

# PANORAMA MEDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 25 N° 102 / Junio 2015

## ÉTICA

Justicia y  
enfermedades raras

## VALPARAÍSO

Trombectomía mecánica  
intracraneal, nuevo hito  
médico en la región

## VIÑA DEL MAR

Denuncian trato  
discriminatorio de  
clínicas a embarazadas  
Fonasa



Colegio Médico de Chile  
Consejo Regional Valparaíso

# ¿Llegó la hora de la salud?

Las demandas del gremio para fortalecer la salud pública

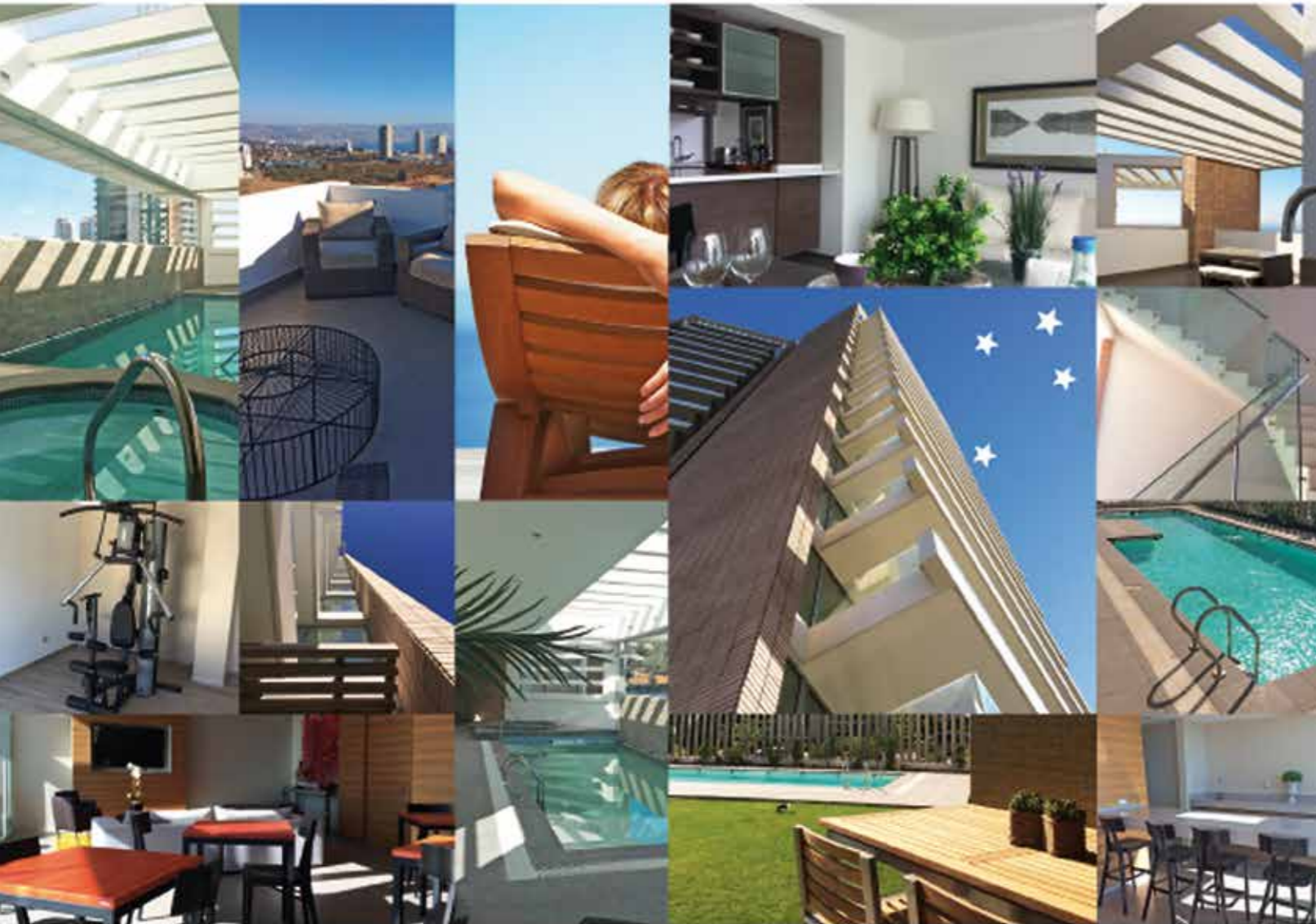


PRIMERA ETAPA  
100% VENDIDA  
EDIFICIO ATALAYA

**2<sup>da</sup>** ETAPA EN VENTA  
EDIFICIO CATALEJO

Bosques de Montemar | CONCON

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

AMPLIAS e INDEPENDIENTES TERRAZAS CON BARANDAS DE CRISTAL / VENTANAS CON TERMOPANEL

**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 . CONCON

CONTACTO@VIGIADEMONTEMAR.CL / CEL: 56373877

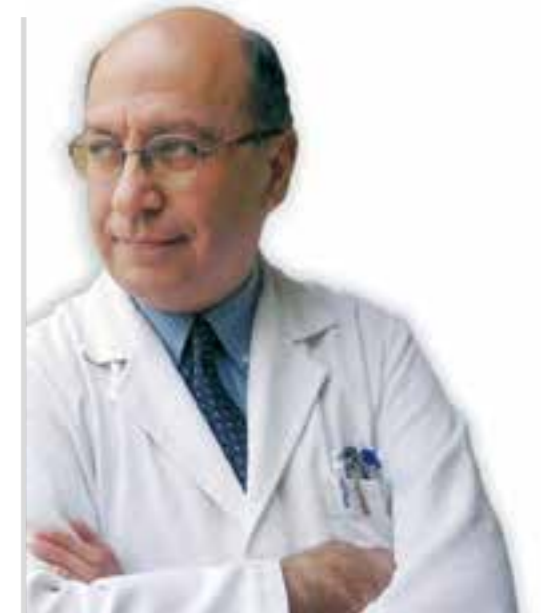
WWW.VIGIADEMONTEMAR.CL

CONSTRUCTORA VICONSA . ARQUITECTO FRANCISCO VIVANCO . INMOBILIARIA P&C



# Palabras del presidente

## Médicos generales de zona ¡Adelante!



Dr. Juan Eurolo Montecino  
Ex MGZ – Presidente Consejo Regional Valparaíso

El 22 de julio de este año se cumplen 60 años desde que se fundó la institución de los Médicos Generales de Zona. Es probablemente la iniciativa más exitosa de la salud pública relacionada con el trabajo médico. Con este sistema se aseguraron dos cosas: que la población rural, alejada de los grandes centros urbanos tuviera acceso a una atención médica en los lugares donde vivían, y además que los médicos que iban a ejercer la profesión en dichos lugares tuvieran acceso casi asegurado para la especialización médica mediante las llamadas “becas de retorno” en las universidades y hospitales de Santiago y Valparaíso, y posteriormente otras que se fueron agregando.

Para quienes fuimos MGZ en aquellos lejanos pueblos, aldeas y villorrios donde nos tocó trabajar fue una experiencia inolvidable. Una verdadera “fragua” donde pusimos a prueba los conocimientos y prácticas adquiridos en la Escuela de Medicina, y también moldeamos nuestro criterio profesional y adquirimos experiencia en todos aquellos tópicos que no se enseñan en las aulas universitarias. También

en dicha etapa de nuestra carrera, donde se tuvo y se tiene mucho poder de decisión, se forjó –sobre todo en los inicios de aplicación del sistema– nuestro sentido de la ética profesional: lo bueno, lo malo y lo aconsejable, tanto en el trato con nuestros pacientes como con el personal de aquellos centros de atención.

Durante el régimen militar se intentó terminar con el sistema. Hubo muchas gestiones y luchas por salvarlo, y felizmente logró sobrevivir con el término de dicho gobierno. Esta intentona formó parte del proceso de desarticulación del Servicio Nacional de Salud y su reemplazo por el de Servicios Regionales de Salud, y un sistema en paralelo y sin comunicación jerárquica con el MINSAL como lo es la municipalización de la Atención Primaria de Salud, que ha sido –en mi opinión– la más nefasta decisión tomada en salud por algún gobierno, y que ha llevado al sistema público a la catástrofe sanitaria que nos está afectando.

Hoy sigue existiendo la ruralidad y la lejanía de un importante sector poblacional, por

lo que la importancia de los MGZ está lejos de terminar, pero la comunicación es mucho mejor: carreteras y caminos, medios de comunicación, redes sociales y computacionales, etc. También hay más protocolos de atención que limitan, para bien o para mal, el trabajo médico, y además este progreso comunicacional ha ido produciendo un tipo de usuario más demandante y exigente que muchas veces ha creado situaciones muy difíciles para nuestra práctica profesional, bastando mencionar la agresión física sufrida en Quintero por el Dr. Max Mertens, y el grave y delicado problema que afecta a los colegas de Cabildo, particularmente a la Dra. Nicolet Riquelme, debido al actuar irracional y torpe de un dirigente gremial de ese hospital que ha inducido a la comunidad a maltratar y hostigar a estos jóvenes colegas.

Vaya por lo tanto un gran abrazo solidario para todos los actuales MGZ y también para todos aquellos que lo fueron y aportaron a la salud de nuestro país.

# En esta edición

Junio 2015

# Editorial

## Palabras del Presidente

Médicos generales de zona  
¡Adelante!

1

## Editorial

¡No podemos permitir que esto continúe!

3

## Gremial

¿Llegó la hora de la salud?

4

Denuncian trato discriminatorio de clínicas a embarazadas Fonasa

8



Regional Valparaíso organiza curso de preparación para el EUNACOM

10

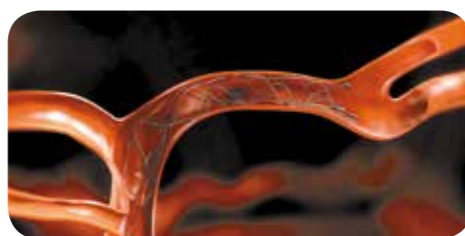
## Breves

13

## Medicina

Trombectomía mecánica intracraneal, nuevo hito médico en la región

14



Cirujanos se capacitan en ecotomografía de urgencia

18

## Ética

Justicia y enfermedades raras

20

## Historia de la medicina

Trasmisión del conocimiento médico griego hacia Oriente

22



## Médicos escritores

"Ángel moreno"  
Dr. Daniel Panozo

24



## Deportes

Campeonatos de fútbol y la experiencia chilena

28



## Misceláneo

Descubriendo la astronomía II parte

30

## ¡No podemos permitir que esto continúe!

Cuando un gobierno define que la salud no está dentro de sus prioridades, queda muy poco para discutir. Es como administrar una casa y definir que el agua potable no estará dentro de las prioridades del hogar durante los próximos cuatro años. Una casa sin agua no funciona, así como un país sin salud tampoco. El desorden imperante, la incertidumbre y la falta de direccionalidad del Gobierno nos tiene permanentemente preguntándonos en qué país vivimos, ¿es Chile un país OCDE o estamos más cerca de África de lo que estamos de Europa? Si a eso sumamos la podredumbre política reinante, cómo las empresas tienen comprados no sólo a los políticos sino a todo el sistema que administra nuestro querido Chile, no nos queda sino una sensación de desconsuelo que peligrosamente nos puede llevar a los extremos.

La salud no puede sino ser un tema prioritario para cualquier administración. No es posible que las condiciones de acceso a la salud para la mayor parte de nuestros compatriotas sean tan paupérrimas. Que sólo unos pocos chilenos puedan acceder a una salud de primer nivel (muchos colegas extranjeros que vienen de centros de primer nivel mundial quedan asombrados por el alto estándar de algunas clínicas privadas de Santiago), mientras la gran mayoría no tiene acceso adecuado a servicios sanitarios básicos, genera una sensación de injusticia social y frustración crecientes que se van reflejando en protestas cada vez más agresivas.

A esta violencia, a la que se somete la población día a día, también estamos sometidos nosotros los médicos. Cada vez más estamos expuestos a trabajar en condiciones inadecuadas, con recursos insuficientes que nos impiden atender a nuestros pacientes como se lo merecen, recibimos las quejas (y hasta agresiones) por parte de nuestros pacientes, siendo –injustamente– la cara visible de un sistema deficiente. Y en este contexto, la autoridad se da el lujo de dejar la salud fuera de sus prioridades... ¿es inaceptable!

El Gobierno está agotando todos los límites de tolerancia y no podemos permitir que esto continúe así, por lo que nos declaramos en estado de alerta, organizándonos para enfrentar esta situación de una manera eficaz. Los colegiados tenemos que estar preparados para involucrarnos en cualquier momento en las actividades que nuestra dirigencia organice para hacer entender a la autoridad que la salud chilena no puede seguir esperando. Ojalá a través del diálogo obtengamos resultados pronto, pero de no ser así estaremos listos para adoptar las medidas que sean necesarias para evitar que este enfermo agonizante termine de morir.



Dr. Humberto Verdugo Marchese.  
Director Panorama Médico.

PANORAMA  
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 25 – Número 102 – Junio 2015 / Director: Dr. Humberto Verdugo Marchese / Comité editorial: Dr. Miguel Astudillo, Dr. Eduardo Bastías, Dr. Alejandro Carmona, Dr. Juan Eurolo, Dr. Frano Vazón / Colaboradores: Dr. Vicente Carrillo, Dr. Ignacio de la Torre, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Dr. Denis Panozo / 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 e impresión: Empresa El Mercurio de Valparaíso S.A.P. / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.

# ¿Llegó la hora de la salud?

El Colegio Médico estima que el actual estado de la salud pública –que el mismo gobierno calificó de “crisis”– ya no da para más y exige soluciones. En los hospitales, los médicos se cansaron de ser la cara visible ante pacientes que con justa razón reclaman por las carencias y falta de recursos del sistema.

Desde hace varios años, el Colegio Médico ha venido denunciando reiteradamente las precarias condiciones en que los médicos a diario deben entregar atención en los hospitales públicos. Más y mejores insumos, infraestructura adecuada y condiciones laborales dignas son un escueto resumen de lo que los profesionales de la salud exigen para hacer bien su trabajo.

Con el propósito de abordar con el Ministerio de Salud las demandas del gremio en orden a fortalecer la permanencia del capital humano médico en el sistema público, mejorando las condiciones y la estabilidad laboral –petitorio que se estableció en la Asamblea de Santa Cruz en junio de 2014–, en septiembre de ese mismo año se inició el trabajo de la comisión negociadora con la autoridad. Como resultado de estas reuniones de trabajo se consiguió llegar a acuerdo en las metas a corto, mediano y largo plazo.

