

PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 25 N° 104 / Diciembre 2015



**La crisis de la salud pública
en Chile**

**“Los medicamentos
deben ser un bien social y
no de consumo”**

**Ética: elegir con
sabiduría**



Día del Médico 2015

Palabras del presidente

¿Es posible la delegación del acto médico?



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

Es un hecho conocido que los médicos especialistas, y últimamente incluso los médicos generales, están renunciando a trabajar en el sector público de salud. Hoy no es novedad, como ejemplo, que casi todos los cargos de médico internista de las unidades de emergencia están ocupados por colegas de medicina general, y que aun así hay vacantes. Esto ha resentido la calidad de la atención de los pacientes, especialmente los más graves, que llegan a los servicios de emergencia de los grandes hospitales. El riesgo para los enfermos es alto, incluido el riesgo vital.

Las razones fundamentales esgrimidas por los médicos para irse son las pésimas condiciones de trabajo reflejadas en carencias básicas de recursos e insumos, una presión desmedida de los directivos para cumplir metas inalcanzables, y un público cada vez más demandante que provoca una frustración profesional permanente que los galenos no están dispuestos a soportar. Curiosamente, el sueldo –que siempre ha sido bajo– no es el problema principal que está empujando a los médicos a irse.

El problema ha afectado fundamentalmente a los dos últimos gobiernos: el de Piñera y el actual de Bachelet, donde han aparecido diversas ideas para paliar el problema, las que no han pasado de ser simples tretas o tácticas

para tapar el sol con un dedo. Desde viajes de ministros de Salud a España para tentar a los médicos ibéricos a venirse, como también permitir que médicos titulados en el extranjero puedan trabajar sin EUNACOM e incluso sin título revalidado –usando para ello un resquicio del Código Sanitario que permite que los seremis autoricen su desempeño en lugares aislados (como Viña del Mar, según este resquicio legal)–, hasta ideas peregrinas como traer verdaderos ejércitos de médicos cubanos mediante convenios pagados por nuestro ya escuálido erario nacional, como algún senador está proponiendo.

Ahora último ha aparecido otra idea: la delegación del acto médico, que consiste en que profesionales no médicos realicen funciones que hasta hoy son de exclusividad médica. Ya vivimos esta situación con los optometristas, donde los oftalmólogos debieron permitir que tecnólogos médicos asumieran el diagnóstico y manejo de los vicios de refracción. Otro caso –y permitido por los propios gineco-obstetras– son las ecografías de “embarazo normal” hechas por matronas.

El subsecretario de Salud Pública, Dr. Jaime Burrows, está en un intenso esfuerzo para delegar la ultrasonografía a los tecnólogos médicos “con supervisión médica”. Este examen es especialmente operador-dependiente y lo que importa mucho aquí es el conocimiento de clínica

y de fisiopatología, así como la experiencia profesional de quien lo realiza, puesto que lo principal en el procedimiento es la búsqueda de la imagen genuina mediante el transductor y no la fotografía final. Se pretende, por simple resolución, hacer esta delegación desoyendo todas las recomendaciones y consejos especializados. Seguramente la angustia por solucionar listas de espera u otras demandas ciudadanas en el sistema público hace perder el norte a la autoridad. Lo que ésta no ha previsto es una consecuencia no deseada en el ámbito de la medicina privada: la aparición de incentivos perversos con el surgimiento de verdaderas industrias que permitirán a profesionales poco escrupulosos firmar diariamente cientos de “exámenes supervisados”, logrando pingües ingresos pero reduciendo la calidad y seguridad del examen.

Hay recomendaciones sobre la delegación del acto médico emitidas por la Asociación Médica Mundial que es necesario que todos los colegas conozcan y que tenemos disponible en el sitio web del Regional. En ellas se describe la tendencia mundial al respecto: qué es delegable, cuándo hacerlo y cómo salvaguardar los estándares de calidad y seguridad cuando se delega. Como Colegio Médico no cederemos en velar por el correcto ejercicio de nuestra profesión, teniendo siempre como norte la seguridad de nuestros pacientes.

Las imágenes y textos contenidos en esta ficha fueron elaborados con fines ilustrativos y no constituyen necesariamente una representación de la realidad. Lo anterior en virtud de lo dispuesto en la Ley 19.172.

Cochón, Reñaca

**LANZAMIENTO
DEPARTAMENTOS
DE 1 y 2 DORMITORIOS**

TODOS CON VISTA AL MAR · EXCELENTES TERMINACIONES
GRAN ASOLEAMIENTO · INSUPERABLE UBICACION

**COMPRE
HOY
SIN IVA
2015**

MAR Y CIELO PARA DISFRUTAR INFINITAMENTE

**BORDE
COCHOA**
APARTMENTS

**PLAYA
MANSA**
INMOBILIARIA



CONTACTOS: ASILVA@PLAYAMANSA.CL | T: 7769 0967

En esta edición

Diciembre 2015

Palabras del Presidente

¿Es posible la delegación del acto médico?

