehistoria. Frecuentemente nombrado entre los países más pobres del mundo, con una enorme población rural que pocos años atrás sufría del hambre producto de las sequías y que hoy ha aprendido a vivir con lo mínimo, sin ninguno de los lujos del mundo moderno.

Etiopía, amoxi y Celso

Una mirada personal a la práctica médica etíope.

Dr. José Luis Dueñas Pardo



Arriba (de izq. a der.): Berhano (enfermero etíope), Carolina Vidal (voluntaria, odontóloga), Francisco González (voluntario, estudiante de Medicina de 5º año, USACH), José Luis Dueñas, Papi (misionera española, enfermera), Alamayo (jefe de enfermeros). Abajo (de izq. a der.): Teru (enfermera etíope), Mariajesus Parada (voluntaria, terapeuta ocupacional) y Desalen (funcionario del health post).

La salud en Etiopía ha visto con los años una mejoría considerable, pero todavía con mucho recorrido por delante, aún atormentada por las enfermedades transmisibles y la desnutrición. El sistema de salud se organiza en tres niveles; el primero, supeditado a su correspondiente distrito, está compuesto por un hospital primario, con una cobertura cercana a las 100.000 personas, centros de salud con cobertura para 25.000 habitantes y *health posts* (puestos de salud satélites) con cobertura para 5.000 personas; el segundo lo componen los hospitales generales, con cobertura para 1,5 millones; y el tercer nivel está constituido por hospitales especializados, abarcando una población de 5 millones, todos interconectados por un sistema de derivación. Con una distribu-

ción irregular de sus centros médicos y, en muchos lugares, un nulo acceso a atención hospitalaria, actualmente resulta insuficiente, ineficiente y muchas veces desigual.

El valle de Angar Guten, hogar de gran parte de nuestras aventuras, está situado a poco menos de 400 km al oeste de la capital Addis Abeba, a unas 8 horas de viaje por las tortuosas carreteras que recorren este país. Tiene una población de aproximadamente 80.000 personas, repartidas en varios pueblos y asentamientos rurales: Guten, Angar, Andode y Fitebako, entre otros. El hospital más cercano, en Nekemte, está a 2 horas de viaje en automóvil.

A cargo de la comunidad misionera de San Pablo Apóstol –fundada por el sacerdote español Francisco Andreo García (1941-2013) y compuesta en este sector por 4 misioneras de distintas na-



cionalidades– encontramos 3 centros de salud distribuidos a lo largo del valle. Cada uno está formado por un equipo de 2 enfermeros y un administrativo, y funcionan de lunes a sábado con horario de atención de mañana y tarde.

En todo el valle brillan por su ausencia los médicos etíopes. Toda la atención en salud está a cargo de los enfermeros, quienes, con sus dos años de formación universitaria, ejercen con todas las facultades, diagnosticando, indicando tratamientos y realizando procedimientos. Las últimas estadísticas nacionales reflejan este problema. A lo largo del país encontramos un médico general por cada 35.603 habitantes y un especialista por cada 103.098. Sumando a las dificultades, las oportunidades de atención hospitalaria en la región están supeditadas a la capacidad del paciente de pagar el transporte a Nekemte, 50 *birr* por persona, en muchas ocasiones casi un tercio del salario mínimo.

En estos 3 centros médicos administrados por dicha comunidad católica, es donde he podido realizar durante un poco menos de 3 meses mi labor de atención y capacitación en salud, para pacientes y enfermeros por igual. Por las mañanas, acompañar a los enfermeros en su atención, discutir juntos los casos, llegar a acuerdos sobre el diagnóstico y el manejo, aportando en lo posible con mis aún juveniles conocimientos de medici-

na. Por las tardes realizamos charlas de capacitación, preparadas previamente, donde tratamos temas que merecen ser aclarados o reforzados, y temas que ellos mismos proponen. Uso adecuado de antibióticos, diarrea, neumonía, primeros auxilios y desnutrición severa son algunos de los temas trabajados. Son días atareados y que se complementan con el resto de las actividades que realizamos durante el mes: campañas de vacunación, programa de evaluación y manejo de niños desnutridos, chequeos médicos en guarderías y charlas a los padres, entre otros.