Sin embargo, en marzo de 2015 y luego de seis meses de trabajo, el Colegio Médico estimó que no había respuestas concretas por parte del ministerio ni avance en puntos fundamentales para el gremio, y decidió suspender la negociación hasta la Asamblea Anual de la Orden que se realizaría en abril, instancia en la que participaría la Ministra de Salud, Carmen Castillo.

En el encuentro gremial, y tras dialogar con la jefa de la cartera, la asamblea acordó reanudar el trabajo de la comisión negociadora, incorporándose a ella los doctores Pablo Araya (Regional Santiago), Eduardo Herrera Astorga (Regional Santiago) y Hugo Reyes (Regional Valparaíso) y solicitar la participación de la Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Ministerio de Hacienda. Además, se establecieron cinco puntos de discusión inmediata, por ser considerados prioritarios, mientras que el resto de las materias del petitorio ampliado serían objeto de negociación con plazos mayores.

En el intertanto, profunda decepción causó en todo el gremio médico que en el mensaje presidencial del 21 de mayo no se incluyeran propuestas de fondo para mejorar la salud pública, ello pese a que el Colegio Médico había solicitado públicamente a la mandataria que se pusiera un énfasis importante en materia de salud. Los médicos reconocieron los avances que representan, por ejemplo, la Ley Ricarte Soto para los pacientes –iniciativa que tuvo el firme apoyo del Colegio Médico– y la eliminación de la cotización para los mayores de 65 años, pero lamentaron que no se anunciaran medidas concretas para fortalecer los hospitales, para aumentar los recursos en la atención primaria y que ésta sea más resolutiva, ni menos para incentivar a los médicos a permanecer en el sistema público.

Tras el análisis de la respuesta del Ministerio de Salud al petitorio de cinco puntos, y luego de constatar que la salud no era una prioridad para el Gobierno, el Consejo General de la Orden acordó rechazar la propuesta del Minsal y declararse en “estado de alerta”. Junto con ello, le dio a la autoridad hasta el 30 de junio para responder concretamente a las demandas del gremio. De no obtener respuesta satisfactoria el Colegio Médico anunció el inicio de una etapa de movilización progresiva.

## COLMED EN ALERTA

Durante este período de “alerta” en todo el país se estuvieron realizando asambleas y reuniones informativas respecto del estado de las negociaciones con el Minsal. En estas actividades, los médicos expusieron las dificultades que les afectaban en cada establecimiento –y que son un problema transversal a todos los hospitales de la red pública en el país– y se mostraron partidarios de endurecer las medidas de presión si fuera necesario, conscientes de que la salud pública está alcanzando límites preocupantes.

En paralelo a las reuniones entre médicos y dirigentes, la comisión negociadora continuó dialogando con el Ministerio, tratando de mejorar la oferta hecha por las autoridades en el plazo dado.

## CINCO TEMAS PRIORITARIOS

1. Aumento de sueldo base en un 30%, a lo menos, para todos los médicos del sector público (30% este año, reajutable y el resto del porcentaje asociado al estudio de remuneraciones).
2. Aumento y estandarización de asignaciones de competencia para especialistas, con un rango 100-180%, considerando zonas (especialistas formados deben pasar de inmediato a etapa de planta superior).
3. Incentivo del retiro periódico (en términos a lo menos iguales a los de Ley N° 20.707).
4. Portabilidad general de la acreditación.
5. Reconocimiento de calidad de funcionarios públicos a becarios con compromiso de PAO (Período Asistencial Obligatorio), con mejora en las condiciones y beneficios para ellos.

## RESPUESTA DEL MINSAL

- A. Plan de formación y educación continua en salud:** segundo semestre del 2015.
- I. Revisión y mejora de las condiciones de los profesionales becarios, pero sin compromiso a que sean funcionarios públicos.
  - II. Nuevo modelo de sistema de recertificación de las especialidades con vigencia a partir del 2015 y primera renovación a Diciembre del 2019.
  - III. Implementar un programa de Educación Médica Continua como parte integrante de los procesos de capacitación.
  - IV. Rediseño de la Relación Asistencial Docente y fortalecimiento de los campos clínicos con enfoque de redes asistenciales para el otorgamiento de Asignaciones Docentes.
  - V. Proponer e implementar un programa de fortalecimiento del EUNACOM.

### B.1 Condiciones laborales

Remuneraciones a partir del segundo semestre de 2015.

- I. Otorgamiento de las asignaciones legales vigentes –en base a criterios sanitarios y de zonas– para especialistas y subespecialistas falentes, pero sin compromiso de porcentajes y sólo a las especialidades falentes definidas por Minsal.
- II. Elaborar un proyecto de ley para el incentivo al retiro, con inicio a partir del segundo semestre 2016.
- III. Iniciar cambios en Contraloría General de la República para el reconocimiento de la portabilidad intra Servicio de Salud.

### B.2 Fortalecimiento de la carrera médica

Primer trimestre 2016

- I. Homologación de la acreditación y certificación de especialidades, a implementar a partir del primer proceso de recertificación o renovación de la certificación, 2019.
- II. Modelo de portabilidad integral, que permita mantener el nivel de acreditación entre Servicios de Salud y antigüedad/desempeño de la especialidad, de acuerdo a criterios sanitarios, zona y modelo de atención.



Comisión negociadora Colmed-Minsal.



La ministra de Salud, Carmen Castillo, en la Asamblea Nacional del Colegio Médico en Los Ángeles.



El Regional Valparaíso en la Asamblea Nacional en Los Ángeles: (sentados) abogado Alfredo Silva, presidente Dr. Juan Eurolo, consejero nacional Dr. Humberto Verdugo Berrios; (de pie) secretario Dr. Frano Vazón, Tesorero Dr. Saúl Zúñiga, vicepresidente Dr. Kurt Cárcamo y consejero nacional Dr. Hugo Reyes.

## PETITORIO AMPLIADO

### 1. Fortalecer la carrera funcionaria para atraer a los médicos al sistema público de salud

- Más médicos atendiendo a nuestros pacientes.
- Que existan los especialistas que las personas necesitan.
- Disminuir las eternas esperas.
- Salud un derecho de todos.
- Fortalecimiento de la salud pública.

### ¿Cómo mantener y atraer los médicos al sistema público de salud?

- Aumento del sueldo base, para todos los médicos que trabajan en el servicio público.
- Asignaciones de Competencia para especialistas que están contenidos en la Ley 19.664.
- Incentivo al retiro periódico o permanente.
- Condición de funcionario para becarios.
- Portabilidad de la acreditación.
- Carrera Funcionaria Médica Única.

### 2. Condiciones dignas de atención

- Establecer estándares de atención, considerando rendimiento por hora, de acuerdo a la complejidad de los pacientes, en atención abierta y cerrada.
- Acceso a atención oportuna, digna y de calidad.

### 3. Mejor infraestructura y acceso a insumos

- Aumentar el número de camas.
- Mejorar y aumentar la tecnología e insumos para dar respuesta a los problemas de salud de la población.
- Mejorar la integración de la red.
- Política nacional para resolver la falta de médicos 28 hrs. en las urgencias, particularmente en regiones.
- Modernización y perfeccionamiento del funcionamiento de la salud.
- Descentralización.

### 4. Más especialistas para la red

- Política nacional de formación de especialistas y subespecialistas.
- Respaldar a los médicos académicos de pre y posgrado, en su condición funcionaria, salarial y proyección laboral.
- Que la construcción de recintos asistenciales incluya espacios para la docencia, y efectiva regionalización docente asistencial.
- Más y mejor distribución de especialistas que den respuesta a las largas listas de espera.

### 5. Fortalecer la Atención Primaria de Salud, pilar del sistema

- Mejorar la integración y resolutivez de la Atención Primaria.
- Mejorar condiciones laborales de médicos APS y SAPU.
- Mejorar las remuneraciones.
- Reuniones clínicas en APS.
- 20 minutos para la atención de morbilidad.
- Destinar tiempo para Educación, Promoción, Prevención, Docencia e Investigación en salud.
- Mejorar el acceso al sistema de salud, aumentar los recursos para la atención de los consultorios, Cesfam, Cecof y policlínicos, que permitan la entrega de un servicio eficiente y oportuno en el nivel primario de salud.

### 6. Médicos en todos los rincones de Chile

- Programa de Médicos Generales de Zona ha demostrado ser exitoso y debe ser un aumentado y fortalecido. Los MGZ retornados en formación son EDF.
- Asegurar la atención de la población rural y vulnerable de nuestro país.
- Programa de capacitaciones y formación continua para médicos EDF: cursos para ingresados 2015 y cierre de brechas, en tiempos que permitan correcta ejecución.
- Programas de especialización. Plan definido de aumento de becas para médicos EDF, que sea progresivo, cuali-cuantitativo, para dar cobertura a la expansión de cargos.
- Cierre de brechas de recurso médico en establecimientos de baja complejidad con alta carga asistencial.
- Cumplimiento de acuerdo firmado con el Minsal en 2013 para el aumento de recursos diagnósticos para hospitales de baja complejidad.

### 7. Con tu 7% mereces más

- Hospitales mantienen déficit millonarios producto de que FONASA no paga las prestaciones a un valor real. Un panel de expertos debe determinar estos valores de forma técnica y transparente.
- Codificar las más de mil prestaciones que no tienen código.
- Libertad de elección en Fonasa, todos los exámenes y prestaciones, asegurando su cobertura tanto en el sistema público como privado.

### 8. Los pacientes no pueden esperar

- El AUGÉ impone por ley cumplir con prestaciones y para eso se recurre a la compra de servicios externos. El Colegio Médico acordó apoyar una disminución progresiva de la compra de servicios a empresas de especialistas, fomentando la realización de tales actividades por profesionales funcionarios que se desempeñen con un mínimo de 22 horas semanales.
- Los pacientes tanto AUGÉ como NO AUGÉ deben tener el mismo derecho a ser atendidos oportunamente.



Hospital Carlos van Buren.



Hospital Eduardo Pereira.



Hospital de Quilpué.



Hospital Gustavo Fricke.

Al cierre de esta edición aún no se conoce la decisión que tomará el Colegio Médico ante esta última oferta. Pero más allá de si la autoridad acepta o no el petitorio del gremio, la crisis de la salud pública parece haber llegado a un estado tal que la única solución real y efectiva sería un cambio de paradigma en el modelo.

Así lo cree el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, para quien las soluciones no están en el corto ni mediano plazo.

“Por ejemplo, la única forma de resolver el déficit de especialistas es formando más profesionales y eso necesariamente requiere de varios años. Además, los especialistas que ya se fueron del sistema público es difícil que regresen, no sólo porque económicamente ya no les conviene, sino porque en los hospitales no encuentran las condiciones adecuadas para realizar su trabajo”, sostiene el dirigente.

Por otra parte, los hospitales están superados en tamaño e infraestructura para atender a la población que tienen a cargo. “El ejemplo más cercano es el del Hospital Carlos van Buren en Valparaíso, que tiene dos hospitales: el desaparecido Hospital Deformes y el propio Van Buren en el mismo edificio, y no hay ningún otro establecimiento que pueda absorber parte de la demanda; el Eduardo Pereira no tiene las condiciones para aumentar la atención (también por falta de recursos) y el Claudio Vicuña queda muy lejos y tampoco tiene infraestructura adecuada. Esto tampoco se arregla en el corto o mediano plazo”.

También hay que reformar la Atención Primaria, que es el primer contacto que las



Consejo General del Colegio Médico.

personas debieran tener con la salud. “Uno de los grandes problemas de nuestra salud es la dualidad en la atención. La estructura de salud con dos compartimentos separados, municipal y ministerial, es una distorsión que tiene que corregirse. Lo hemos dicho antes y lo volvemos a repetir porque vemos con preocupación creciente que ningún gobierno está interesado en asumir la solución de este grave defecto de la salud pública, que es donde se atiende el 80 por ciento de los chilenos”.

Para el presidente del gremio en la región, lo que hay que hacer es repensar cómo se soluciona todo el sistema de salud. “Independientemente del gobierno de turno, aquí se hace necesaria una visión de Estado.

Lamentablemente, nuestras autoridades desconocen cómo funciona en la práctica la salud y las malas condiciones en que son atendidos los

pacientes; porque cuando las autoridades visitan los hospitales la tendencia de los directivos locales es a ocultar sus deficiencias, cuando lo que hay que hacer es mostrarles la verdadera selva en la que los médicos tenemos que atender a los pacientes todos los días”.

Más allá de la necesaria inyección de recursos, se hace urgente un cambio de paradigma y no soluciones parche. Porque la crisis de la salud pública no pasa únicamente por un problema de gestión y recursos, sino también de la forma en que hacemos salud. “En conclusión –afirma el Dr. Eurolo–, si no se cambia el actual modelo de salud vamos a seguir en las mismas condiciones y la salud va a continuar siendo un grave problema tanto para el personal que labora en ella como para los pacientes, que son siempre los más afectados”.

# Denuncian trato discriminatorio de clínicas a embarazadas Fonasa

Asociación Gremial de Obstetras y Ginecólogos de la región recibieron las quejas de especialistas que fueron informados por centros de salud privados que ya no recibirían a sus pacientes que se atendieran bajo el programa PAD-parto de Fonasa.



Los doctores Kurt Cárcamo, Rodrigo Parada y Francisco Núñez.

Una serie de inconvenientes son los que han advertido los ginecólogos de la región en relación a la atención de pacientes Fonasa bajo la modalidad de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD).

Así lo denunció el Dr. Rodrigo Parada, presidente de la Asociación Gremial de Obstetras y Ginecólogos, agrupación que reúne al 98% de los ginecólogos de la región. El especialista explicó que recibieron quejas de sus asociados, quienes habrían sido informados por Clínica Ciudad del Mar (CCdM) que ya no podían acceder a con sus pacientes del programa PAD-parto de Fonasa.

El PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) es un convenio implementado por Fonasa que permite a sus beneficiarios atenderse en centros privados pagando un monto único previamente conocido y menor al de la atención por Libre Elección. En el caso del parto, éste tiene un valor de \$985.050, Fonasa bonifica un 75%, por lo que la paciente sólo tiene que pagar \$246.260.

Uno de los ginecólogos afectados fue el Dr. Francisco Núñez. “Hacia fines de abril me citó la gerenta comercial y me dijo, con estas palabras, que a la clínica no le interesaba seguir atendiendo pacientes Fonasa-PAD por un asunto netamente monetario, porque consideraban que eran pacientes que gastaban mucho y era muy poco lo que ellos ganaban”, relató.

La información entregada por la clínica desconcertó al médico, quien estimó que la conducta era evidentemente discriminatoria hacia las pacientes Fonasa-PAD. “No puede ser que una paciente Fonasa-Libre Elección tenga que pagar un millón y medio y se la atiende sin ningún problema, y una paciente que también es Fonasa, pero del programa PAD, no pueda ser atendida”, manifestó con molestia el profesional.