1

Editorial

Qué y a quién representa el Colegio Médico en Chile

3

Día del médico

Homenaje a profesionales con 50 años de trayectoria

4



Histórica asistencia en la celebración del Día del Médico

6

Gremial

La crisis de la salud pública en Chile

10

Fundamentos del alza de la cuota gremial

15

“Los medicamentos deben ser un bien social y no de consumo”

16

Breves

18

Ética

Elegir con sabiduría

20

Historia de la medicina

Sobre la medicina mágica y empírica de las sociedades indígenas

22



Médicos escritores

“El viejito de la bicicleta”
Dra. Daniela Konrad

24



Misceláneo

Descubriendo la astronomía – IV parte

28

Cartas al director

31

Obituario

32

Editorial

Qué y a quién representa el Colegio Médico en Chile

Un colegio profesional debe velar por la defensa del correcto ejercicio de la profesión, resguardando el actuar ético y las condiciones adecuadas para el desempeño de sus colegiados, siendo por ley la única institución que puede representar a éstos frente al país. Es parte de su naturaleza el interés público, dado que, en nuestro caso, el interés profesional involucra la salud de las personas, que es un bien o un derecho de la sociedad.

En Chile, el Colegio Médico es más que un mero colegio profesional, pues también hace las veces de sindicato y en otras ocasiones de asociación profesional, pues nuestra institución también se dedica a pelear por lo referente a las gratificaciones por el ejercicio profesional, participando en la defensa de los ingresos de los médicos tanto en el sector público como privado, velando por el reajuste de los aranceles de FONASA o de los sueldos en los hospitales y centros de atención públicos. Lo que vendría a ser una labor más propia de los sindicatos o las asociaciones gremiales, en Chile está ampliamente resguardada por el Colegio Médico propiamente tal (independiente de la existencia de las asociaciones gremiales). Además, nuestro colegio también hace las veces de asociación profesional, preocupándose por las necesidades particulares de los socios en distintos ámbitos; es así como tiene clubes de campo, talleres, asistencia tributaria, fondo solidario y una serie de beneficios para sus asociados, que en condiciones normales correspondería ofrecerlas a otro tipo de instancias y no necesariamente al Colegio Médico.

Hechas estas aclaraciones, a quienes conocemos el funcionamiento de esta institución nos llama la atención cuando los colegas preguntan qué hace el Colegio Médico por ellos; porque la respuesta es evidente: mucho, quizás demasiado. Ahí es donde nace la pregunta que motiva este editorial. Más que qué hace el Colegio Médico –como cuestionando si hace algo o no–, la pregunta debiera ser si lo hace bien o no.

A través de las diferentes ediciones de Panorama Médico, así como también por medio del sitio web del Regional y nuestras cuentas oficiales en redes sociales, pretendemos mostrar a nuestros socios las distintas actividades que hemos venido realizando como Colegio. Esperamos que los colegiados se interioricen sobre lo que realizamos, formen su propia opinión respecto a cómo lo hacemos y se motiven a participar en las actividades gremiales y a construir un mejor Colegio Médico.



Dr. Humberto Verdugo Marchese
Director Panorama Médico

PANORAMA
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 25 – Número 104 – Diciembre 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, Dra. Daniela Konrad, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia / 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.

En el marco del Día Internacional del Médico, el Regional Valparaíso reconoció la trayectoria de los profesionales que durante 2015 cumplieron cinco décadas dedicados a la práctica médica.



Médicos homenajeados: doctores Alfonso Aguirre, Julio González, Jorge Quirós, Gloria Solá, Osvaldo Leppe, Edgardo Tomasello y Francisco Cabezas.

Homenaje a profesionales con 50 años de trayectoria

El 3 de diciembre se conmemora en gran parte de Latinoamérica el Día Internacional del Médico. Instaurada en 1946 por recomendación de la Confederación Médica Panamericana, la fecha recuerda el natalicio del médico cubano Carlos Juan Finlay, quien demostró la transmisibilidad de la fiebre amarilla a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*.

Desde hace muchos años, Chile adhiere a esta celebración realizando a lo largo de todo el país diversas actividades conmemorativas. En nuestra región, una de estas instancias fue una emotiva ceremonia en la que se reconoció a los médicos que durante 2015 cumplieron 50 años ejerciendo la medicina.

La actividad –que tuvo lugar en el auditorio “Dr. Patricio Cancino Ahumada” del Colegio Médico Valparaíso–, se inició con el saludo del presidente regional de la Orden, Dr. Juan Eurolo Montecino, quien destacó los valores éticos de los médicos homenajeados y el férreo compromiso que cada uno tiene hacia sus pacientes.

“Nos congratulamos de homenajear a una generación para quienes la ética y

el compromiso con los pacientes han sido tan importantes como la propia medicina. Ustedes son parte fundamental de la historia médica de nuestra región. Sabemos que dejaron una importante parte de sus vidas en los pacientes y en las instituciones en las que se desempeñaron. Y es por ello que el reconocimiento a sus cinco décadas de profesión tiene especial significado. A todos ustedes nuestra sinceras felicitaciones y nuestro sentido homenaje”, indicó.

Luego de la intervención del presidente regional se llevó a cabo la entrega de las distinciones, tras lo cual y en representación de los homenajeados, el Dr. Julio González Pardo dedicó unas sentidas palabras, señalando que la suya no es la mejor ni la peor generación de médicos, sino una generación diferente, que tuvo que hacer frente a una vertiginosa transición histórica desarrollada en la segunda mitad del siglo XX.