En el día a día he tenido la oportunidad de presenciar cómo el etíope se relaciona con la enfermedad y su salud. Este es un país de fuertes creencias, tradiciones y supersticiones. Muchas veces, quizás en la mayoría de las ocasiones, las enfermedades son atribuidas a castigos divinos, al destino o incluso a maldiciones, y muy pocas veces atribuidas a acciones modificables, como la higiene o la alimentación. Esto tiene como consecuencia que los pacientes no se sienten empoderados de su salud. Al ser la enfermedad fruto del destino, existe desde un principio resignación y como consecuencia, ninguna intención de hacer algo al respecto.

Un ejemplo que ilustra muy bien esta situación es el embarazo gemelar. Tener gemelos es equivalente a tener un mortinato. La explicación es que la tradición etíope dice que nunca podrán sobrevivir los dos lactantes, porque los escasos recursos familiares no dan abasto para la mantención adecuada de ambos, por lo tanto, si con el tiempo uno comienza a mostrar debilidad, la madre dejará de alimentarlo, resignada y sin esperanzas.

El enfermo que atribuye su enfermedad a supersticiones consulta siempre muy tarde, es por esto que he podido ver casos

clínicos muy avanzados, que serían una absoluta rareza en nuestro país. Un paciente que padece de un carcinoma espinocelular de 10 cm en el maxilar inferior, con trismus, consultaba solamente porque ya le era prácticamente imposible alimentarse. Un niño de 8 años que presentó un querion de Celso impresionante, la manifestación máxima de la tinea capitis, con parches alopecícos y una importante sobreinfección bacteriana. Todos estos casos, fruto de esta cultura de resignación.

En lo práctico, el proceso de anamnesis, examen físico, diagnóstico del enfermero encargado de la atención, muchas veces se encuentra incompleto o ausente. Se evalúan los síntomas sin más detalles que los que el paciente entrega en la primera parte de la entrevista y con esta información se receta el fármaco de turno. Es frecuente ver indicaciones empíricas que los enfermeros han aprendido, como respuesta a cada síntoma. Nuestra querida amoxicilina, un betalactámico de espectro ampliado, destacado por su costo-efectividad, es usada indiscriminadamente para el manejo de síntomas tan variados como la tos y el dolor articular, pensando en neumonía y fiebre reumática, respectivamente. La diarrea, por ejemplo, es indicación de metronidazol, ciprofloxacino y albendazol, sin importar sus características, tiempo de evolución y síntomas acompañantes.

Pero no todo son malas noticias. Durante mi tiempo de trabajo he sido testigo de cómo enfermeros y pacientes por igual, se muestran muy receptivos a la ayuda que hemos podido brindar, siempre ávidos por aprender y conscientes de que su situación da mucho espacio para el avance y el desarrollo. Es muy gratificante ver que nuestras intervenciones pueden llegar a tener un gran impacto en la sociedad, por muy pequeñas y pasajeras que sean. Es sin lugar a dudas una invitación a seguir trabajando y a ampliar el alcance de esta misión.

La comunidad misionera de San Pablo Apóstol, durante sus años presente en el sector, ha podido brindar una atención de calidad, equitativa y de gran impacto en la salud del valle. Con el esfuerzo y cariño de sólo 4 misioneras, y el generoso aporte de personas de distintos países que han podido conocer de primera mano esta obra, el proyecto ha ido creciendo de manera considerable. Actualmente, cada año reciben voluntarios de distintas latitudes y variadas profesiones, que vienen a contribuir con ganas y entrega a esta noble causa.

Ésta ha sido una experiencia gratificante y quizás reveladora, que, por lo mismo, quise compartir. Etiopía es sin lugar a dudas un país hermoso, con muchas riquezas por conocer y descubrir, pero sigue siendo uno de los países más pobres y desiguales del mundo y, por tanto, muy necesitado de ayuda. Aún queda mucho trabajo por hacer, proyectos que emprender y alegrías por compartir.



Una jornada de deporte y camaradería

Encuentro de Transfiguración Futbolística Colmed 2015

La medicina y el fútbol se unen anualmente en Valparaíso para nuestro evento de camaradería deportiva, que es la oportunidad donde estudiantes de Medicina de la Universidad de Valparaíso, médicos especialistas y becados se reúnen para compartir un día de fútbol y amistad, con el apoyo del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico.