Representantes del Colegio Médico Regional reunidos con la dirección zonal de Fonasa.

Lo ocurrido al Dr. Núñez se repitió con otros siete reconocidos ginecólogos de la zona, quienes ya no pueden llevar a sus pacientes PAD a atender su parto a la CCdM.

Pero esta práctica no es nueva. El Dr. Parada explica que “hace más de dos años el Hospital Clínico Viña del Mar (HCVM) empezó con esta segregación en la que sólo a una treintena de médicos se les permite hoy atender pacientes PAD en este establecimiento”.

Es importante mencionar que ninguna de las clínicas cuestionadas entregó la información en un documento formal a los médicos afectados. Mientras CCdM citó a los ginecólogos a una reunión para notificarles de su decisión, en el caso de HCVM la restricción de acceso fue informada a las matronas, de modo que éstas le indicaban a los especialistas si podían o no llevar a sus pacientes a este centro.

Además, los médicos aseguran que las clínicas recurren a una serie de otros subterfugios para impedir el acceso de estas pacientes, como señalar que no hay camas disponibles, o restringir las condiciones de acceso, como por ejemplo el límite en el peso.

Si bien la condición de obesidad puede representar un riesgo en el embarazo, para el Dr. Parada este riesgo es a lo menos cuestionable y discutible, “porque la Clínica Ciudad del Mar tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) límite de 32 puntos, Clínica Reñaca de 35 y el Hospital Clínico de 40. Entonces, no se entiende; si es un riesgo, por qué hay tanta diferencia entre una y otra”.

Pero sortear el proceso de selección que aplica la clínica no le garantiza a la paciente la atención. Parada comenta que “ha ocurrido en más de una oportunidad en que nos avisan que no hay espacio en la clínica y por tanto no pueden recibir a la paciente. En ese minuto, las opciones son dos: o se va al hospital, que era una opción que ella no quería, o se atiende en la misma clínica pero por libre elección, porque extrañamente la clínica sí tiene camas para que se atiende, pero pagando el millón y medio que cuesta la modalidad Libre Elección de Fonasa”.

El problema aquí surge porque al ser nominativo, el bono PAD está a nombre de una

clínica determinada y por tanto no se puede utilizar en otro centro de salud a menos que la paciente vaya a Fonasa y pida cambiarlo. “Pero si la paciente además entró en trabajo de parto en la noche, fin de semana o día festivo, no va a poder cambiar su bono para otra clínica porque la oficina de Fonasa está cerrada. Y ahí su única alternativa es irse a un hospital público”, afirma el presidente de los ginecólogos.

El Dr. Kurt Cárcamo, ginecólogo y vicepresidente regional del Colegio Médico, manifestó la preocupación de la Orden por cuanto la conducta adoptada por estas clínicas privadas afecta a un gran número de pacientes.

“Hay inquietud frente a este tema porque en Chile el 80% de la población pertenece a Fonasa y la gran mayoría de nuestras pacientes embarazadas utiliza el sistema Fonasa-PAD, pero advertimos un preocupante cambio en la forma en que se está otorgando la atención de salud en el sector privado, que actualmente está determinada por factores no sanitarios”, manifiesta el dirigente.

Cabe señalar que en Viña del Mar CCdM y HCVM son los dos únicos casos conocidos de centros privados que restringen en acceso de médicos con sus pacientes PAD. Afortunadamente, otros establecimientos como Clínica Reñaca, Clínica Miraflores, Clínica Los Carrera en Quilpué y otros centros privados en comunas del interior aún permiten el acceso de todos los médicos para atención en la modalidad PAD de Fonasa. Sin embargo, hay temor entre los médicos de que la conducta adoptada por Clínica Ciudad del Mar comience a repetirse en otros centros privados.

Para los médicos es claro que las clínicas responden a sus dueños –las isapres–, cuyo objeto es el lucro, y aunque no pretenden pronunciarse respecto de cómo se maneja una empresa, también es claro que sus decisiones están afectando la atención de salud de los pacientes (que no pueden decidir el lugar donde recibir atención) y perjudicando el trabajo médico (al limitar los lugares donde se pueden desempeñar).

En ese sentido, los médicos consideran fundamental que la prestación sea revalorizada.

“Es comprensible la mentalidad comercial de las clínicas, para quienes no es atractivo atender pacientes que les generan poca ganancia y mucho riesgo, pero disgusta que la paciente PAD sea vista como de segunda clase, por lo que un incremento en el valor del PAD Parto podría hacerlo más atractivo para los centros privados”, afirma el Dr. Cárcamo.

## QUÉ DICE FONASA

Con el objeto de poner en conocimiento de Fonasa los inconvenientes que pacientes y médicos están teniendo, tanto el presidente de la AG de Obstetras y Ginecólogos como representantes del Colegio Médico Regional sostuvieron sendas reuniones con la directora zonal de Fonasa Centro Norte, Orielle Díaz.

Los médicos dijeron reconocer el PAD Parto como un buen programa, pero manifestaron su preocupación por la poca o nula supervisión de Fonasa al otorgamiento de la atención en clínicas de la zona, situación que ha permitido distorsiones como las denunciadas por los ginecólogos.

La autoridad regional se mostró sorprendida con la denuncia y dijo no tener reclamos de sus beneficiarias respecto de este tema. No obstante, informó que se revisarían las nóminas de las clínicas con los médicos acreditados para llevar pacientes PAD. Junto con ello, se mostró dispuesta a considerar la propuesta de implementar un bono “al portador”, que haga menos engorroso el trámite de un eventual cambio de clínica para la paciente.

En relación a la declaración pública de CCdM negando algunos aspectos de la denuncia formulada por los ginecólogos, la directora manifestó que –más allá de que no fuera una respuesta formal para Fonasa– el contenido del texto no los dejó satisfechos, razón por la cual se reunirían con los directivos de la clínica.

Finalmente, los representantes del Colegio Médico invitaron a la directora de Fonasa a asistir a un próximo Consejo Regional, ocasión en la que la autoridad se comprometió a llevar toda la información que logre recabar respecto de este tema.



El pasado 29 de mayo el Colegio Médico Valparaíso dio inicio a sus actividades de educación médica continua en beneficio de sus asociados y de los médicos de la región. La primera de estas actividades docentes es un curso de actualización en conocimientos médicos y de preparación para rendir el Examen Único Nacional de Conocimientos en Medicina (EUNACOM), que alcanzó 25 inscritos.

El programa contempla 40 clases y se dicta en modalidad *blended learning*, que combina clases presenciales con autoaprendizaje y realización de ensayos por medio de una plataforma web. Esta modalidad tiene la ventaja de habituar al estudiante en la metodología de estudio necesaria para enfrentar los distintos escenarios clínicos que se presentan durante su labor profesional.

Las clases presenciales son dictadas los sábados en la mañana, en la sede del Colegio Médico Valparaíso, por médicos de la región con experiencia en las materias del curso y también en la docencia de pre y posgrado. Además, el coordinador del programa vigilará los progresos individuales y hará las recomendaciones necesarias para optimizar los logros de los estudiantes.

En la jornada inaugural, el jefe del recién formado Departamento de Educación Médica del Regional Valparaíso y organizador del curso, Dr. Ignacio de La Torre, señaló que “el objetivo de todos los que estamos involucrados en esto es ser verdaderos facilitadores del aprendizaje, de manera que puedan aprobar el EUNACOM. En ese sentido, si se detectan áreas en que los alumnos tienen debilidades, a través del Regional Valparaíso dispondremos de espacio, financiamiento y recurso humano para generar instancias de aprendizaje adicionales. O sea, si los alumnos están realmente motivados, el resultado de este curso no puede ser menos que muy bueno”.

En su saludo de bienvenida, el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, explicó

## Regional Valparaíso organiza curso de preparación para el EUNACOM

Además de las clases presenciales, el curso también incluye autoaprendizaje por medio de una plataforma web.

<http://cursoeunacom.cl/>

Para ingresar a la plataforma online del curso, cada alumno contará con una clave de acceso. Allí podrá revisar el material de las clases presenciales y documentos para reforzar lo aprendido. El soporte virtual también permite generar ensayos similares al EUNACOM y un espacio de consultas virtuales para resolver dudas con los especialistas y el profesor coordinador.

que “el Colegio Médico empezó a notar la existencia de muchos colegas de la zona que siendo parte del Colegio no habían podido aprobar este examen. En algunos casos porque se habían formado en el extranjero, y en otros porque aunque se habían formado en Chile se encontraban con una serie de dificultades para aprobarlo y cuya solución no estaba dentro de las funciones de las universidades”.

En este escenario, al Consejo Regional Valparaíso le pareció que era un área en la cual se podía aportar desarrollando un programa de

preparación para los colegiados de la región, “y de esa manera colaborar activamente para que más médicos aprueben este examen y puedan desempeñarse en la salud pública”.

Y si bien este año se anunció que el EUNACOM se rendiría en dos oportunidades –julio y diciembre–, los organizadores del curso decidieron preparar a los alumnos sólo para el examen de final de año. “Para ser bien responsables en este proceso y sabiendo la demanda de tiempo que muchos de los médicos tienen, diseñamos un curso en el cual tienen que invertir 3 a 4 horas no presenciales como mínimo a la semana, y sabemos que en muchos casos eso puede ser mucho tiempo”, sostuvo el Dr. De la Torre. Con esta demanda de tiempo, lo más acertado fue preparar a los alumnos para el examen del 16 de diciembre.

Finalmente, cabe señalar que los médicos afiliados al Regional Valparaíso tuvieron un descuento de 50% en el valor del arancel del curso (\$1.000.000), bonificación posible gracias al apoyo del Fondo de Solidaridad Gremial del Colegio Médico de Chile.



Dr. Ignacio de la Torre en la jornada inaugural del curso.

### PROFESORES

Respecto de cuerpo docente del curso, el Dr. De la Torre señala que “la mayoría de ellos ha rendido el EUNACOM, un aspecto que considerábamos necesario en quienes iban a impartir las clases, pero también hay otros que si bien no lo rindieron –porque tienen más edad– sí participaron en comisiones que desarrollaron algunos elementos del examen, y por lo tanto están perfectamente familiarizados con él”.

#### Dr. Álvaro Cortés Jeria Coordinador del Curso – Docente Módulo Gastroenterología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2002). Trabajó como médico general en Zapallar y San Antonio. Cursó la especialidad de Medicina Interna (UV, 2008-2011). Actualmente se desempeña en la UCIM del Hospital Carlos van Buren y es el docente coordinador de los Becados Ipinza de Medicina Interna de la Escuela de Medicina UV. Su área de interés es Gastroenterología.

#### Dr. Jocelyn Cortés Rivera Docente Módulo Endocrinología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2008). Realizó la especialidad de Medicina Interna (UV, 2009-2015). Magister en Salud Pública (UV, 2013). Curso FSCC (SOCHIMI, 2014). Fue residente de la UCI de la Clínica Los Carreras (2011-2014) y luego en la UCI del Hospital Gustavo Fricke. Desde 2015 forma parte del Equipo de Endocrinología del mismo hospital.

#### Dr. Jorge Cortés Docente Módulo Nefrología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2011). Actualmente cursa el cuarto año de la especialidad de Medicina Interna.

#### Dr. Luis Ignacio de la Torre Chamy Docente Módulo Ginecología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2002). Cursó la especialidad de Ginecología y Obstetricia (UV, 2003-2006). Hoy se desempeña en la Maternidad del Hospital Carlos van Buren y en la Unidad de Ginecología de la Clínica Ciudad del Mar. Desde 2004 es docente de la Escuela de Medicina UV y donde también fue coordinador de la Oficina de Educación Médica hasta el año 2014.

#### Dr. Juan Eurolo Montecino Docente Módulo Neurología

Médico cirujano de la Universidad de Chile, sede Valparaíso (1975). Fue médico

general de zona en Maullín (Región de Los Lagos, 1976-1979). Cursó la especialidad de Neurología en el Hospital del Salvador (U.Chile, 1982). Actualmente es jefe titular del Servicio de Neurología Adultos del Hospital Carlos van Buren y profesor titular y jefe de cátedra de Neurología Adultos en la Escuela de Medicina UV.

#### Dra. Ximena Huerta Ojeda Docente Módulo Hematología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2003). Cursó la especialidad de Medicina Interna (UV, 2004-2007) y posteriormente completó su formación en Hematología Adultos (U.Chile, 2008-2010). Actualmente forma parte del equipo de Hematología del Hospital Carlos van Buren. Está a cargo de la Hemofilia Adultos, por lo que regularmente realiza capacitaciones y jornadas nacionales que ofrecen apoyo a médicos de provincias.

#### Dr. Alejandro Kral Bravo Docente Módulo Infectología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2011). El año 2012 egresó del Magister en Salud Pública de la misma casa de estudios y actualmente cursa la especialidad de Medicina Interna.

#### Dr. Víctor Manuel Leiva Vásquez Docente Módulo Respiratorio

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2009). Estudió la especialidad de Medicina Interna (UV, 2010-2013). Fue residente en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital San Martín de Quillota (2011-2012). Actualmente es residente en la UPC del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso y de la Clínica Ciudad del Mar. Su área de interés es Neumología.

#### Dr. Horacio Valderrama González Docente Módulo Cardiología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (2007). Realizó la especialidad de Medicina Interna (2008-2010) y posteriormente completó su formación en Cardiología (2011 y 2012).

#### Dr. Ulises Verdejo Lourido Docente Módulo Reumatología

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso (1990). Cursó la especialidad de Medicina Interna (UV, 1995) y continuó estudios en Reumatología e Inmunología Clínica (PUC). Desde 1997 trabaja en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos van Buren y en la UPC del mismo hospital.

# BREVES

## Formalizan a agresores de médico quinterano

El pasado 22 de mayo se realizó en el Juzgado de Garantía de Quintero la formalización de Juan Portuguez Olivos y Raquel Olivos Mena, por el delito lesiones menos graves en contra del Dr. Maximiliano Mertens.

Cabe recordar que la mañana del 17 de febrero de este año, el Dr. Maximiliano Mertens se disponía a entregar su turno en el consultorio adosado al Hospital Adriana Cousiño de Quintero, cuando repentinamente la 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 dieron la alerta al percatarse de la situación.

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



**Abogada jefe de Falmed Valparaíso, Isabel Salas; Dr. Maximiliano Mertens; y el abogado de Falmed Valparaíso, Alex Cortés.**

La magistrado Andrea Santander Guerra decretó como medida cautelar la prohibición de los imputados de acercarse a la víctima, y fijó un plazo de 90 días para la investigación.