El Dr. González también recordó los desafíos que tuvieron que enfrentar y superar desde que iniciaron su vida laboral en la región. “Aquí nos tocó incorporarnos a un campo laboral que al igual que en otras partes del país con los años se había ido haciendo más competitivo y exigente en rendimiento

y eficiencia. Aquí tuvimos que enfrentarnos a una medicina institucionalizada, cada vez más compleja y burocrática, estructurada en base a nuevos principios de atención colectiva y piramidal, con mucho énfasis en la gestión empresarial. Conocimos y tuvimos que participar de la medicina privada organizada, que debilitó a la medicina pública y manipuló a los médicos. Tardamente nos hicimos conscientes del deterioro de las condiciones de trabajo de los médicos en los servicios públicos y de la pérdida de confianza de los enfermos. Pero a pesar de todas las dificultades, tenemos la certeza de haber colaborado en mejorar los índices de salud de la región y el país, y la calidad técnica de la atención de nuestros pacientes”, señaló.

La ceremonia cerró con un broche de oro: la presentación del destacado concertista en guitarra Antonio Rioseco, quien junto a su alumno Juan Riquelme deleitaron a los presentes con la interpretación de piezas clásicas en dúo de guitarra.

Tras este cierre musical, la concurrencia compartió un cóctel de camaradería, instancia ideal para el reencuentro entre viejos amigos y compañeros de universidad.



Dr. Edgardo Tomasello y familia.



Dr. Osvaldo Leppe y familia.



Dra. Gloria Solá y familia.



Dres. Alfonso Aguirre y Francisco Cabezas junto a sus esposas.



Dr. Jorge Quirós y familia.



Dres. Julio González, Jorge Quirós y Juan Eurolo.



Dres. Frano Vazón (secretario Regional Valparaíso), Francisco Cabezas, Saúl Zúñiga (tesorero Regional Valparaíso) y Hugo Reyes (consejero nacional).



El maestro Antonio Rioseco y su alumno Juan Riquelme.



Histórica asistencia en la celebración del Día del Médico

Más de setecientas personas llegaron al Casino de Viña del Mar, a la cena bailable organizada por el Regional Valparaíso para celebrar el Día del Médico.

Además de la ceremonia de homenaje a los médicos que cumplieron 50 años de ejercicio, el Regional Valparaíso también organizó una cena bailable para todos sus socios en el Casino de Viña del Mar.

El presidente regional, Dr. Juan Eurolo dio la bienvenida a los más de setecientos asistentes y destacó la organización de esta fiesta, la más grande realizada hasta ahora por el Regional.

A continuación, el tesorero general del Colegio Médico, Dr. Sergio Rojas, saludó a la concurrencia en nombre de la Mesa Directiva Nacional. Junto con agradecer el apoyo del Regional Valparaíso a la gestión de la actual directiva, destacó que el Colegio Médico hoy cuenta con la más alta afiliación de su historia, superando los 23 mil colegiados.



Dirigentes del Colegio Médico: doctores Juan Eurolo (presidente regional), Sergio Rojas (tesorero general), Frano Vazón (secretario regional), Hugo Reyes (consejero nacional) y Luis Vellozo (secretario general).

Tras el saludo de los dirigentes, se procedió a la entrega de una distinción a los profesionales con 25 años de trayectoria.

En el marco del 60° aniversario de la iniciativa Médicos Generales de Zona, y como un reconocimiento a la abnegada labor de quienes se han desempeñado en lugares alejados de las grandes ciudades, el Consejo Regional Valparaíso invitó a los médicos que son o han sido generales de zona a participar de un concurso literario en el cual compartir sus experiencias.

El jurado estuvo conformado por los doctores Eduardo Bastías y Guillermo Witto, y el escritor porteño Marcelo Simonetti. Tras revisar y evaluar los trabajos recibidos, resolvieron conceder el primer lugar al relato "El viejito de la bicicleta", de la Dra. Daniela Konrad Segura, y el segundo al cuento

"Contrastes", del Dr. Guillermo Arístides Fuentes.

El primer lugar obtuvo dos pasajes a Buenos Aires y el cuadro "Atacama" del reconocido artista nacional Alfredo Castro, gentileza de RentArt, mientras que el segundo lugar se hizo acreedor de un iPad mini. Además, ambos cuentos serán publicados en revista Panorama Médico.

Tras las premiaciones vino la sorpresa de la noche: la presentación del humorista nacional Álvaro Salas. El denominado "rey del chiste corto" no defraudó y deleitó a los asistentes con una rutina de chistes sobre la contingencia nacional.

Luego del humor se sortearon diversos premios entre los asistentes. Y para finalizar esta gran celebración, los médicos bailaron y disfrutaron al ritmo de la Orquesta Casino.

Homenajeados por 25 años de trayectoria



Doctores Juan Pablo Barrios, Andrés Vera, Claudio Cisterna, Gonzalo Gallegos, Marcela Desmond, Eduardo Oyaneder y Rodrigo Corvalán.



Dr. Frano Vazón entrega el reconocimiento al Dr. Alfredo Silva.



Dr. Juan Eurolo entrega la distinción a la Dra. Petra Ramos.



Dr. Alejandro Fleming recibe la distinción de manos del Dr. Kurt Cárcamo, vicepresidente del Regional Valparaíso.



Dra. Eugenia Torres recibe la distinción de manos del secretario del Regional Valparaíso, Dr. Frano Vazón.



1° lugar concurso literario, Dra. Daniela Konrad.



2° lugar concurso literario, Dr. Guillermo Arístides.



Dr. Juan Haberland ganador del sorteo de Banco BCI.



Algunos asistentes disfrutando de la velada



Una de la ganadoras recibe su premio de manos del Dr. Humberto Verdugo Marchese (consejero regional).