En este Encuentro de Transfiguración Futbolística, los galenos y sus estudiantes dejaron sus consultas, turnos, batas blancas y fonendoscopios para vestirse de corto y entrar a una cancha a perseguir la redonda.

Este año, el encuentro se realizó el sábado 17 de enero, en las canchas del Complejo Deportivo Luis Lillo de Puente Colmo, en Concón. Asistieron 50 colegas y estudiantes de la región, quienes conformaron 3 equipos que compitieron en una entretenida jornada matinal contra un combinado de médicos de Rancagua, capitaneados por Samuel Sánchez (uno de nuestros compañeros de aventuras en los MEDIGAMES de Turquía) y nuestro siempre recordado Cristian "Huevo" Voss. Éste ha sido, sin lugar a dudas, el evento futbolístico más grande que hemos organizado y uno de los más significativos por la transversalidad de los asistentes.



Doctores Osvaldo Becerra, Piero Bellotti y Andrés Robertson, integrantes del equipo ganador.

Finalizados los partidos pudimos disfrutar de un agradable "tercer tiempo", con empanadas, asado y entretenida música a cargo de un conjunto de colegas de la región, comandados por Francisco Báez, quienes se sumaron a este evento por invitación de nuestros internos.

Este año, y siguiendo nuestra tradición de celebrar a los recién graduados de Medicina, también festejamos la "transfiguración futbolística", momento en el que se rinde homenaje a aquellos estudiantes de Medicina UV que se titulan de médicos cirujanos y que durante su formación de pregrado participaron en el equipo de fútbol del Colegio Médico Regional. Este año, correspondió celebrar a Enrique Merino, José Luis Dueñas, Miguel Durante y Matías Gompertz, quienes desde los primeros cursos de la carrera, se sumaron al equipo Colmed, llegando a ocupar un lugar



Los doctores Osvaldo Becerra, José Mena e Ignacio de la Torre, entregan reconocimientos a los homenajeados por la Transfiguración Futbolística 2014, Enrique Merino y Matías Gompertz (segundo y tercero de izquierda a derecha, respectivamente).

destacado en nuestra historia. Se entregaron reconocimientos a los homenajeados y también a nuestros colegas rancagüinos.

Además, aprovechamos de celebrar los éxitos deportivos de nuestros distintos equipos, destacando el primer lugar obtenido por nuestro Regional, en los Juegos Nacionales de la Medicina, realizados en el Club de Campo de la Dehesa en octubre de 2014, y de apoyar a todos nuestros colegas y alumnos que tuvieron un año difícil por lesiones o enfermedades familiares.

Actividades como ésta permiten estrechar los vínculos de fraternidad entre los colegas y fortalecen a las instituciones de las cuales somos parte y quienes hemos tenido el privilegio de formar parte de esta gran familia de médicos-futbolistas encontramos un elemento de unión que trasciende las diferencias generacionales y formativas. De esta forma, hemos logrado construir relaciones humanas muy nutritivas, colaboradoras y transversales entre especialistas, becados, médicos generales y estudiantes, vínculos que también facilitan la labor que a diario realizamos en nuestros lugares de trabajo.

Una vez más reiteramos los agradecimientos al Dr. José Mena del Valle, por estimular la práctica del fútbol entre los médicos, a los colegas Osvaldo Becerra, Enzo Rivera y Andrés Robertson por su capacidad organizativa y a Gonzalo Palacios por su permanente apoyo en la

gestión de este encuentro. Todos ellos, con su esfuerzo y trabajo, han permitido potenciar la competencia y la fraternidad entre los colegas que disfrutamos del deporte de multitudes.

Este 2015 seguiremos desarrollando la actividad futbolística de los días sábados (equipo sub-40) y domingos (sobre 35), para lo cual necesitamos reforzar nuestros equipos, por lo que invitamos a los colegas interesados a sumarse a estas instancias.

Además, también estamos preparando nuestra asistencia a los Juegos Mundiales de la Medicina MEDIGAMES, que este año se desarrollarán del 18 al 25 de julio en la ciudad de Limerick, Irlanda, por lo que invitamos a quienes desarrollan distintas disciplinas deportivas a contactarse con nosotros para organizar el contingente que nos representará en el viejo continente. Asimismo, los invitamos a compartir sus experiencias y logros deportivos para las próximas ediciones de *Panorama Médico*.