## Directiva nacional da la bienvenida al nuevo Regional Aconcagua

El 14 de mayo la Mesa Directiva Nacional sesionó en la comuna de Los Andes, con el objeto de dar la bienvenida oficial a la directiva del nuevo Consejo Regional Aconcagua e informar a los nuevos dirigentes respecto del funcionamiento del Colegio Médico. Así, se trataron detalles del procedimiento de afiliación, el reglamento de sala para las sesiones de Consejo, la toma de acuerdos y ratificaciones, entre otras materias.

Si bien el nuevo Regional Aconcagua es completamente autónomo en lo gremial, los casos relacionados con la ética médica tendrán que seguir siendo vistos en el Tribunal de Ética del Regional Valparaíso, mientras que Falmed Valparaíso se encargará de otorgar la debida asistencia legal.

La directiva provisoria del nuevo Consejo Regional Aconcagua está formada por el Dr. Patricio Cruz, presidente; Dr. Gustavo Espinosa, vicepresidente; Dra. Carmen Meléndez, secretaria; Dra. Lorena Godoy, tesorera; y Dr. Cristián Muñoz, consejero regional.



**Doctores Gustavo Espinosa, Patricio Cruz, Carmen Meléndez, Enrique Paris, Cristián Muñoz y Juan Eurolo.**

*Vina del Mar*  
TU VIDA CON OTRO HORIZONTE

La mejor  
**inversión** con  
la mejor vista

PRIVILEGIADA UBICACIÓN

PANORÁMICA VISTA

A MINUTOS DEL MALL Y PLAYAS

**COMPRESIN IVA**

**NUEVO  
PROYECTO**



**1.2.3**  
DEPARTAMENTOS

Gomez Carreño

AV. PACÍFICO  
GÓMEZ CARREÑO . VIÑA DEL MAR  
Cel: 77690967  
asilva@playamansa.cl

**PLAYA  
MANSA**  
INMOBILIARIA

**PACIFIC  
BLUE**  
edificios

PISCINA CON ÁREA ESPECIAL PARA NIÑOS EN MEDIO DE AMPLIO JARDIN . SALA DE EVENTOS . SALA DE JUEGOS . GIMNASIO EQUIPADO



# Trombectomía mecánica intracraneal, nuevo hito médico en la región

El ataque cerebrovascular (ACV) es una emergencia médica que puede ser de tipo hemorrágico (también conocido como derrame cerebral, que ocurre por la ruptura de un vaso sanguíneo encefálico) o isquémico (también llamado infarto cerebral, y que ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga el cerebro resulta bloqueado por un coágulo). Un 80 por ciento de los ACV corresponde a este último tipo.

En Chile, cada año 28 mil personas sufren un ataque cerebrovascular y cerca de 9 mil mueren por esta causa. Esta última cifra convierte al ACV en la primera causa de muerte en nuestro país desde que en 2010 superara a las enfermedades isquémicas del corazón. Más aún, Chile ostenta un índice de mortalidad por ACV superior al promedio de los países de la OCDE. De ahí la importancia de que el sistema público de salud considere procedimientos que permitan atender adecuadamente a este tipo de pacientes.

Una iniciativa que apunta en ese sentido es la que lograron realizar exitosamente un grupo de profesionales del Servicio de Neurología del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Se trata de la trombectomía mecánica intracraneal, que en términos sencillos consiste en la introducción de un catéter hasta la arteria del cerebro donde se encuentra el coágulo y la posterior extracción de éste último mediante un dispositivo conocido como stent retriever.

## UN POCO DE HISTORIA

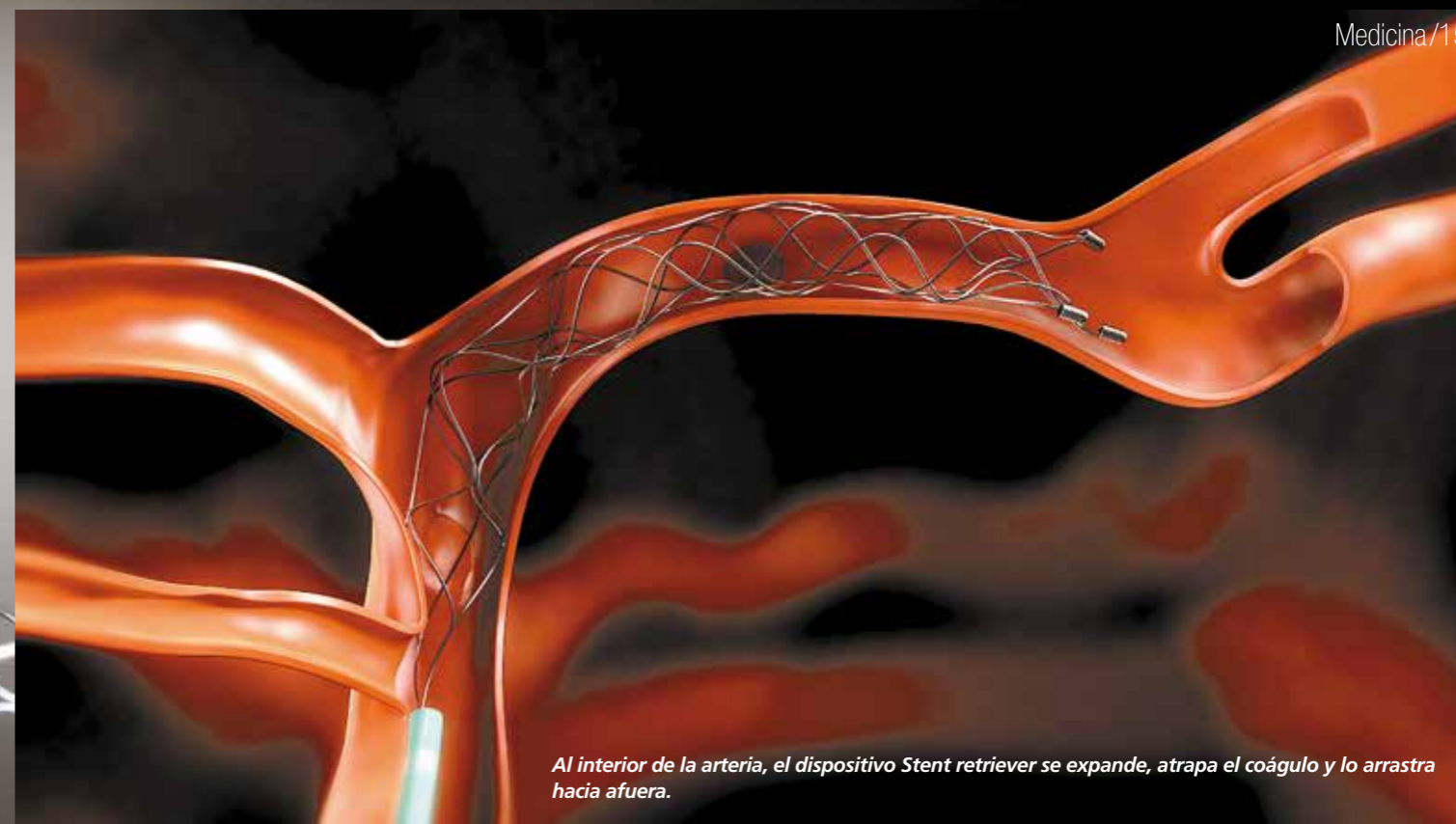
Desde hace algunos años, el único tratamiento específico aprobado para pacientes con ACV isquémico era la trombolisis intravenosa, una técnica que consiste en la

administración endovenosa de un medicamento que deshace el coágulo.

La técnica ha sido largamente utilizada en cardiología (trombolisis cardíacas) y sus beneficios en la neurología se conocieron en 1995, constituyéndose en uno de los grandes avances para el tratamiento de los ataques vasculares isquémicos.

El procedimiento se aplicó en Chile por primera vez en el ámbito privado en 1996 en la Clínica Santa María, y al sector público llegó 13 años más tarde, siendo el Hospital Barros Luco-Trudeau el primero en aplicarlo. “Por ese retraso en el área pública, donde se atiende el 80 por ciento de la población, se explica en gran medida la alta mortalidad que tenemos por ACV”, afirma el Dr. Irving Santos, especialista del Servicio de Neurología del Hospital Carlos van Buren (HCVB) de Valparaíso. De hecho, actualmente son muy pocos los establecimientos públicos donde se realiza esta técnica, fundamentalmente porque no se dispone de neurólogos de urgencia. “En la región de Valparaíso, el único hospital público que está haciendo trombolisis cerebral es el Van Buren, y solamente de lunes a viernes en horario diurno, dado que no tenemos especialista de turno las 24 horas”, afirma el neurólogo.

Para que un paciente con ACV isquémico se beneficie de este procedimiento es indispensable que éste se realice dentro de las primeras 4 horas y media desde que comienzan los síntomas del ataque vascular. “El beneficio del tratamiento va disminuyendo a medida que pasan los minutos, y por cada minuto que el cerebro está isquémico, sin riego sanguíneo, mueren 2 millones de neuronas”.



Al interior de la arteria, el dispositivo Stent retriever se expande, atrapa el coágulo y lo arrastra hacia afuera.

## DE LA TROMBOLISIS A LA TROMBECTOMÍA

En enero de este año –dos décadas después de que comenzara a aplicarse en el mundo la trombolisis intravenosa en pacientes con ACV isquémico– The New England Journal of Medicine publicó el primero de varios estudios científicos en que se demostró el beneficio y la superioridad de la trombectomía mecánica por sobre la trombolisis intravenosa en pacientes seleccionados. Hasta entonces, la literatura publicada no había sido concluyente respecto de este tema, sin embargo, tras la coincidencia de resultados de cinco estudios internacionales, los profesionales del Van Buren se decidieron a implementar el procedimiento en el hospital porteño.

La trombectomía mecánica es una técnica endovascular en la cual se punciona la arteria femoral (en la ingle) o la arteria radial (en el brazo), por donde un neuroradiólogo intervencionista introduce un catéter. Éste llega hasta la arteria del cerebro donde se encuentra el coágulo, libera un dispositivo mecánico conocido como *stent retriever*, que es una malla de alambre que toma el coágulo, lo atrapa y lo extrae.

El Dr. Santos explica que “este tratamiento está indicado cuando hay un coágulo en un segmento proximal de circulación anterior –arteria carótida interna intracraneal o segmento M1 de la arteria cerebral media–, pues el dispositivo no es capaz de llegar a los vasos de menor calibre”.

La aplicación de esta técnica tiene la dificultad de requerir tiempo para montar todo lo necesario para realizarla. “Y en ninguna parte del mundo hay un pabellón de angiografía con el personal esperando a que llegue el paciente. Esto se hace en el momento en que se necesita, y en el mejor de los casos demora entre 30 a 60 minutos”. A ese tiempo hay que sumar lo que demora el radiólogo intervencionista en puncionar la arteria hasta que logra introducir el dispositivo, que pueden ser 20 a 30 minutos más. “Entonces, para no perder tiempo, mientras se activa el sistema de la trombectomía mecánica se inicia la trombolisis intravenosa como terapia puente”.

Hospital Carlos van Buren de Valparaíso se constituye en el primer establecimiento público fuera de Santiago que logra realizar con éxito este procedimiento para pacientes con ataque cerebrovascular isquémico.



Angiografías pre y post intervención, donde se muestra la situación inicial y luego la irrigación

Coágulo extraído con el dispositivo.

## EL PRIMER CASO EXITOSO

En el primer intento realizado por los profesionales del HCVB, la angiografía realizada al paciente mostró que el vaso logró ser recanalizado con el trombolítico intravenoso suministrado previamente, por lo que no hubo necesidad de poner en práctica la trombectomía.

“En el segundo caso, la trombolisis que se aplicó previamente no fue tan efectiva y se comprobó que el vaso seguía obstruido, por lo que se procedió a realizar la trombectomía mecánica, que fue todo un éxito”, sostiene el Dr. Santos.

El paciente, un hombre de 67 años, llegó con un puntaje en la escala de NIHSS (utilizada para cuantificar el déficit neurológico focal) de 18, arriesgando –en el mejor de los casos– quedar postrado, con un trastorno severo del lenguaje, sin movilidad en el lado derecho del cuerpo, sin visión al lado derecho del campo visual, entre otras secuelas. Sin embargo, gracias a la técnica usada, a las 24 horas de realizado el procedimiento el paciente tenía un NIHSS de 4, y a un mes de la intervención, tiene la fuerza, sensibilidad y el campo visual normales, se alimenta solo, no quedó con ningún trastorno del lenguaje, y lo único que tiene es una leve parálisis facial”.

Con este caso, el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso se constituye en el primer establecimiento de la red pública fuera de Santiago en realizar una trombectomía

## SÍNTOMAS DEL ACV

Los síntomas que permiten reconocer el ataque cerebrovascular se presentan de manera repentina y los principales son la parálisis facial, la pérdida de fuerza en uno de los brazos y la dificultad al hablar.

De advertirse alguno de ellos, la persona debe ser trasladada inmediatamente a un servicio de urgencia hospitalario que cuente con neurólogo y acceso a Tomografía Computarizada (scanner) las 24 horas. El tiempo de acción (ventana terapéutica) es de sólo 4 horas y media para la trombolisis intravenosa y 6 horas para la trombectomía mecánica; de lo contrario, las posibilidades de que el paciente se recupere sin secuelas o sobreviva son menores.

mecánica intracraneal. “Es el primer caso en regiones y hecho completamente con recursos públicos. El equipamiento, el instrumental, el recurso humano, todo fue del hospital, no se trajo nada de afuera. Ni siquiera fue necesaria la compra de equipamiento porque el dispositivo endovascular que se utilizó estaba en comodato en ese momento en el hospital”. En efecto, debido a que los radiólogos intervencionistas necesitan contar de manera permanente con un dispositivo para extracción endovascular –en caso que se les presente alguna complicación en procedimientos que ellos hacen por otra

causa–, el dispositivo estaba disponible y pudo ser utilizado para aplicar la técnica en este paciente.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN

La atención entregada fue posible gracias a la conjugación de varios factores: el caso se dio en horario diurno, el personal del SAMU que atendió al paciente estaba capacitado para identificar el ACV, en la Unidad de Emergencia había un equipo de profesionales capacitado para atender estos casos esperando al paciente, quienes activaron lo que denominan “clave stroke” o “código ACV”. Esto significa que el paciente pasa inmediatamente al escáner cerebral, se llama al neurólogo, quien confirma el caso y comienza el tratamiento con una trombolisis intravenosa mientras se activaba la trombectomía mecánica.

Toda esta coordinación es resultado de la gestión directa de la Dra. Anita Olivos, neuróloga de la posta porteña, quien hace un par de años tuvo la iniciativa de crear un protocolo para la atención de pacientes con ACV.