Dr. Hugo Reyes (consejero nacional) entrega el premio a uno de los afortunados ganadores.

Dr. Ignacio de la Torre (consejero regional) hace entrega de uno de los premios sorteados.



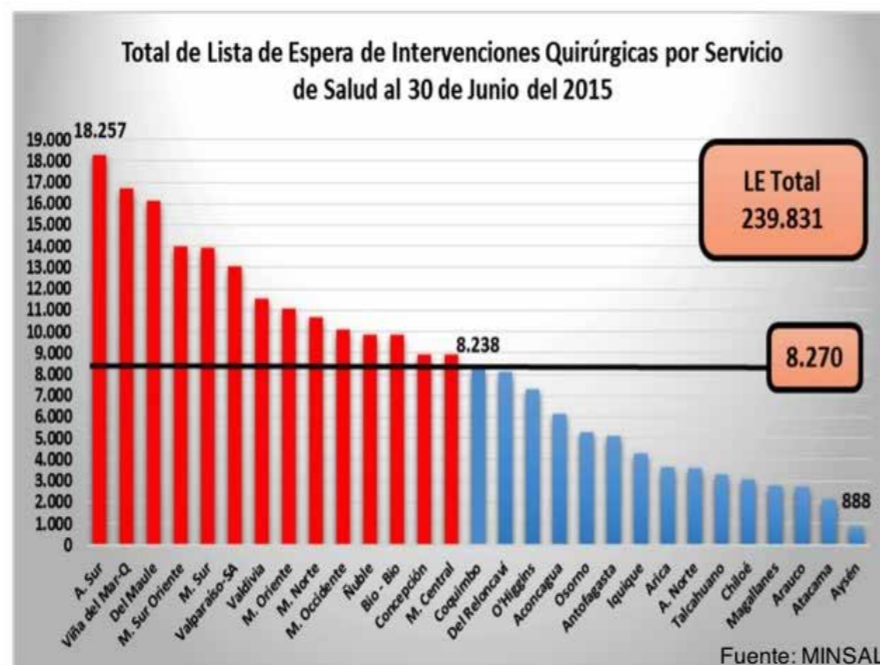


La crisis de la salud pública en Chile

La transición demográfica y epidemiológica, una infraestructura deficiente, recurso humano insuficiente, un déficit financiero y una falta de planificación proyectiva son algunos de los factores que explican el desastre que hoy tenemos en nuestra salud pública.

Junto con la educación y la delincuencia, la salud se perfila como uno de los tópicos más importantes para la ciudadanía. Así lo indican los resultados de las últimas encuestas de opinión, las que además revelan el descontento generalizado de la población en relación con la salud pública. La gente no está satisfecha con lo que recibe en los hospitales, donde la atención médica a las personas se ha vuelto deficitaria, pese al aumento en las inversiones y un mayor gasto en el sector.

Un detallado análisis de los temas más relevantes y críticos de esta crisis fue el que realizó ante el Consejo Regional Valparaíso el consejero nacional, Dr. Hugo Reyes, quien explicó que un claro ejemplo de la crisis en salud es que actualmente existen 1,5 millones de personas en espera de consulta con un especialista y más de 239 mil personas esperando ser intervenidas. “Junto con ello, tenemos los servicios de urgencia hospitalaria habitualmente colapsados. Eso es una vergüenza. Y lo más grave de todo es que ya no nos llama la atención ver, por ejemplo, a pacientes hospitalizados en sillas. Lo encuentro grave porque como médicos no podemos perder la autocritica ni la capacidad de asombro”, manifiesta.



De acuerdo al análisis hecho por el consejero nacional, algunos de los factores que explicarían el desastroso escenario de la salud pública en Chile son la transición demográfica y epidemiológica, la infraestructura deficiente, el recurso humano insuficiente y el déficit financiero, entre otros.

1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

De acuerdo a los datos entregados por el Ministerio de Salud, en pocos años la cantidad de personas mayores de 60 años va a igualar a la de menores de 15 años.

“Los índices de envejecimiento (nº de > de 60 años por 100 < de 15 años) aumentaron a una velocidad extraordinaria. Ni siquiera Europa lo vivió con la velocidad con que la estamos viviendo nosotros. Eso va a asociado a la disminución de las enfermedades entéricas, las transmisibles y las carenciales, y al aumento de las enfermedades asociadas al estilo de vida y el desarrollo económico: enfermedades crónicas, cáncer, accidentes y salud mental. Por tanto, las políticas de salud que se implementen en el futuro tienen, necesariamente, que dirigirse en esa dirección, hacia la atención de esas patologías”, explica.