Escríbannos a comunicaciones.colmedvalpo@gmail.com

PM

MARATÓN DE SANTIAGO

El domingo 12 abril más de 28.000 deportistas se reunieron para la novena versión de la mayor competencia del running chileno. Desde las 6 AM era posible ver a los atletas realizar ejercicios de calentamiento y la adrenalina se acumulaba por montones hasta que el cañonazo marcó la partida de la carrera.

Como ya es tradicional, muchos colegas participaron en las distintas categorías en competencia, logrando rendimientos destacados. Entre ellos, el quinto lugar en la competencia general obtenido por el Dr. Carlos Muñoz (anestesiólogo del Hospital Carlos van Buren) en los 21 km y el décimo lugar del Dr. Erasmo Bravo (ginecólogo de los hospitales Carlos van Buren y Gustavo Fricke) en la categoría 55-59 años en los 42 km.



El Dr. Erasmo Bravo tras llegar a la meta.

Descubriendo la astronomía

Dr. Vicente Carrillo Andrades

● La astronomía es la ciencia cuyo objeto de estudio es la estructura, composición de todos los cuerpos celestes (planetas, satélites, estrellas, cometas, galaxias, etc.) y los movimientos y fenómenos ligados a ellos.

La historia de la astronomía es tan antigua como la historia del ser humano. Numerosos antecedentes arqueológicos de diferentes pueblos revelan el interés del hombre por entender y estudiar los cuerpos celestes, sus movimientos y la eventual influencia en su propia vida. La contemplación del firmamento, donde el hombre ha visto a sus dioses y su destino, ha suscitado admiración, temor y múltiples interrogantes.

Otrora el cielo nocturno servía de guía para el desplazamiento humano, sobre todo en la navegación marítima, donde las referencias terrestres desaparecen.

Si bien el progreso ha permitido entender los fenómenos celestes, no es menos cierto que se ha ido perdiendo la visibilidad del cielo nocturno por la gran contaminación lumínica de las grandes urbes. Afortunadamente, el norte de Chile posee condiciones privilegiadas para la observación astronómica: baja humedad, altas cumbres y planicies, un alto número de noches despejadas al año y cielos limpios gracias a la escasa contaminación lumínica.

UN POCO DE HISTORIA

Los orígenes de la astronomía chilena se remontan a los comienzos de nuestra patria. En octubre de 1842, cuando yacía moribundo en su exilio en Lima, Bernardo O'Higgins pedía una compensación al presidente Bulnes por bienes que había cedido al Ejército, demandando que se destinara parte de esos fondos a la instalación de un observatorio astronómico en el cerro Santa Lucía.

No hay evidencias que demuestren que posteriormente alguien recordara la petición de O'Higgins, pero en 1852 se fundó, en la cima del cerro, el Observatorio Astro-



Las joyas de la noche del desierto de Atacama. (ESO/B. Tafreshi)

nómico Nacional (OAN). Esto, luego que el gobierno de Manuel Montt comprara los instrumentos e instalaciones que una misión científica norteamericana había instalado allí en 1847 con la intención de realizar observaciones de Venus y Marte. En 1927 el OAN pasó a depender de la Universidad de Chile y hoy se encuentra ubicado en el cerro Calán, en la comuna de Las Condes.

Por su parte, el Observatorio Manuel Foster, instalado en el cerro San Cristóbal, fue donado en 1928 a la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha funcionado en forma intermitente y en 2010 fue declarado Monumento Histórico.

A mediados del siglo XX se instalaron el Observatorio Interamericano Cerro Tololo y el Observatorio Europeo Austral (ESO) en el cerro La Silla, ambos en la Región de Coquimbo. En 1969, la Carnegie Institution of Washington instala el Observatorio Las Campanas, en la Región de Atacama, y establece un convenio de cooperación con la Universidad de Chile. Gracias a los observatorios de cerro Paranal, de cerro Pachón y del Llano de Chajnantor, Chile es el primer centro astronómico del hemisferio austral. Nuestro país posee el 40 por cien-



Telescopio VLT (Very Large Telescope) de ESO en el cerro Paranal. (ESO/B. Tafreshi)



Las partes centrales de nuestra galaxia, la Vía Láctea, observadas en el infrarrojo cercano con el instrumento NACO del Very Large Telescope de ESO. Siguiendo los movimientos de las estrellas más cercanas al centro durante más de 16 años, los astrónomos fueron capaces de determinar la masa del agujero negro supermasivo que yace en su interior. (ESO/S. Gillessen et al.)