Anteriormente, los pacientes que calificaban para estos procedimientos eran derivados a centros privados (Clínica Reñaca y Hospital Naval) para ser atendidos vía Ley de Urgencia. Tras el fin de esta solución transitoria, la Dra. Anita Olivos logró diseñar y poner en funcionamiento un protocolo que considera la activación de una alerta hospitalaria general frente a la notificación de un caso sospechoso de



Dra. Anita Olivos.



Dr. Irving Santos.

ACV. Según explica el Dr. Santos, este protocolo involucra toda una cadena de servicios y funcionarios: SAMU, Unidad de Urgencia, laboratorio clínico, Unidad de Rayos, etc. “Junto con ello, la Dra. Anita Olivos también consiguió que el hospital adquiriera el medicamento trombolítico, que la Unidad Médica de Agudos (UMA) cediera una cama para tratar a estos pacientes, y entusiasmar a los profesionales del Servicio de Neurología para formar parte de esto, incluidos a los neurorradiólogos intervencionistas, que son quienes realizan el procedimiento, que fueron los doctores Pablo Cox y Rodrigo Riveros”.

Esta iniciativa, que partió como piloto en 2013, hoy sólo se aplica en horario diurno (de lunes a jueves de 8 a 16 horas y viernes de 8 a 15), “y aunque parece restringido, cubrir ese tiempo se hace con mucho esfuerzo del personal, complementando los horarios de todos para poder abarcar todo ese lapso, porque no todos estamos a tiempo completo en el hospital”.

Sin embargo, gracias a los buenos resultados obtenidos –26 trombolisis desde 2013–, la dirección del establecimiento decidió solicitar formalmente al Ministerio de Salud los recursos para que la iniciativa se pueda normalizar a partir de 2016. Para ello, fueron solicitados cargos para contar con una residencia neurológica hospitalaria las 24 horas. “Aquí tenemos un equipo de médicos que ya está comprometido para ocupar los cargos, lo que es una ventaja pues en otros lugares del país han tenido disposición de cargos, pero no han logrado llenarlos”.

También se espera contar con camas específicas para estos pacientes. El Dr. Santos, afirma que actualmente los pacientes que no se trombolizan pueden pasar las primeras horas de hospitalización –que son las más críticas– en camillas de la Unidad de Emergencia Adulto. “Pueden estar 2 o 3 días ahí, en condiciones que

no son las más adecuadas y sin la intervención de ningún especialista porque en la UEA la mayoría de los colegas son médicos generales. Entonces, lo que queremos lograr es no sólo trombolizar más pacientes, sino también ofrecerles una atención de calidad, acorde a la evidencia actual”.

## UTAC

Esta atención a pacientes con ACV, ya sea que lleguen o no en ventana terapéutica para trombolisis, dice relación con el tratamiento en una Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebral (UTAC), una suerte de unidad de cuidados intermedios neurológicos, localizada en un sector específico del hospital, con cupos asignados, y donde el paciente recibe una atención integral entregada por un equipo multidisciplinario especializado –con neurólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, asistente social y equipo de enfermería– que sigue protocolos de atención.

“En el mundo las UTAC llevan más de dos décadas desde que se demostró científicamente que los pacientes que se hospitalizan en ellas, independiente de que sean o no trombolizados, tienen un mejor desenlace clínico que los pacientes que se hospitalizan en salas de cuidado general bajo la tutela de médicos generales y donde el especialista no está de manera permanente”.

En nuestro país, la indiferenciación de camas contenida en la Reforma de la Salud en un comienzo hizo que “a falta de camas en Neurología, los pacientes con ACV fueran hospitalizados en cualquier parte del hospital, incluso en Obstetricia (al cuidado de las matronas), Oftalmología o cualquier otro servicio donde hubiera camas”. Pero en diciembre de 2014, la Subsecretaría de Redes Asistenciales instruyó a los Servicios de Salud

para que, en el contexto de la indiferenciación de camas, implementaran la sectorización; esto es, que se destinaran camas preferentemente para pacientes con ACV, en un lugar del hospital geográficamente delimitado, al cuidado de un equipo multidisciplinario especialmente entrenado. “Con esto, se logró que los pacientes con ACV se hospitalicen preferentemente en las camas de Neurología, o en su defecto en Medicina Interna”.

El neurólogo explica que lo que se logra con una UTAC es el manejo clínico por un equipo especializado, que es capaz de prevenir, identificar y tratar precozmente las complicaciones evitables, ofreciendo además a los pacientes el acceso a un proceso de rehabilitación integral oportuno y de manera expedita. “El resultado es que el paciente tiene más oportunidades de sobrevivir y quedar con menos secuelas, porque la realidad nacional es que el 28 por ciento de pacientes con ACV fallece a los 6 meses y el 30 por ciento lo hace al año”. Además, esto permite que quienes sobrevivan tengan más oportunidades de quedar autovalentes, dado que actualmente entre el 18 y 20 por ciento de los sobrevivientes presenta una discapacidad severa.

Las esperanzas del equipo de especialistas del hospital porteño es que la UTAC pueda también estar disponible a partir de 2016. De hecho, ya hay un compromiso de la dirección del establecimiento para que en el marco del proyecto de construcción y habilitación de la Unidad de Cuidados Medios, iniciativa que busca incorporar 40 nuevas camas al establecimiento, algunas de éstas sean destinadas para implementar la Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebral, un anhelo que de cumplirse podría transformar al Hospital Van Buren en un centro de alta resolutivez para patologías cerebrovasculares agudas.



La Dra. Graciela Rivero supervisando el trabajo práctico de su grupo de alumnos.

## Cirujanos se capacitan en ecotomografía de Urgencia

Desde hace más de diez años, un grupo de cirujanos organiza en Quillota un curso teórico-práctico para los interesados en aprender sobre esta técnica.

Desde hace varias décadas en Europa y Estados Unidos ha habido un uso creciente de la ecografía en situaciones de emergencia. Su utilización se ha ido consolidando con la aparición de equipos más versátiles, de menor costo, fácil operabilidad y cada vez con mejor resolución.

Mientras en Alemania, por ejemplo, el aprendizaje de la ecografía se incluye en la formación de pregrado, en Chile no hay instancias para formarse y adiestrarse de manera sistemática y el aprendizaje sobre el uso de la ecografía queda sujeto al interés de algunos por aprender y a la voluntad de otros por compartir su experiencia. Un vacío difícil de entender considerando que hay cirujanos que utilizan esta técnica desde la década de los 80.

Convencidos de que el cirujano de urgencias debe tener la mejor capacitación posible y poner al alcance de sus pacientes el oportuno beneficio de los avances tecnológicos, desde hace más de una década un grupo de cirujanos ecografistas de nuestra región viene dictando el curso "Ecotomografía en Urgencia", una instancia teórico-práctica para adiestrar a cirujanos de urgencias y residentes de cirugía en ecotomografía, con el objetivo de mejorar sus capacidades resolutivas.

"El año 2003, en un congreso de cirugía, nos dimos cuenta que los cirujanos interesados en aprender ecografía tenían que hacerlo en el extranjero porque en Chile no había instancias que respondieran a esa necesidad", explica el director del curso, Dr. David Lagos. "Ante esto, un grupo de colegas que habitualmente



### EQUIPO DOCENTE

Los docentes del curso Ecotomografía en Urgencia son cirujanos "que tenemos experiencia en ecografía. Hemos trabajado en hospitales y en servicios de Urgencia, por lo tanto conocemos bien el tema. Los conocimientos y experiencia que tiene cada uno nos permite tener la certeza de entregar los conceptos necesarios y suficientes para mejorar la atención del paciente de urgencias", explica el Dr. Lagos.

Además del Dr. David Lagos (Hospital de Quillota), el equipo también lo integran las doctoras Ximena Freitte (Hospital de Quilpué) y Graciela Rivero (Hospital de Quilpué), y los doctores Manuel Órdenes (Hospital Dr. Gustavo Fricke) y Jorge Rodríguez (Hospital de San Fernando).



El Dr. David Lagos reunido con la totalidad de los alumnos al finalizar el curso.

utilizábamos el ecógrafo decidimos organizar un curso que incluyese las técnicas básicas de examen ecográfico para quienes trabajaban en Urgencias. Las primeras versiones fueron realizadas en el Hospital de Quilpué y luego en el Hospital de Quillota, y para esta 15ª versión nos trasladamos al Centro de Oxígeno, en Quillota".

Según señala el Dr. Lagos, el objetivo principal del curso es que los cirujanos que se desempeñan en urgencia puedan mejorar su capacidad de diagnóstico y ofrecer mejores opciones terapéuticas a los pacientes afectados por problemas, tanto traumáticos como no traumáticos.

"La ecografía se ha ido transformando, prácticamente, en parte del examen físico del paciente. La entendemos como una extensión de los ojos, manos y oídos. Tenemos el convencimiento de que un médico que maneja un ecógrafo tiene muchas más posibilidades de resolver problemas, porque puede ver más fácilmente un órgano, hacer un diagnóstico con más rapidez y certeza. Además, tiene la ventaja de que su uso no significa una molestia especial para el usuario, puesto que es no invasivo, sin contraindicaciones y sin complicaciones.

Es un método extraordinariamente útil y especialmente valioso en las unidades de Urgencia, donde los profesionales deben encontrar rápidamente respuestas a los problemas de los pacientes".

El uso del ecógrafo se ha considerado habitualmente en el ámbito de la radiología y gineco-obstetricia, sin embargo, su utilización en otras especialidades ha sido valiosísima, y así lo demuestran cirujanos vasculares, cardiólogos, oftalmólogos, anestesiólogos y gastroenterólogos, que han incorporado esta herramienta a su práctica médica habitual, no

sólo en su uso intraoperatorio, sino también para la detección de patologías habituales y complicaciones post operatorias. "A los alumnos les enseñamos a conocer mediante el ultrasonido las enfermedades que usualmente les toca atender".

El curso consiste en 5 horas teóricas y 15 horas prácticas. Cada docente tiene a su cargo 3 ó 4 alumnos y un ecógrafo, y cada grupo examina un mínimo de 20 pacientes (reales) en los tres días que dura el curso. Además, desde hace varios años se realiza al amparo del capítulo regional de la Sociedad de Cirujanos de Chile. "Nosotros les presentamos el programa y la metodología, y ellos nos dieron el respaldo académico para darle un significado mayor", afirma el Dr. Lagos.

Si bien en sus inicios estuvo orientado a cirujanos generales y becados de la especialidad, con el tiempo se ha ido incorporando también a médicos UCI, cirujanos infantiles y médicos generales. La falta de otra instancia para la formación en ecografía de Urgencia los ha llevado a tener alumnos de todas partes de Chile, con tal éxito que este año se impartirá en dos oportunidades. "Normalmente hacemos un único curso, pero el interés supera nuestra capacidad (23 alumnos), por lo que siempre queda gente fuera, así que nos pareció adecuado hacer dos versiones este año".

El primero de los cursos se realizó los días 28, 29 y 30 de mayo, mientras que el segundo se prepara para agosto. El interés por participar de esta instancia formadora parece ser una muestra de la ventaja que significa la utilización del ecógrafo en la práctica médica de urgencia para los cirujanos. Tan importante incluso como para ser considerada en el currículum de pregrado.

### CURSOS PARTICULARES

Cabe destacar que además de los cursos habituales, este grupo de cirujanos ecografistas también realiza cursos particulares. "Hace años atrás el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA) nos contrató para dictarlo a los cirujanos infantiles del Hospital Van Buren. También hemos ido al Hospital del Cobre, en Rancagua, contactados por cirujanos de allá, y al Hospital de Tomé, en la Región del Biobío, a dictarlo para médicos generales".

Contacto:  
Dr. David Lagos  
davidr.lagos@gmail.com



# Justicia y enfermedades raras

Dr. Fernando Novoa Sotta

Miembro del Tribunal Regional de Ética y del Departamento Regional de Ética

En la actualidad existe gran preocupación por la existencia de enfermedades que, teniendo algunas de ellas tratamientos muy efectivos, debido a su alto costo no están al alcance de los pacientes, lo que resulta injusto. Entre ellas se encuentra un grupo especial que se ha denominado enfermedades raras.

Éstas se definen en parte por su reducida frecuencia en la población, lo que conlleva numerosas consecuencias adversas, tanto a nivel médico como social. Al ser poco conocidas, tienen un diagnóstico tardío y se pierde la oportunidad para realizar un tratamiento en el momento oportuno. Se caracterizan por ser de curso crónico, degenerativo, invalidantes, con calidad de vida disminuida, pérdida de autonomía, alto nivel de dolor y sufrimiento de la persona y su familia, y generalmente ponen en riesgo la vida. Aquéllas que tienen un tratamiento específico son de tan alto costo que los pacientes requieren del aporte estatal para acceder a terapias. Esta situación implica, desde el punto de vista ético, la necesidad de considerar el principio de Beneficencia y Justicia Social en las decisiones que se adopten.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

No todas las afecciones tienen igual “carga de enfermedad”. El acné es muy frecuente al igual que el resfriado común, y aunque tienen cierta carga de enfermedad, no es la misma que el cáncer y la demencia.

El imperativo moral que tienen para destinar recursos no es igual, por sus consecuencias. Esto es en virtud de la naturaleza y magnitud de las complicaciones.

En general, las enfermedades raras y las que tienen mínimas consecuencias tienen menor fuerza moral para la búsqueda de esfuerzos preventivos que las enfermedades comunes con consecuencias graves.

El bajo número de pacientes afectados por un síndrome clínico específico provoca una serie de problemas estructurales. Entre ellos hay que considerar un importante déficit en el diagnóstico y la terapia en el cuidado del paciente. La atención adecuada no es posible sin un diagnóstico correcto o si éste se hace demasiado tarde. Los enfoques interdisciplinarios de la terapia son necesarios porque las enfermedades suelen afectar varios sistemas, y sólo unos pocos centros especializados pueden proporcionar esta atención. Una terapia causal efectiva a menudo no está disponible y sólo se puede desarrollar cuando se comprenden las causas subyacentes de la enfermedad. Hasta ahora, una atención adecuada ha sido posible sólo para algunas de las enfermedades raras. En general, las nuevas tecnologías y los avances en los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que obligan a cambiar criterios tienen un componente no sólo científico, sino también moral. En conjunto, ambas dimensiones exigen un equilibrio responsable, no siempre fácil de encontrar, sobre todo durante los primeros años de implantación de una nueva tecnología o procedimiento.