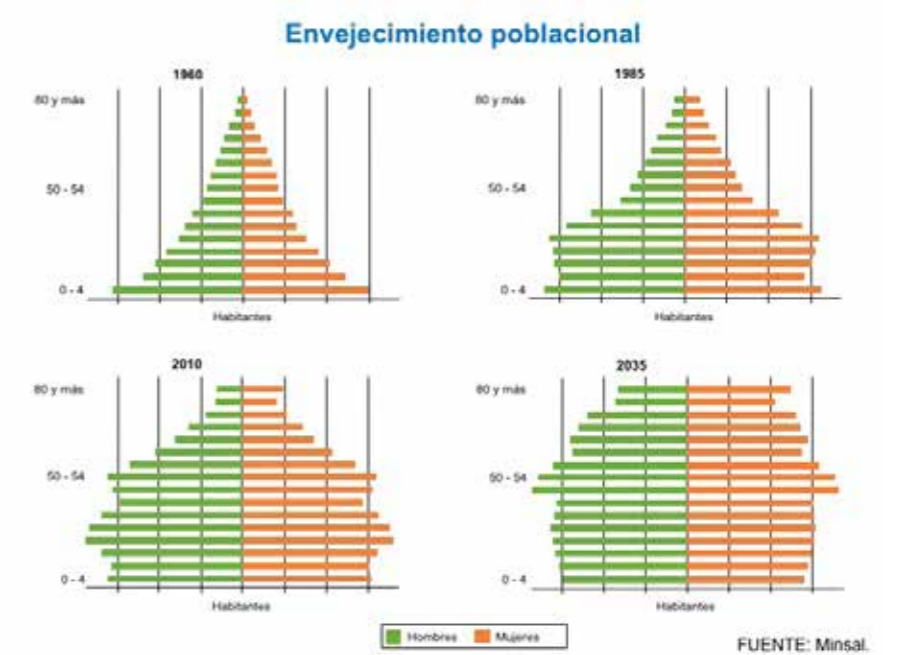
2. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Otro aspecto de esta crisis es la evolución epidemiológica que ha experimentado nuestro país, donde las enfermedades del sistema circulatorio (28%) y los tumores malignos (24%) constituyen la mitad de nuestras causas de muerte.

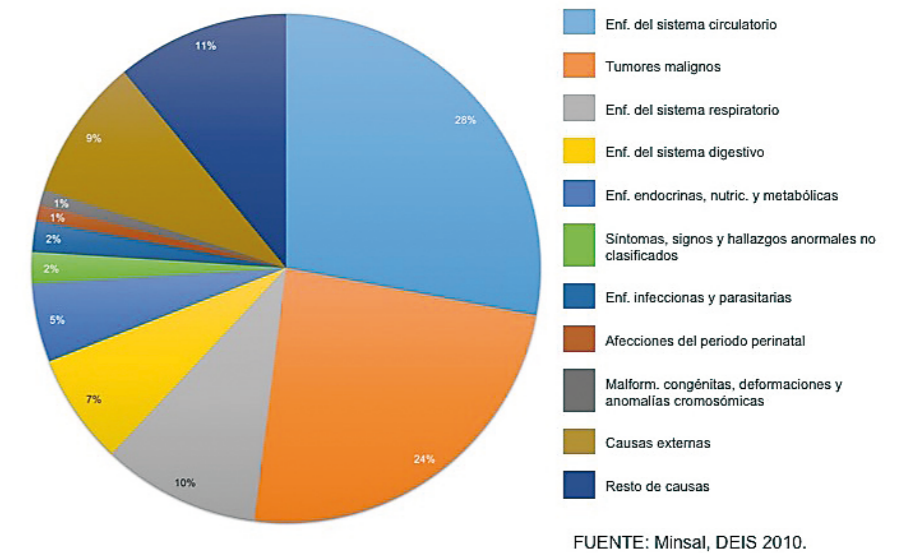
A ello se suma la multimorbilidad, estimándose que hay un 75 por ciento de pacientes sobre los 65 años, que tiene al menos 2 enfermedades crónicas (Encuesta Nacional de Salud, 2009-2010), entre las que se cuentan: obesidad, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, depresión, enfermedades cardiovasculares sintomática, dislipidemia, enfermedad musculoesquelética no traumática, enfermedades respiratorias, bebedor perjudicial o dependiente del alcohol, dependencia al tabaco, disfunción tiroidea, elevación de enzimas hepáticas, enfermedad celíaca y deterioro cognitivo. “El problema aquí es que este gran porcentaje de pacientes se hospitalizan 2 o 3 veces al año”, explica el Dr. Reyes.

3. INFRAESTRUCTURA DEFICIENTE

En cuanto a la cantidad de camas hospitalarias, ha habido una disminución significativa entre 2005 y 2011. En nuestra región, ello no se debe únicamente a un



Causas de muerte en Chile



Composición total camas país 2011-2005				
	2011	2005	Variac. Nº	Variac. %
Sistema público	27.245	28.001	-756	-2,7
Mutuales	952	1.090	-138	-12,7
Clínicas psiquiátricas, geriátricas, recuperación.	1.380	1.544	-164	-10,6
Instituciones (FFAA, universidades, cobre, etc.)	3.463	3.413	50	1,5
Otros (Conin, Teletón) diálisis, etc.)	367	392	-25	-6,4
Clínicas privadas	6.101	5.076	1.025	20,2
Total camas país	39.508	39.516	-8	-0,02

Fuente: Clínicas de Chile A.G.

efecto del terremoto de 2010, pues ya en 2008 dejaron de funcionar en Valparaíso el Hospital Alemán y el Hospital Ferroviario, cuya pérdida de camas se sumó a la que dejaron los hospitales Enrique Deformes y Jean & Marie Thierry en años anteriores.

A nivel regional, el SSVSA está bajo el promedio nacional, al límite de la recomendación de la OMS y muy por debajo de la recomendación OCDE. En tanto, el SSVQ está con un déficit absoluto de camas.

Podría pensarse que la anunciada construcción de nuevos recintos asistenciales solucionará el déficit de camas hospitalarias, sin embargo, el Dr. Reyes explica que “el total de camas país, es decir, la sumatoria de camas de hospitales, clínicas y otras instituciones, prácticamente se mantiene. Y cuando uno ve este plan de 20-20-20 hospitales a construir, el aumento de camas en realidad es mínimo; en la mayoría de los casos se trata de reposición de camas”.