Telescopio ESO de 3,6 metros en La Silla. (ESO/S. Brunier)

to de las instalaciones astronómicas del mundo y pronto llegará al 70, con nuevos y más grandes observatorios. Por ello, Chile es considerado la "capital mundial de la astronomía" y "los ojos del mundo".

El Centro de Astrofísica y Tecnologías Afines (CATA), que funciona en el cerro Calán, es la mayor entidad científica y de investigación astronómica en Chile.

En tanto, la astronomía *amateur* se desarrolla en numerosos observatorios más pequeños, donde mediante visitas guiadas, charlas, observaciones, cursos y talleres los interesados pueden descubrir los secretos del cosmos.

Entre éstos últimos podemos mencionar el Observatorio Cerro Pochoco (R. Metropolitana), el Observatorio Cerro Los Cóncores (R. Atacama), el Observatorio Astronómico Cerro Mamalluca (Valle de Elqui, R. Coquimbo), el Observatorio Cruz

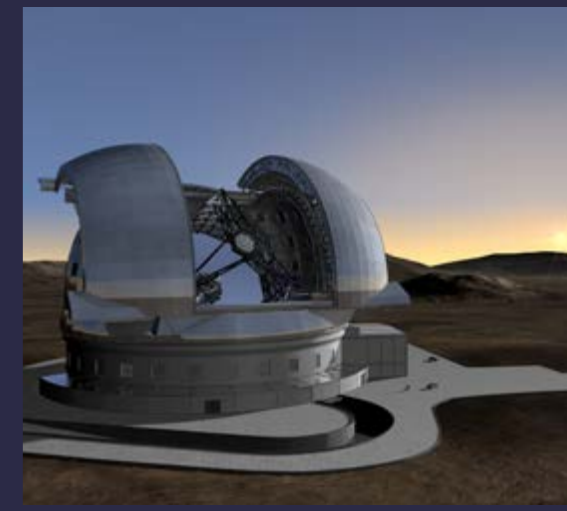


Atardecer en La Silla. (ESO/H. Zodel)

del Sur (Combarbalá, R. Coquimbo), el Observatorio Cerro Mayu (R. Coquimbo), el Observatorio Cerro Collowara (R. Coquimbo), el Observatorio Cerro Los Cuatro Vientos (Laja, R. Biobío), de la Universidad de Concepción, y el Observatorio Astronómico Amateur Antares de Talcahuano.

En nuestra región, la Sociedad Astronómica de Valparaíso y Viña del Mar (SAVAL) es la primera institución astronómica no profesional creada en Chile y es miembro fundador de la Liga Latinoamericana de Astronomía. Cuenta con el Observatorio Galileo Galilei instalado en San José de Algarrobo.

Este artículo es el primero de una serie en la que se abordarán distintos tópicos de esta apasionante ciencia. En el próximo número entregaremos algunas recomendaciones para quienes deseen iniciarse en la observación astronómica.



El futuro European Extremely Large Telescope (E-ELT), que está actualmente siendo planificado por ESO. Será el más grande telescopio óptico y de infrarrojo cercano jamás concebido, y servirá como "el ojo más grande del mundo hacia el cielo". (ESO/H. Zodel)

ALGUNOS SITIOS ÚTILES

- Observatorio Astronómico Nacional: <http://www.oan.cl>
- Instituto de Astrofísica: <http://www.astro.puc.cl:8080/astropuc>
- Departamento de Astronomía Universidad de Concepción: <http://www.astroudec.cl>
- Centro de Astrofísica Universidad de Valparaíso: <http://cav.uv.cl>
- Departamento de Astronomía Universidad de Chile: <http://www.das.uchile.cl>
- European Southern Observatory (ESO): <http://www.eso.org/public/chile>
- National Aeronautic and Space Administration (NASA): <http://www.nasa.gov> o su versión en español: <http://www.lanasa.net>
- Asociación Chilena de Astronomía y Astrofísica: <http://www.achaya.cl>
- Observatorio Cruz del Sur: <http://observatoriocruzdelsur.cl>
- Observatorio Cerro Mayu: <http://www.cerromayu.cl>
- Observatorio Cerro Collowara: <http://www.collowara.cl>
- Observatorio Las Campanas: <http://www.lco.cl>
- Sociedad de Astronomía de Valparaíso y Viña del Mar: <http://www.astrosaval.cl>

Observatorio Cruz del Sur.