Las enfermedades raras, por afectar a un número pequeño de personas, tienen la desventaja de no ser atendidas igual que otras que, por ser frecuentes, afectan a la población en general. En relación a este aspecto, hace unos meses se publicó en *The Lancet* una serie de artículos acerca del comercio y la salud. En uno de ellos se afirma: “Mucho antes de desarrollada la teoría del germen, los gobiernos adoptaron medidas para prevenir la importación de enfermedades asociadas con el comercio, tales como la plaga y el cólera”. Es decir, el comercio y la salud han convergido hace tiempo, el problema es que, siendo como parece, tanto el comercio como la salud asuntos vinculados de alguna manera con la justicia, deberían abordarse políticamente, por cuanto

los asuntos de justicia en estas dos esferas también atañen a la política, así nos hayan hecho creer que se trata de asuntos meramente técnicos, esto es, que deben ser tratados por expertos. La política sería entonces la encargada de buscar conciliar el comercio y la salud, con el fin de que la balanza no opere solamente a favor del primero.

La Declaración de Alma Ata sobre “Salud para todos en el año 2000” (presentada en 1978), planteaba objetivos ambiciosos en la búsqueda de mejorar la accesibilidad a los tratamientos para todas las personas, independientemente de su condición. A pesar de que la meta parecía estar suficientemente lejana, brindaba la oportunidad de abrigar esperanzas para quienes deseaban que la equidad en el terreno de la salud pública fuera una realidad.

Sufrimos un desequilibrio desastroso entre tecnología y humanismo. La evaluación de las medidas utilizadas es también un elemento a considerar. Ética y calidad en salud es una relación indisoluble que existe entre ambos componentes, evitando el conflicto derivado de la mala atención o insuficiente cobertura cada vez mayor, pese al progresivo adelanto científico y tecnológico.

## ÉTICA Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

En la relación con el paciente que padece una enfermedad rara se encierran una serie de dilemas relativos a la distribución de recursos, que nunca van a ser los necesarios. Por esta razón, es necesario considerar el principio de Equidad en el proceso de toma de decisiones. Equidad es la adaptación de una norma al caso singular, que no permite una perfecta equiparación a los casos previstos, significando que la desigualdad de tratamiento corresponde a un reconocimiento de la desigualdad de situación. Las enfermedades raras tienen la

doble característica de afectar a un reducido número de pacientes y tener tratamientos de muy alto costo. El proceso de toma de decisiones, visto como un elemento nuclear fundamental para optimizar los recursos, requiere incluir una clara intención, tanto para obtener un mejor aprovechamiento de los recursos como para incluir la calidad y definir los aspectos bioéticos que se encuentran formando parte de cada uno de los procedimientos empleados.

Desde la aparición del hombre en el planeta, la medicina se caracterizó como un acto de socorro al ser humano. Es injusto que disponiendo hoy de los más grandes avances biomédicos en la historia de la humanidad, graves enfermedades que afectan a unos pocos no reciban la atención que merecen.

La “representación y defensa de los pacientes” (*patient advocacy*) se refiere a lo que como médicos debemos hacer más allá del diagnóstico y la receta. Es decir, la obligación de participar en la generación de políticas públicas de salud que ayuden a nuestros pacientes, o el apoyo en la generación y mantención de agrupaciones de pacientes que aumenten la representatividad social de los mismos.

En los últimos años, diferentes países en la región han buscado soluciones nuevas al eterno problema de la distribución de recursos limitados en un área como la salud, donde las necesidades son infinitas. Chile ha escogido el Programa de Garantías Explícitas en Salud, que basado en algoritmos de decisión según carga de enfermedad, busca optimizar el uso de recursos para resolver los problemas de salud más importantes de la población chilena.

Es así como una lista de más de 80 patologías con canastas de prestaciones y

tiempos garantizados de atención abordan el 80% de los problemas de salud de la población, entendida hoy como la “carga de la enfermedad”. En esta lógica de enfrentamiento, las enfermedades ubicadas al final de esta lista no tendrían opción de ser consideradas en alguna política pública de salud.

Por ello se ha buscado a través de programas complementarios la solución de los problemas oncológicos, del VIH/SIDA, la Fenilcetonuria, etc. Así también, otros factores más allá de la frecuencia o la eficiencia de las terapias disponibles aparecen como importantes a la hora de tomar decisiones. La presión social que agrupaciones de pacientes pueden ejercer es un ejemplo de esto último.

La “regla del rescate” es un argumento clásicamente esgrimido en esta área. Ésta se refiere a que cuando existe una condición que pone en peligro la vida de un grupo pequeño de personas, el Estado no ahorrará recursos si existe una posibilidad de salvarles la vida. Un grupo de 33 trabajadores atrapados en una mina podría ser un buen ejemplo para esta regla, en el cual se justifica invertir grandes sumas de dinero para salvar pocas vidas. Pero si este grupo no fuera tan pequeño, o si las posibilidades de éxito de la operación no fueran altas, ¿se seguiría justificando la destinación de recursos especiales?

Hay quienes opinan que esta regla, por tanto, no debiera ser utilizada para tomar decisiones, pues sólo nublaría una discusión basada en argumentos objetivos. Por otra parte, este precepto nos hace reflexionar respecto a que hay situaciones en que la distribución de recursos en salud no sólo depende de algoritmos estrictos.

## CONCLUSIONES

El conjunto de enfermedades raras comprende patologías graves, crónicas, degenerativas, en las que el paciente va perdiendo autonomía y capacidades sensoriales o intelectuales. Su poca frecuencia las hace prácticamente desconocidas no sólo para el público en general, sino también para los médicos, lo que lleva a diagnósticos tardíos. Que sean raras no dice que sean pocos los afectados. Hay pocos pacientes de cada enfermedad, pero como son tantas, los afectados son muchos.

Sólo algunas patologías han conseguido tratamiento y éste puede llegar a costar hasta US\$500.000 anuales por paciente. Por este motivo, constituyen un reto enorme, pues las terapias son de muy alto costo. Es por esta razón que a nivel mundial se investiga poco sobre estas enfermedades, porque son de bajo interés comercial para los laboratorios ya que el tratamiento queda restringido a un número escaso de pacientes.

Además, las leyes que rigen al mercado son pocas e insuficientes, y muchas veces es el mismo mercado el que las impone, sin tener al Bien Común como principal objetivo. En ese sentido, el rubro farmacéutico no es diferente de otras industrias, y sus productos –además de la salud y la vida– están fundamentalmente para la venta. Para la salud y la vida están las sociedades y sus gobiernos. Dar a conocer las enfermedades raras debiera ser un objetivo primordial, así como también lograr apoyo y cobertura en los tratamientos de manera progresiva, evitando que sea el interés por el lucro el que imponga las normas.



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

La medicina griega, que conocemos principalmente a través de los tratados del *Corpus Hippocraticum* y de los textos de Galeno, era heredera en gran medida de conocimientos previos provenientes del área del Mediterráneo. De Grecia pasó, a Roma, cuya población tenía una orientación práctica y que destacaba por sus obras de higiene pública tales como acueductos, baños públicos, cloacas y la desecación de pantanos.

A partir del advenimiento del cristianismo los nuevos creyentes comenzaron a crear casas para pobres, enfermos y huérfanos, y a levantar albergues para quienes transitaban las rutas que pasaban por los centros de peregrinación.

Con el tiempo, estos lugares de acogida evolucionaron hacia instituciones que también incluían la prestación de cuidados médicos. Así fue como fueron naciendo los hospitales, que en la parte oriental del Imperio fueron llamados *xenones*, *xenodoquios* o *nosokomeia*.

Después de la caída del Imperio Romano de Occidente tras la llegada de los pueblos bárbaros, logró sobrevivir la parte Oriental, persistiendo allí condiciones políticas más estables. Es así como mientras en Occidente la actividad médica fue decreciendo, en Oriente se mantuvieron vivos los conocimientos helénicos y romanos. En Constantinopla hubo médicos que se dedicaron a reunir y transcribir la obra de sus antepasados. Entre estos verdaderos compiladores bizantinos, cuya obra se extendió durante gran parte de la Edad Media, destacaron Oribasio de Pérgamo (325-403), Aecio de Amida (siglo VI), Alejandro de Tralles (525-605) y Pablo de Egipto (625-690). Se debe señalar que aunque hay ejemplos de obras originales escritas en estos tiempos, se puede afirmar que en términos generales la cultura bizantina no tuvo la capacidad creadora de la mente griega. Sin embargo, es preciso destacar que se preservaron los aspectos técnicos de la medicina y que los médicos se mantuvieron fieles a los escritos del *Corpus Hippocraticum*, apoyando racionalmente todos sus actos, desde el juicio diagnóstico hasta la acción terapéutica.



Libro de medicina de Alejandro de Tralles.



Pablo de Egipto.

# Trasmisión del conocimiento médico griego hacia Oriente



Casa de la Sabiduría.

un importante éxodo de sabios griegos –filósofos paganos– a Persia, quienes se unieron a los nestorianos en la creación de un centro de enseñanza superior, la Academia Hippocratica. Su importancia fue tal, que Gondishapur se convirtió en el primer centro cultural e intelectual del Imperio Sasánida (226-651) y de Oriente.

Con el tiempo, los conocimientos de su Academia se extendieron al mundo musulmán. En efecto, el médico Harets ben Kaladah, cristiano nacido en Arabia que había estudiado medicina en la escuela de Gondishapur, fue acogido por el propio Mahoma, a quien asesoró en diversos temas médicos, sobre todo en higiene. Valga señalar que algunos de sus consejos están contenidos en el mismo Corán.

Posteriormente, en el siglo VIII, cuando los musulmanes conquistaron Persia, absorbieron la totalidad del conocimiento allí existente a través de traducciones de las obras griegas al sirio y al árabe. La Academia de Gondishapur y su hospital (*maristán*) se convirtieron, así, en verdadero punto de partida de la medicina árabe y fueron un modelo que posteriormente los mecenas musulmanes reprodujeron en sus principales ciudades.

En efecto, hacia fines del siglo VIII, el centro de gravedad de la cultura se desplazó

de Gondishapur a Bagdad, capital del imperio abasida, y allí se llevó a cabo la labor de traducción y asimilación. Los famosos califas Al-Mansur como Harún-al-Rashid (780-802) y Al-Mamun (813-833) son conocidos por haber promovido la recopilación y la copia de manuscritos griegos; este último creó una escuela oficial de traductores que se llamó la “Casa de la sabiduría”. Una de las primeras traducciones al árabe fueron las que realizó el médico judío Masaruawaih, de Basora, a la cual siguieron otras hechas por la familia Bocht-Yesu (“Siervos de Jesús”), Messué el Viejo –conocido también como Juan Damasceno– y Joancio, todos ellos nestorianos.

En consecuencia, las tradiciones médicas griega y romana se difundieron en muchas direcciones, siendo heredadas y utilizadas por todos los pueblos sometidos a la influencia bizantina y luego del Islam, difundiéndose tanto por la costa del Mediterráneo como hacia Oriente.

El avance experimentado por la medicina en los últimos tres siglos no permite que valoremos debidamente los pasos iniciales dados por ella durante el extenso camino recorrido, ni que apreciemos en su justo valor las dificultades superadas durante el traspaso del conocimiento médico, cuya esencia se encuentra íntimamente ligada al ser humano y en buena parte a la religión.

El pensamiento lógico griego, que analiza, argumenta, razona, justifica, prueba, que fue el punto de partida de la medicina científica, también lo fue de las discordias religiosas en el seno de la Iglesia. El espíritu de la discusión, que se centró en torno a las personas y naturalezas de Cristo (humana/divina), dividió a los cristianos en múltiples grupos, los más conocidos de los cuales fueron los arrianos, los monofisitas, los nestorianos y los coptos. Con el tiempo, estas discusiones se transformaron en luchas teológicas que terminaron siendo condenadas por ser consideradas herejías.

Por su importancia, entre los diversos grupos disidentes se debe destacar a los nestorianos, que era un núcleo de estudiosos que cultivaba la filosofía y la medicina, entre los cuales había numerosos sabios griegos y bizantinos. Los cristianos nestorianos se vieron obligados a huir hacia zonas más tolerantes, en las márgenes del Imperio, llevando consigo a su destierro la civilización helenística; ellos tradujeron los textos griegos y difundieron su saber por la Gran Siria, Mesopotamia y Asia Menor, fundando hacia el final del siglo V escuelas médicas de gran importancia que ejercieron en Oriente un influjo trascendente. En Edesa (hoy Urfa) fundaron dos grandes hospitales, que se convirtieron en notables instituciones para la práctica médica y la enseñanza de la medicina.

Todo ello, sin embargo, no les valió el derecho a permanecer allí y ante nuevas persecuciones religiosas debieron abandonar ese espacio desplazándose a Persia, donde se les concedió refugio y se les permitió su desarrollo.

A ello se debió el florecimiento de la famosa Academia de Gondishapur, a partir del siglo VI, donde fundaron un movimiento de traducción del griego al persa, gracias al cual fueron traducidos, una vez más, los antiguos textos griegos de medicina.

Paralelamente, a partir de 529, año en que el emperador Justiniano clausuró la Academia Neoplatónica de Atenas, se produjo

Actual Casa de la Sabiduría en Bagdad.



# Médicos escritores

**E**l doctor Denis Jaime Panozo Villarroel nació en la que denomina provincia del cobre, Chuquicamata. Hizo sus estudios secundarios en Antofagasta y de Medicina en la Universidad de Chile. Reconoce que titularse de médico no fue fácil, ya que debió compartir los estudios con trabajos que le permitiesen terminar la carrera.

Se inició en su especialidad como Técnico Anestésista en la Posta Central de Santiago, siendo alumno de quinto año, y se incorporó como anestésista y encargado del Banco de Sangre al Hospital de Los Andes en 1974. Allí ha desarrollado una destacada carrera profesional, en el Servicio de Urgencia, organizando la creación de una Unidad de Cuidados Intensivos, de la cual fue médico jefe, y con progresivas responsabilidades de jefaturas en Pabellones Quirúrgicos y Pensionado, hasta ser nombrado subdirector médico y director subrogante del hospital.

Su trayectoria le ha hecho merecedor del reconocimiento de su pares, que le consideran activo promotor de los progresos que han llevado a su establecimiento a un alto nivel de eficiencia regional. En Los Andes consolidó a su familia, con cuatro hijos y tres nietos.

Pese a su voz firme y carácter fuerte, es dueño de una especial sensibilidad, que lo han llevado a amar el valle que lo acogió, tanto como a su tierra natal. La misma sensibilidad que expresa en las letras, a través de sus publicaciones semanales en el Diario El Andino y en sus cuentos, de los cuales publicamos en esta oportunidad “Ángel Moreno”.

Este cuento es de una estructura simple, vivencial y de potente contenido humanista, características que lo hacen fácil de leer y envolvente. La tensión se desarrolla en forma graduada, lo que refuerza un final emotivo.

De los contenidos del relato se pueden deducir destacadas temáticas, como la vida de niños en una geografía árida ligada a sus habitantes, el fuerte compañerismo entre escolares amigos, el nacimiento de una vocación y el drama de gente sencilla que sublima el sufrimiento transformándolo en un símbolo de amor.