4. RECURSO HUMANO INSUFICIENTE

En cuanto al recurso humano, específicamente en lo que a médicos y enfermeras se refiere, en Chile estamos aún por debajo de la recomendación de la OCDE y en la región nos ubicamos por debajo del promedio país.

“La recomendación es de 1 médico cada 4 enfermeras. O sea, que necesitamos enfermeras a como dé lugar”, afirma el consejero nacional.

Aquí encontramos también el déficit de especialistas, con una brecha a nivel nacional de 2.791 en especialidades primarias y 1.004 en especialidades derivadas, lo que suma un déficit total de casi 4 mil médicos especialistas en todo el país, “esto reconocido por el Ministerio de Salud”.

En el detalle de brecha por servicio

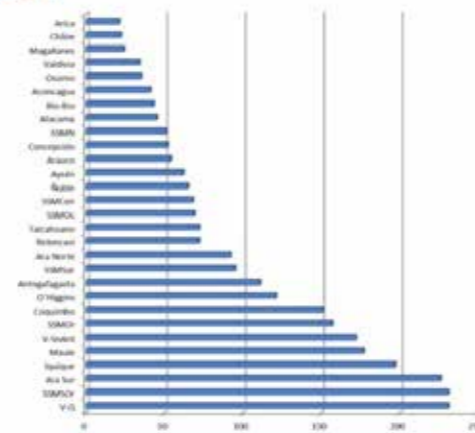
	SSVQ	SSVSA	CHILE	OCDE	OMS
Pobl. asignada	1.083.063	484.456	17.700.000		
Camas	1218	992	39.508		
Camas/1000Hab.	1,12	2,04	2,2	4,8	2,0

Fuente: SSVQ, OCDE, INE.

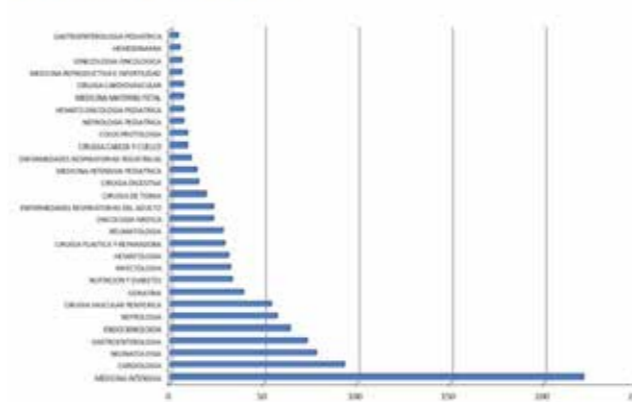
	SSVQ	SSVSA	CHILE	OCDE
Médico / 1000 hab.	0,87	1,16	1,7	3,2
Enfermeras / 1000 hab.	0,63	-	4,2	8,8

Fuente: MINSAL

Brecha de Especialidades Primarias Requeridas según Servicio de Salud. Octubre de 2014



Brecha de 1.004 Especialidades Derivadas según tipo de especialidad. Octubre de 2014

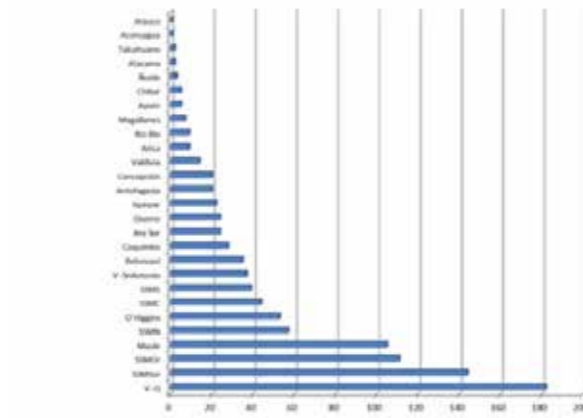


FUENTE: Minsal.

Brecha de 2.791 Especialidades Primarias según tipo de especialidad. Octubre de 2014



FUENTE: Minsal.



FUENTE: Minsal.

de salud, el de Viña del Mar-Quillota es el que tiene el mayor déficit en especialidades tanto primarias como derivadas a nivel país.

5. DÉFICIT FINANCIERO

El gasto en salud se divide en dos tipos: público y privado. El público está compuesto por un aporte directo (estatal) y un aporte indirecto (7% de los cotizantes). “En el gasto privado lo vergonzoso está dado por el 37,3% del gasto de bolsillo”, afirma el facultativo.

En tanto, en el gasto per cápita estamos llegando a US\$1.200 (Banco Mundial, 2013), lo que nos deja bastante por debajo de los US\$3.322 que recomienda la OCDE. “Además, el gasto público en Chile es casi igual al gasto privado, y salvo el caso de Estados Unidos, que tiene más gasto privado que público, la mayoría de los países OCDE tienen un 60-70% de gasto público, que es a lo que tenemos que aspirar”.

Respecto del gasto de bolsillo, en Chile no sólo es altísimo, sino que además somos el país que destina mayor porcentaje del presupuesto familiar a este ítem. En Chile, corresponde al 4,6% del presupuesto familiar mensual, y se utiliza fundamentalmente para la compra de medicamentos (45%), insumos médicos, lentes ópticos, aparatos ortopédicos, consultas, etc.