Galaxia Espiral NGC 1232. (ESO)

Obituario

Dr. Juvenal Witto Cartes

El Dr. Juvenal Witto nació el 23 de enero de 1929 en Ancud, en la isla grande de Chiloé. Fue el quinto de los seis hijos de Isabel Cartes y José del Carmen Witto, ambos profesores primarios.



Realizó sus estudios primarios en Escuela Superior de Hombres de Ancud y los secundarios en el Liceo Fiscal de la misma ciudad, egresando en 1946. Inició estudios superiores en el Instituto Pedagógico, de donde egresó en 1952 como profesor de Estado en Biología y Química. Luego cursó la carrera de Medicina en la Universidad de Chile, recibiendo de médico cirujano en 1958.

Fue el primer becado ministerial oficial en Traumatología y Ortopedia, y fue destinado a Temuco hasta el año 1963. Llega al Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, donde se desempeña en la Asistencia Pública y en el Servicio de Cirugía hasta 1967, año en que se traslada al Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Por problemas de salud se jubila anticipadamente en 1980.

Paralelamente a la práctica médica se desempeñó como profesor de la cátedra de Ortopedia y Traumatología en la Universidad de Chile, sede Valparaíso, hasta 1981.

Fue un profundo amante de la literatura y la música clásica, e hincha acérrimo del equipo deportivo de la Universidad de Chile.

La irreparable pérdida del Dr. Juvenal Witto se produjo el 27 de enero de 2015. Le sobreviven su esposa Thelma Arentsen y sus hijos Guillermo (médico), Reinaldo (ingeniero) y Thelma Isabel (cirujano dentista).

Dr. Erwin Sielfeld Gundlach

El Dr. Erwin Sielfeld nació el 21 de noviembre de 1941 en Quilpué. Cursó estudios primarios en el Colegio Alemán de Quilpué y secundarios en el Colegio Alemán de Valparaíso. Estudió Medicina en la Universidad de Chile, realizando los primeros años en la sede Valparaíso y titulándose en Santiago en 1968. Posteriormente, se especializó en Cirugía en la Universidad de Sao Paulo, Brasil.



Se desempeñó en los hospitales Carlos van Buren y Enrique Deformes en Valparaíso, y también en el Hospital de Quilpué, donde llegó a ser jefe del Servicio de Cirugía y director del establecimiento. Por muchos años trabajó también en el Regimiento Maipo, donde recibió numerosas distinciones por su desempeño.

Junto a su esposa, la enfermera María Angélica Miranda, formó una clínica particular en Quilpué, donde brindó atención médica por más de 20 años.

Quienes lo recuerdan lo definen como un hombre estudioso, responsable, disciplinado, solidario y muy humano en el trato con sus pacientes. Básquetbol, andinismo, caza, pesca, tallado en madera, dibujo y la recolección de objetos curiosos fueron algunas de las actividades que desarrolló en su tiempo libre, además de disfrutar de la música clásica, la ópera, el ballet y la lectura.

El lamentable deceso del Dr. Sielfeld se produjo el 28 de enero de 2015. Le sobreviven su esposa, 3 hijos y 9 nietos.