No caben dudas que el doctor Panozo posee una riqueza humanista destacada, que traduce con oficio en un estilo casi costumbrista, sencillo y fuertemente emotivo.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

Dr. Daniel Panozo

“¡Negro huevón! Atájame este chute si eres tan güeno.” Daniel había retrocedido unos tres metros para tomar velocidad y ejecutar con mayor potencia el chute. Eran dos muchachos que se entretenían, como cada día después de ir a la escuela primaria en ese gran mineral nortino llamado Chuquicamata, en su barrio Las Normas. “¡Chutea como hombre, Danny boy!” se burló Hugo, el moreno amigo con su rostro curtido, seco, descamado y enrojecido por ese viento seco nortino que todos los días azotaba al pueblo. Sus gritos de siempre rompían el silente ambiente pampino y ya los vecinos estaban acostumbrados a esos gritos de cada día, ambos eran apreciados, porque eran muchachos respetuosos, alegres y comedidos, siempre ayudaban a las vecinas cuando llegaban de las pulperías, cargadas con mercadería para la semana. Hugo era el más querido porque a pesar de ser un niño enfermizo –pasaba en control en el hospital y a veces lo dejaban varios días– nunca le faltó su sonrisa y su espíritu chispeante, que le daba un brillo especial en sus ojos, que contrastaban con su piel morena.

Abrazados, regresaban a sus casas repitiendo las tallas y payas, con sus caras llenas de alegría, y se separaban al llegar a la puerta de

# Ángel Moreno

la casa de Hugo. “Chao, Danny boy, tú sabes que a mi madre no le gusta que juegue a la pelota”, mientras Daniel sonriendo continuaba hasta llegar a su casa. “Hola, mamá”, “hola, hijo” respondía su madre cariñosamente. “Recuerda que después de bañarte tienes que estudiar”, “sí, mamá, lo tengo presente” y corría a la ducha.

Era comienzo de septiembre y el invierno no se alejaba; un viento gélido azotaba el amanecer del mineral, que mantenía su actividad las 24 horas del día, gracias a sus trabajadores que cubrían los turnos rotatorios. La plaza de armas, que estaba entre las dos escuelas primarias, en esos tiempos separadas de acuerdo al género; la iglesia al este y el campo de deportes techado al oeste, al mediodía bullía de madres que esperaban que abandonaran sus hijos las escuelas. De ese enjambre de

niños, Daniel salió junto con sus compañeros de la escuela, de reojo buscó divisar a su amigo Hugo, al no encontrarlo corrió a su hogar pensando que su amigo se había adelantado, presurosamente para comenzar a practicar. Entró rápidamente a su casa, saludó y besó a su madre y en segundos se cambió de ropa, tomó un vaso de leche y engulló un pan con queso que su madre le había preparado, a sabiendas de la rutina de su hijo. Tomó la pelota y corrió alegremente a encontrarse con su amigo.

Al llegar al sector no había ningún niño, sólo estaba Hugo preparando la cancha de esa tierra árida, colocando unas piedras grandes que señalaban los postes de los arcos. Comenzaron a chutear alegremente, pasaron los minutos, la luz comenzaba a mermar. “¡Está bueno!” exclamó Hugo, “¡tiremos penales y veremos quién es el campeón!”. Mientras decía





esto se colocó en el arco y repetía, “ya pu, Danny boy, quiero ver lo mejor de ti. Tira a matarme, no te temo, eres una guagua tierna, yo soy el campeón de todo el barrio, *naiden* me supera”, sentenció con claridad y soberbia. Daniel tomó la pelota y comenzó a contar los doce pasos desde el arco improvisado mientras contestaba, “¡ya verás, negro jetón! Me suplicarás al final para que no le pegue tan fuerte”. Se miraron de frente haciéndose muecas burlonas y Daniel comenzó a chutear –eran cinco penales por lado-. “¡Gol, gol!”, gritó Daniel, “ahora te quiero ver, negro aceituna” y se fue a colocar al arco, cruzándose con Hugo que llevaba la pelota entre sus manos mientras gritaba, “mírala ahora porque después sólo iras a buscarla al fondo”. Hugo tomó distancia y pateó arriba e izquierda. “¡Gol, mierda! ¡Ni la viste, cara pálida!” exclamó con alegría mientras corría al arco agitando sus manos mostrando alegría y seguridad. Esta vez, Daniel con la pelota en la mano iba pensativo, tratando de decidir a qué lado la iba a tirar; nuevamente se miraron burlonamente y Daniel pateó arrastrado a la izquierda, Hugo alcanzó a darse cuenta y se tiró con todo al mismo lado logrando desviarla hacia fuera, pero cayó encima de las piedras golpeándose fuerte en su zona costal izquierda. Se quedó quieto con una mueca de dolor en el rostro, pero la alegría de haber atajado superó al dolor y se levantó gritando: “¡Soy el campeón, campeón! Vamos, cara pálida, demuestra lo que sabes, si no vas para perdedor”. Nuevamente se miraron burlonamente, disparó Hugo un soberbio chute. “¡Goooooooooooooool!”, gritó con locura el moreno. Daniel rabiando fue a buscar la pelota y corriendo fue en dirección al punto para chutear, y nuevamente se miraron con muecas. Disparó un nuevo chute recto, engañando a Hugo que se arrojó para el lado izquierdo del arco. “Bien, cara pálida, pero vas abajo”.

“¡Abajo!”, repetía burlonamente Hugo mientras llevaba la pelota a la zona de disparo. “No rías, no rías porque ahora no lo haces”, “No, negrón, esta vez vas a fallar”, decía Daniel. Hugo, riendo a gritos, lanzó otro fabuloso tiro que hizo estéril la estirada de Daniel. Éste golpeó la tierra y gritó con impotencia: “¡Tuviste mucha suerte, pedazo de carbón!” Una vez más frente a frente con risas nerviosas porque sabían que faltaban sólo dos tiros. Corre Daniel y chutear con todo y vuelve a engañar a Hugo. “¡Gooool, goool! ¡Estamos iguales!”, dice riéndose Daniel. “Pero no por mucho tiempo”, replica Hugo, que corre al punto de disparo. Mira a Daniel seriamente y realizando un movimiento en falso, simulando que va a chutear, engaña a Daniel que se tira al lado izquierdo mientras el disparo va hacia la derecha. Daniel se pone de pie, enojado. “Negro tramposo, así no vale ser campeón” y corre para chutear luego. Hugo mientras se reía se colocaba en el arco y cuando se daba vuelta, ve venir la pelota que entra por el rincón derecho, mientras Daniel saltaba y gritaba el gol. Hugo, enojado replicaba: “Cara pálida tramposo, no vale”. “No vale” repetía una y otra vez. “Está bien, Danny Boy, nos queda un tiro. ¡Esta vez sin trampas, ya!”. Riéndose a carcajadas Daniel asintió con un movimiento de cabeza y se fue a colocar al arco. Se miraron riéndose, Hugo chutear con fuerza a la izquierda y la pelota rebota en la piedra y sale fuera; una mueca de desencanto cubrió su rostro, mientras Daniel festejaba su fortuna. Se miraron y se abrazaron. “Ambos somos campeones del barrio, del país, del mundo”, decían. Y mientras gritaban y se abrazaban, sin querer Daniel pasó a llevar la parrilla costal izquierda de su amigo del alma, éste se quejó y exclamó: “Puchas que son duras las piedras” y abrazando a su amigo y riéndose emprendieron el retorno a sus casas.

Daniel estaba jugando en el polvoriento patio del colegio, era el último recreo, cuando su profesora, que bajaba la escalera, se tropieza y cae espectacularmente hasta el piso del patio emitiendo gritos de dolor. Daniel corre a ver y divisa a su profesora fuera de sí por el dolor, con su pierna derecha chueca. Presurosamente acudieron otros profesores y llamaron a la ambulancia, que llegó a los pocos minutos. Bajó rápidamente un médico que la revisó y pidió a sus paramédicos unas tablillas para inmovilizar la extremidad y además le inyectó un analgésico. Daniel estaba impactado y veía con admiración a ese hombre de blanco que con destreza y sabiduría aliviaba a su profesora. Después que la ambulancia se llevó a su profesora quedó pensativo: ¿cómo sabía tanto ese doctor? También se acordó cuando iba al hospital a control y le tocaba ver tantas personas enfermas esperando a un doctor para que las sanara.

Nuevamente al salir del colegio no vio a Hugo, por lo cual corrió a su casa, pero esta vez, impresionado con lo visto, con la mente llena de preguntas: ¿qué son las enfermedades?, ¿qué poder tienen los doctores para curar? ¿quién los eligió o les enseñó? Entró a su casa pensativo. “¿Qué pasa hijo?”, preguntó su madre, “¿no vas a ir a jugar? Ahí está la leche y el pan con queso que tanto te gusta”. “Sí, mamita”, asintió y mientras se cambiaba ropa le cuenta la experiencia del colegio. Al terminar de tomarse su leche y deglutir su marraqueta tomó su pelota y partió a su distracción diaria.

Esta vez no corría, camina solamente, más rápido porque en su mente aún daba vuelta lo visto en el colegio. Llegó al sitio donde aún estaban las piedras, pero no estaba Hugo.



Comienza a realizar maniobras con la pelota. Pasaron como 15 minutos, se detiene y piensa que a lo mejor habían castigado a Hugo, pero no pierde la esperanza que pronto estaría con él jugando. Pasaron más de 30 minutos y finalmente decide ir a ver a su amigo a su casa.

Chuteando llegó hasta el frente de la casa, abrió la reja y golpeó la puerta, ésta se abrió y apareció la madre de Hugo que estaba acongojada llorando. Daniel la miró y brotó de su boca: “¡hola, señora Laura! ¿Está Hu... go...” y mientras decía estas palabras entrecortadas se da cuenta que la mamá vestía de riguroso negro y detrás de ella estaba su amigo Hugo, recostado en una caja de madera, vestido elegantemente, con su rostro pálido y sus ojos cerrados e inmóvil, rodeado de muchas personas con rostros llorosos, entre ellos su mamá, además de muchos arreglos florales. Frente a esta escena Daniel se paralizó y enmudeció. No podía creer lo que sus ojos captaban. Repentinamente corrió y corrió sin parar hasta su casa, al llegar a ella entró sin decir nada y se tiró llorando a su cama tomando su almohada y apretándola intensamente, mientras en su mente giraban miles de preguntas y su corazón se desgarraba de pena.

Lloró desconsoladamente hasta que se durmió. Al abrir sus ojitos vio a su madre sentada a su lado haciéndole cariño. “Mamá, mamá, dime por qué... ¿por qué Hugo? Si ayer estábamos jugando a la pelota felices, dime por qué”. “Hijo mío”, replica Teresa, su madre, “tengo que contarte que Hugo fue bendecido por nuestro creador”. “¿Por qué, mamá?”, saltó Daniel. “Sucede, hijo, que se produjo una vacante en el cielo, de ángel guardián, por lo

cual fue elegido entre muchos postulantes tu gran amigo Hugo, por todas sus cualidades”. Daniel solloza y murmura: “¿O sea que Hugo puede protegerme, guiarme hasta que sea un adulto?”. “Así es, hijo, él siempre estará contigo, siempre”. Daniel, pensativo, vuelve a preguntar: “¿Pero, mamá, los ángeles no son blancos?”. “No siempre, hijo. Esta vez habrá un ángel moreno”. Daniel mira a su madre y entre sollozo vuelve a dormirse.

Teresa, al salir del dormitorio iba meditando lo que Laura, la madre de Hugo le contó, que él padecía de una leucemia que estaba en tratamiento, pero le estaba estrictamente prohibido cualquier juego brusco. Ese día del golpe en el pecho, al llegar a su casa Hugo no contó nada, se bañó y se fue a su pieza a dormir. A pesar del dolor se durmió, pero al otro día al ir a despertarlo su madre se dio cuenta de la palidez y moribundo que estaba Hugo. Lanzó un alarido desgarrador, acudió el papá que llamó a la ambulancia que lo trasladó con premura al hospital, pero ya era tarde, el golpe en la zona costal izquierda le hizo una herida en el bazo que sangró lentamente toda la noche provocándole una anemia aguda severa que impidió una solución quirúrgica urgente que le salvara la vida.

Hoy Daniel es un gran médico y durante su vida estudiantil secundaria y universitaria, especialmente cuando flaqueaba en sus principios o estaba presionado por las tentaciones juveniles, siempre acudió a su amigo, a su ángel guardián, su Ángel Moreno.





Selección chilena que enfrentó la final del campeonato Mundial de Fútbol 1962.



Chile Campeón Copa América 2015 (Foto: AP).

# Campeonatos de fútbol y la experiencia chilena

Dr. Ignacio de la Torre Chamy

El sábado 6 de junio, en el Estadio Olímpico de Berlín, se vivió uno de los momentos deportivos más importantes del planeta: la final de la Liga de Campeones de la UEFA (UEFA Champions League). Esta versión tuvo un matiz especial, pues por primera vez en la historia un jugador chileno logró estar en la cancha para pelear por el título más importante de clubes del mundo. Antes estuvieron cerca de hacerlo Marcelo Salas por la Juventus (campeonato 2002-2003), quien no pudo jugar por lesión, y Mark González por el Liverpool (campeonato 2006-2007), quien estuvo en la banca en el partido final.

Este año, la final la disputaron FC Barcelona y Juventus. A la postre, el triunfo fue para el cuadro español, que venció por 3 goles a 1 a los italianos. Con este resultado, Arturo Vidal pasó a ser el primer compatriota en jugar la final y Claudio Bravo, aunque vio el partido desde la banca, se convirtió en el primer chileno en ganar la Champions League.

Unos días más tarde, en los remozados estadios chilenos, se dio inicio a la Copa América, competición que reúne las diez selecciones de la Confederación Sudamericana de Fútbol y dos equipos invitados –este año, Jamaica y México–. Éste es el torneo vigente de selecciones de países más antiguo del mundo y es visto por millones de personas de 185 países. Ésta es la séptima vez que Chile es su anfitrión, antes lo fue en 1920, 1926, 1941, 1945, 1955 y 1991. En las estadísticas, tenemos al jugador con mayor número de presencias, Sergio Livingstone, quien defendió 34 veces a Chile; tenemos 4 segundos lugares (1955, 1956, 1979 y 1987) y 5 terceros; y

al final de esta versión, el Estadio Nacional es el recinto en el que más partidos se han disputado. En contraste, registramos algunas de las peores marcas deportivas: somos la selección que acumula el mayor cantidad de derrotas y junto a Ecuador y Venezuela éramos las únicas sin ganar el certamen, pese a haber participado regularmente desde su fundación.