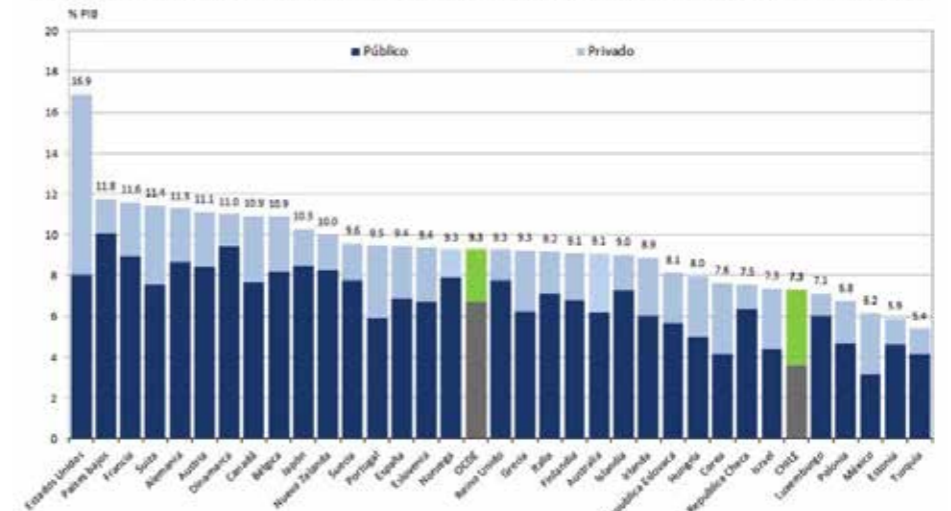
El Dr. Hugo Reyes es enfático en señalar que “si queremos mejorar la salud, hay que poner atención también al gasto de bolsillo, donde los medicamentos tienen mucho que ver porque son casi la mitad de ese gasto. En ese sentido, creemos que el Estado debiera pagar estudios de bioequivalencia para tener a disposición de la gente medicamentos más económicos e igualmente efectivos. Los genéricos (bioequivalentes) en los países desarrollados llegan casi a un 70 por ciento y nosotros no alcanzamos ni en el 30”.

Finalmente, la guinda de la torta del déficit financiero lo constituye la deuda hospitalaria, que “este 2015 se encuentra por sobre los 240 mil millones. A un nivel nunca visto. Y el sistema actual está condenado a mantener deuda porque Fonasa reajusta en un 3 por ciento, no solamente la Libre Elección sino también el sistema Modalidad de Atención Institucional (MAI); es decir, Fonasa reajusta por debajo del IPC, o sea

Tipo de aporte	2013
PÚBLICO	
Directo	30,2 %
Indirecto (7% de los cotizantes)	25,3 %
PRIVADO	
Gasto de bolsillo	37,3 %
Cotización voluntaria (pago por isapre o seguros)	7,2 %
TOTAL	100 %

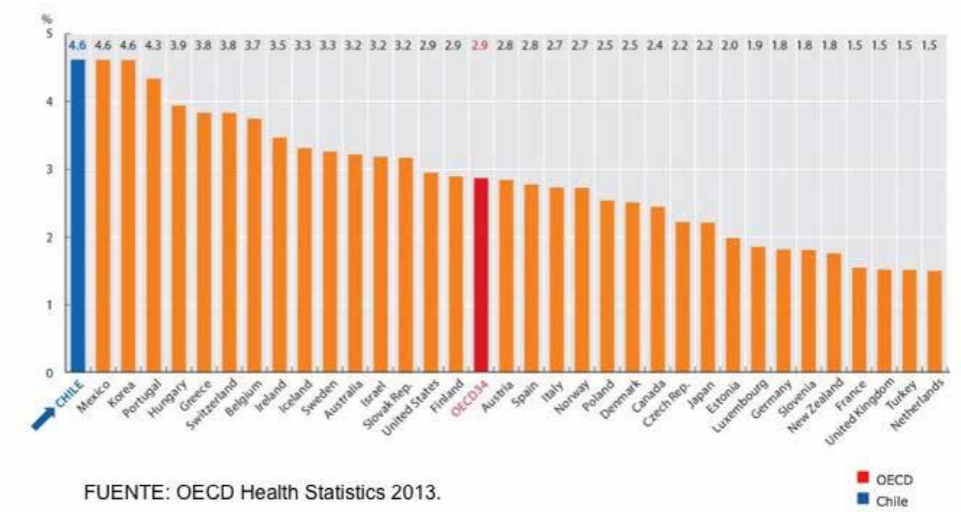
Fuentes: Fonasa.

Gasto en salud, público y privado, como proporción del PIB, países de la OCDE, 2012 o último año



FUENTE: OECD Health Statistics 2014.

Gasto “de bolsillo” como parte del consumo final del hogar



FUENTE: OECD Health Statistics 2013.