Correspondencia

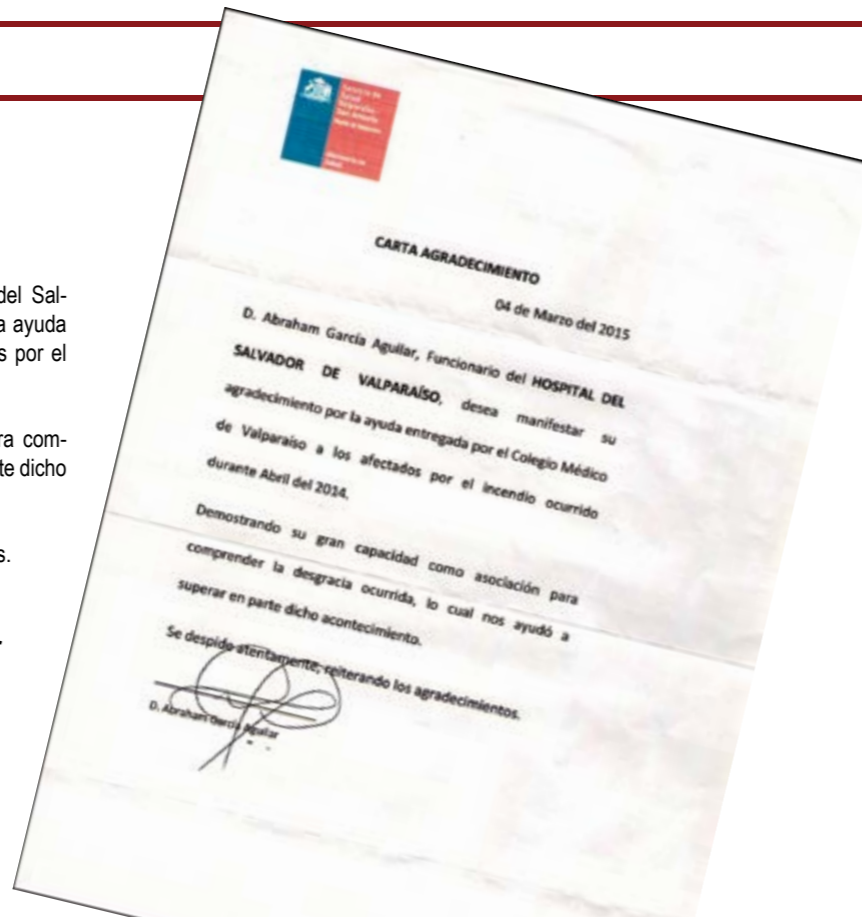
Agradecimiento

D. Abraham García Aguilar, funcionario del Hospital del Salvador de Valparaíso, desea manifestar su agradecimiento por la ayuda entregada por el Colegio Médico de Valparaíso a los afectados por el incendio ocurrido durante abril de 2014.

Demostrando su gran capacidad como asociación para comprender la desgracia ocurrida, lo cual nos ayudó a superar en parte dicho acontecimiento.

Se despide atentamente, reiterando los agradecimientos.

D. Abraham García Aguilar



Convenio de atención odontológica

- Cirugía maxilofacial
- Endodoncia
- Estética facial
- Blanqueamiento
- Implantología
- Odontopediatría
- Operatoria
- Ortodoncia
- Periodoncia
- Prótesis fija
- Prótesis removible
- Urgencias (fines de semana sin recargo)

Las prestaciones serán rebajadas en un 50% del arancel del **Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile**. Se exceptúan los tratamientos que involucren costo de laboratorio, injertos, implantes o aditamentos, debido a que los prestadores y proveedores son externos.

Todo diagnóstico que involucre toma de radiografías intraorales tendrá costo cero.

Formas de pago: Efectivo, sistema PAC en cuenta corriente, cheques a fechas o tarjetas bancarias o comerciales, en un máximo de 10 cuotas, dependiendo del valor de la prestación.

Mientras algunos quieren cambiar el mundo, en Itaú ya lo estamos haciendo

Crear un futuro más sustentable y mejorar la calidad de vida de las personas son parte de los desafíos que Itaú tiene con la sociedad.



Cecilia Ramos C.
Ejecutiva comercial

Libertad 971, Viña del Mar
Fono: (32) 2795822
Celular: (9) 8432185
Email: mramos2@itau.cl

Cultura

Fundación Itaú gestiona iniciativas de excelencia y mantiene una programación diversa en sus dos espacios expositivos (Suecia 26 y ArteAbierto), colaborando con el desarrollo de exposiciones de consagrados artistas nacionales e internacionales.

Educación

Itaú apoya la educación financiera y el emprendimiento en niños y jóvenes de nuestro país.

Sustentabilidad

Itaú está comprometido con fomentar iniciativas sustentables con todos sus grupos de interés. Un ejemplo es Bikesantiago, que nace como una alternativa ecológica, económica y eficiente al sistema de transporte actual, privilegiando el uso de las bicicletas públicas.

Infórmese sobre la garantía estatal de los depósitos en su banco o en www.sbif.cl