## ¿SOMOS BUENOS PARA EL FÚTBOL? QUÉ DICEN LOS NÚMEROS

Al observar la importancia que nuestro país le da al fútbol y tras revisar la cobertura periodística de ambas competiciones, llaman la atención nuestros magros resultados en esta disciplina. A continuación incluimos más cifras para tratar dilucidar qué tan buenos somos para el fútbol.

De las 20 versiones del Campeonato Mundial sólo hemos participado en 9. De ellas, sólo en dos ocasiones de forma sucesiva 1962-1966 y 2010-2014. Hemos disputado 33 encuentros, de los cuales sólo hemos ganado 11, empatado 7 y hemos conocido la derrota en 15. Nuestro registro indica 40 goles a favor y 49 en contra. Nuestros mayores goleadores han convertido 4 anotaciones en un Mundial mientras que el récord lo tiene Miroslav Klose con 16 tantos en Brasil 2014. Sin lugar a dudas nuestro mejor resultado sigue siendo el tercer lugar del año 1962.

En el circuito continental, sólo un equipo chileno ha ganado la competición de clubes profesionales más importante de nuestro

continente, la Copa Libertadores de América: Colo Colo, en 1991. Y de 55 ediciones, sólo en 5 hemos sido sub campeones.

Hay que destacar que desde el año 2008, Chile ha logrado mantener una nómina de jugadores que se ha consolidado a nivel internacional, consiguiendo clasificar a los dos últimos mundiales y adquiriendo experiencia en instancias importantes, lo que puede ser fundamental con miras a obtener otros logros luego del triunfo en la pasada Copa América.

La otra cara de la moneda la representa el alto interés que los chilenos tenemos por consumir fútbol. El canal que transmite el campeonato nacional de este deporte, CDF, está presente en 2.7 millones de hogares chilenos, y su señal Premium en 800 mil. Este canal es el de mayor valor en nuestro país (cerca de 1000 millones de dólares, mientras Chilevisión se estima cerca de 155, Canal 13 130 y Megavisión 180), registrando ganancias anuales cercanas a los US\$65 millones, que se contraponen con los resultados negativos de las otras señales. En un diseño bastante inédito, la Asociación Nacional de Fútbol Profesional (ANFP) es dueña del 79%, lo que permite que las ganancias obtenidas sean distribuidas entre los clubes pertenecientes a esta asociación (la forma de distribuirlas fue una de las polémicas que desató la salida de Harold Wayne-Nicholls de la presidencia de la ANFP).

## EN CONCLUSIÓN

Tras la revisión de estos datos, y como chilenos amantes del fútbol, costará admitir que,



Claudio Bravo, primer chileno campeón de la Champions League.

pese a que el periodismo deportivo se esfuerce en hacernos creer lo contrario, no hemos podido cosechar suficientes títulos que avalen nuestra calidad futbolística.

En este sentido, las esperanzas están puestas en esta generación de futbolistas, que se ha consolidado a nivel de la selección y que ha interactuado con regularidad, lo que les da un importante conocimiento de juego conjunto. Ellos son el resultado de una revolución iniciada por la dupla de Wayne-Nicholls/Bielsa que logró acelerar el paso hacia la profesionalización del deporte: clubes regulados por ley, equipos con sus planillas al día, incorporación de cuerpos médicos, jugadores con previsión y salud en sus contratos y un seguro para enfrentar lesiones, y entrenadores formados y titulados. A ello se suma la inversión estatal en mejores recintos deportivos, en un proceso que debe potenciarse con mejores torneos de divisiones menores, el desarrollo de una mejor y más competitiva Liga Universitaria Nacional, la difusión de las ligas amateur regionales y sus campeonatos nacionales con miras a generar una mayor masa crítica desde donde surjan las estrellas del futuro.

Si logramos acumular estas experiencias y trabajamos arduamente con los más jóvenes tal vez podamos cosechar más triunfos, no como algo fortuito sino como el corolario de un proceso serio y comprometido. Tal como nos reiteraba un profesor en nuestros tiempos de estudiantes en la Escuela de Medicina: “Sólo en el diccionario el éxito antecede al trabajo, en la vida se debe trabajar arduamente para alcanzar nuestras metas”.

## BECA DE EXCELENCIA DEPORTIVA UV

Tras varios años de esfuerzo de Carlos Céspedes Chaparro, el Departamento de Educación Física, Deportes y Recreación (DEFIDER) de la Universidad de Valparaíso dio inicio a una beca para el financiamiento de la matrícula y parte del arancel de los estudiantes destacados en disciplinas deportivas que cursan pregrado en esta casa de estudios. Esta ayuda es posible mediante aportes directos de funcionarios, docentes, ex alumnos y del presupuesto del DEFIDER y en su versión 2015, benefició a 21 deportistas destacados de diversas disciplinas.

Varios de nuestros colegas de la región se han destacado en la práctica deportiva durante su formación de pregrado y postítulo, y algunos de ellos han sido reconocidos a nivel regional y nacional. Daniela Fuentes y Felipe Aninat en natación, Sebastián Fuentes y Álvaro Ríos en tenis, Franz Kosche en karate son algunos de los que han defendido con esfuerzo, trabajo y sacrificio los colores de la UV.

Quienes deseen apoyar el financiamiento de deportistas universitarios pueden contribuir económicamente mediante depósito bancario, aporte que está sujeto al beneficio tributario de la Ley de Donaciones, lo que permite descontar un porcentaje de los impuestos anuales.

**Titular:** Universidad de Valparaíso  
**RUT:** 60921000-1  
**Cta. Cte.:** 66812766 Banco Santander  
**Asunto:** Donación DEFIDER  
**Email:** defider@uv.cl

Indicar en el mail si requiere certificado de franquicia tributaria, incluyendo nombre completo, razón social, RUT, email y dirección.

Colo Colo, campeón de la Copa Libertadores de América 1991.



Dr. Álvaro Ríos (izquierda) y Dr. Sebastián Fuentes (centro), campeones nacionales universitarios de tenis.



# Comenzar a observar el cielo

## Descubriendo la astronomía – II parte

**Dr. Vicente Carrillo Andrades**

Llegar a conocer el cielo nocturno es cuestión de tiempo, paciencia y dedicación. Para iniciarse en la astronomía observacional sólo se necesitan ganas y muy pocos elementos.

El ojo es nuestro primer equipo de observación, pero debemos saber que la visión debe adaptarse a la oscuridad. El ojo produce una sustancia química, la Rodopsina, que después de un proceso de 15 a 30 minutos, aumenta la sensibilidad del ojo varios centenares de veces. Por eso cuando estamos en oscuridad total observando el cielo en un lugar apartado de contaminación lumínica, parece que cada vez vemos más estrellas. Pero si se recibe luz blanca, la Rodopsina se disipa y debemos volver a empezar. La luz roja es la única que no afecta a la Rodopsina y por lo tanto usaremos sólo luz de ese color para consultar mapas.

Como primer instrumento podríamos comenzar con un par de prismáticos. Tienen menor capacidad de aumento que un telescopio, pero tienen mayor campo de visión.

Los prismáticos se clasifican por su grado de aumento y el diámetro de apertura, en milímetros, del lente frontal. Yo uso un Carson 3D 10x50 (aumenta 10 veces la imagen y tiene 50mm de apertura), que permite una visión espléndida de planetas y constelaciones, sin perder la orientación en el cielo. Para impedir las vibraciones, conviene fijarlos a un trípode fotográfico.

### ¿QUÉ OBSERVAR?

La **Luna** es un objetivo fácil y lo primero que observamos. Descubrir la Luna con prismáticos o telescopio es apasionante y sorprendente, como lo fue para Galileo, el primero en emplear un telescopio en la observación astronómica.

Si sabemos dónde mirar seremos capaces de ver, a simple vista o con prismáticos,

hasta cinco de los ocho **planetas** de nuestro Sistema Solar: Mercurio, Venus, Marte, Júpiter y Saturno. Los demás son visibles sólo con ayuda de un telescopio.

La palabra “planeta” proviene del latín *planeta*, que a su vez deriva del griego *πλανήτης*, y significa “estrella errante”. Precisamente eso parecen, estrellas que se mueven, a diferencia de las “fijas”. Como giran alrededor del Sol, encontraremos a los planetas en la eclíptica, que es el camino que “sigue” el Sol en el firmamento. Mercurio y Venus, siendo planetas interiores, se localizan cerca del Sol. Venus es conocido como el “Lucero del alba” y es muy brillante. Marte parece una estrella roja y es más difícil de ver. Júpiter está casi siempre visible y es muy brillante; al observarlo con anteojos de larga vista se pueden “descubrir” sus 4 lunas más grandes: Io, Ganimedes, Calixto y Europa.

Saturno también es visible todo el año y tiene el aspecto de una estrella amarillenta. Si intentamos observar en la ciudad contaremos

unas 50 **estrellas**, pero en una noche sin luna y alejados de la urbe podremos llegar a contar unas 2.500, hasta una magnitud 6.5 que es el límite de visión del ojo.

Para saber cuántas estrellas hay en la bóveda celeste, se observa el cielo estrellado a través de un agujero de 12 cm situado a 30 cm del ojo y se cuentan las estrellas. Se repite en diferentes zonas y se saca la media. Luego se multiplica por 100 y se tiene así una aproximación del número de estrellas en “toda” la bóveda celeste.

El astrónomo griego Hiparco estableció un sistema para diferenciar la magnitud de las estrellas, siendo la más brillante 1 y la menos 6. Hoy existe una clasificación más amplia, con decimales e incluso con números negativos.

Por ejemplo, Sirio tiene -1.46 y el Sol -28. Es importante insistir que el Sol debe observarse siempre con gafas especiales; aun con protección la observación no debe extenderse



Cómo orientarse mirando las estrellas.



App Night Sky.

por más de algunos minutos.

Las estrellas están extremadamente lejos de nuestro Sistema Solar. La más cercana es Próxima Centauri a 4,2 años luz. Alfa Centauri A y B está, a 4,39, la estrella de Barnard a 5,94, Sirio A y B (es doble) a 8,6.

**Un año luz (al)** es la distancia que recorre la luz en un año y equivale a 9.460.536.000.000 km.

Para orientarnos mirando las estrellas en el Hemisferio Sur, debemos localizar la Cruz del Sur. Las estrellas de la barra mayor son Gama y Alfa. A partir de Alfa, se cuenta 4,5 veces la distancia Gama-Alfa y localizamos así el Polo Sur Celeste, que es el punto imaginario donde el eje de rotación de la Tierra toca la esfera celeste; al rotar la Tierra hacia el Este, todo el firmamento parece girar hacia el Oeste.

Para determinar la posición de los objetos astronómicos en el cielo, se utiliza un sistema imaginario de coordenadas celestes fijas, semejante al de latitudes y longitudes geográficas. Este sistema considera el cielo alrededor de la Tierra como una esfera imaginaria de radio infinito, dividida en círculos paralelos que la cruzan de Este a Oeste y que se conoce como Declinación (Dec, que mide ángulos en grados, minutos y segundos); y en arcos, que van de Norte a Sur, indicando Ascensión Recta (AR, que son 24 arcos que se miden en horas, minutos y segundos). Cenit se denomina a la proyección vertical de cualquier punto donde estemos y Nadir su opuesto bajo nuestros pies.

Binoculares 3D Carson 10/50.



Una **forma sencilla de medir los grados** es usar las dimensiones de la mano:

- ancho del pulgar: 2°
- ancho del puño: 10°
- distancia del pulgar al meñique la mano extendida: 20°

Desde tiempos remotos las estrellas han sido organizadas en **constelaciones**, creando figuras que cada civilización interpretaba a su manera. Están compuestas por estrellas que pueden estar a mucha distancia unas de otras, pero que nos permite organizar el cielo para su estudio. Las cartas modernas reconocen 88 constelaciones, entre ellas, las que incluyó Ptolomeo en el año 150. Para observarlas lo más práctico es utilizar cartas que permiten reconocer las constelaciones según la fecha, tanto para hemisferio norte como sur.

Más allá de los planetas más lejanos está la Nube de Oort, donde residen los **cometas**, que cada cierto tiempo visitan nuestro cielo nocturno. Un cometa es un cuerpo frío de algunos kilómetros de diámetro, con aspecto de una gran y sucia bola de nieve. A medida que se acerca al Sol se forman las colas. El cometa más conocido es el Halley que nos visita cada 76 años.

En el próximo número de *Panorama Médico* abordaremos la observación con telescopios.

### RECURSOS TECNOLÓGICOS

Hay numerosos **programas gratuitos** que ayudan al astrónomo amateur.

Entre los más conocidos se encuentran:

- Cartes du Ciel: <http://www.ap-i.net/skychart/es/start>
- Stellarium: <http://stellarium.org/es>
- The Sky: <http://www.seasky.org/sky.html>
- Google Sky: <http://www.google-sky.es>
- Astrométrica (para hacer astrometría): <http://www.astrometrica.at>

También existen varias **aplicaciones para smartphones** muy fáciles de operar. Basta con apuntar al cielo y la aplicación muestra los nombres de los elementos dentro del campo de visión del smartphone.

- Night Sky
- Start Walk
- SkyPortal (Celestron)
- Distant Suns
- Planetas
- PPTU (Portal to the Universe)



App SkyPortal.



## “Mi experiencia como médico general de zona”

Concurso Literario 2015  
Consejo Regional Valparaíso – Colegio Médico de Chile

### Tema:

Relatos relacionados con la experiencia como Médico General de Zona.

### Plazo para el envío de los trabajos:

Martes 13 de octubre de 2015.

### Premios:

Primer lugar: 2 pasajes a Buenos Aires

Segundo lugar: 1 iPad mini Wi-Fi 16GB

La premiación de los relatos ganadores se realizará durante la celebración del Día del Médico 2015.

### Bases disponibles en:

[www.colegiomedicovalparaiso.cl](http://www.colegiomedicovalparaiso.cl)



NUEVO CONVENIO



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](mailto:info@netcomputacion.cl) / [www.netcomputacion.cl](http://www.netcomputacion.cl)



Authorized Reseller

Authorized Service Provider

NetMaker  
Una solución real

FileMaker  
BUSINESS ALLIANCE

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](mailto:info@netmaker.cl) / [www.netmaker.cl](http://www.netmaker.cl)

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

## Convenio de atención odontológica



Colegio Médico de Chile  
Consejo Regional Valparaíso

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

Rebaja de 50% sobre el arancel del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile. Se exceptúan tratamientos que involucren costo de laboratorio, injertos, implantes o aditamentos, que son realizados por prestadores y proveedores externos.

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

Balmaceda 183, of 201, Reñaca  
Teléfonos: (9) 95525938 / (32) 2589515  
[www.dento-renaca.cl](http://www.dento-renaca.cl) / [contacto@dento-renaca.cl](mailto:contacto@dento-renaca.cl)

# 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](http://www.sbif.cl)

**Itaú**