■ OECD
■ Chile



**Colegio Médico de Chile
Consejo Regional Valparaíso**

Fundamentos del alza de la cuota gremial

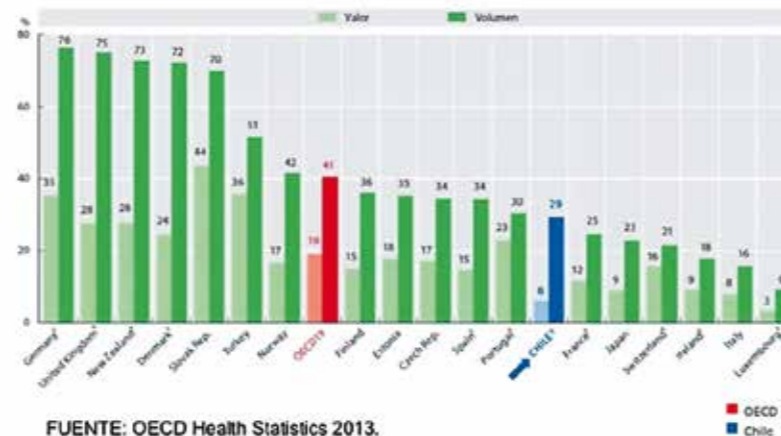
que el mismo Fonasa contribuye al aumento de la deuda hospitalaria. De este modo, el hospital mientras más opera, mientras más produce, más se endeuda”.

A todo lo anterior también hay que sumar factores como la falla estructural del sistema de salud, que dificulta la formación, distribución y retención de los profesionales en la salud pública; la dualidad de nuestro sistema de salud pública, con una Atención Primaria que, además de ser poco resolutive, corre en paralelo a la atención hospitalaria; y también la ausencia de una planificación proyectiva. “Es insólito, aquí no se planificó nada –dice el Dr. Hugo Reyes-. Las autoridades, el ministerio, las universidades, simplemente no fueron capaces de prever lo que se nos venía encima y ahora estamos viendo las consecuencias de aquello”.

Los problemas que tenemos en la salud pública son tan evidentes que resulta inexplicable que ninguna autoridad, de ningún gobierno, haya dado un golpe de timón para recuperarla. Y el consejero plantea algunas propuestas:

- Que el Ministerio de Salud sincere la situación actual y real de la salud.
- Exigir que el Ministerio de Salud sea un ministerio técnico y no político.
- Aumentar al 6% del PIB el aporte público directo.
- Integrar el sistema de Atención Primaria con el sistema hospitalario.

Participación de genéricos en el mercado farmacéutico



- Terminar con la deuda histórica de los hospitales.
- Traspasar la construcción de establecimientos de salud al Ministerio de Obras Públicas o una entidad similar a la antigua Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH).
- Desarrollar un plan decenal para efectuar los cambios propuestos.
- Los cambios del sistema (público-privado) tienen que ser en conjunto y graduales.

Para concluir, el consejero nacional sostiene que “desde el Colegio

Médico podemos hacer las propuestas correspondientes, pero aquí se necesita voluntad política. Hoy el Estado no se quiere hacer cargo, no está gastando en salud pública lo necesario, y no está interesado en hacerlo tampoco. Y lo grave es que como médicos hemos ido perdiendo la capacidad de asombro ante las situaciones que vemos a diario en los hospitales. Por tanto, como médicos del sistema público de salud tenemos un enorme desafío por delante en aras de mejorar las condiciones en que se atiende el 80 por ciento de la población de nuestro país”.

En relación al reajuste de cuotas informado recientemente y ante las consultas y preocupación de algunos colegiados, el Consejo Regional Valparaíso considera pertinente clarificar los fundamentos que explican el incremento.

En primer lugar, es necesario explicar que el reajuste de la cuota es resultado de un acuerdo del Consejo General del Colegio Médico, por lo que el alza es a nivel nacional. Este reajuste se propone todos los años en base a una estimación de lo que ocurrirá con la inflación el año de la ejecución del presupuesto, en este caso año 2016. Esto, porque los gastos que se produzcan durante 2016 deben ser soportados por los ingresos de ese mismo período.

La estimación del IPC para este año se realizó el pasado mes de octubre, y se calculó en 5% tomando en consideración:

- La historia del IPC de 2015 (hasta ese momento 4,4% y quedando todavía dos meses del año).
- La tendencia del valor del tipo de cambio.
- Indicadores de tendencia entregados por organismos competentes (Banco Central) y economistas de prestigio.

Esta cifra (5%) se presentó al

Consejo General en la sesión de discusión del presupuesto, y el desglose de los valores para el año 2016 son los que se enviaron en el boletín electrónico del 21 de enero (junto con los valores 2015, que permitan comparar las cifras y conocer el alza efectiva de las cuotas).

Cabe indicar que el Reglamento de Afiliación y Cuotas Sociales (disponible en nuestro sitio web) señala en su Art. 7 que los médicos que se afilien dentro de los tres primeros años de obtenido su título y los colegiados que se encuentren realizando una beca de especialización en universidades chilenas, podrán pagar durante ese período una cuota rebajada. Del mismo modo, en su Art. 1 transitorio el reglamento establece que los médicos que se desempeñen en la Atención Primaria de Salud tendrán derecho a una rebaja de la cuota, lo que podrá solicitar por una sola vez y tendrá una duración de tres años corridos.

Es importante señalar además que en la sesión de discusión del presupuesto, el Consejo General acordó también congelar la retribución económica de los dirigentes, con el objeto de aumentar los fondos concursables destinados a agrupaciones y departamentos.

En ese sentido, cabe mencionar que se incorporaron al presupuesto nuevos departamentos, como los de Medicina Privada y Primeras Naciones, y nuevas agrupaciones como APS, MGZ y Residentes. También la Agrupación de Médicos Jubilados que históricamente había sido financiada por el Fondo de Solidaridad Gremial (FSG), ahora se la incorpora al presupuesto del Consejo General, con aportes del FSG y del Consejo Regional Santiago.

En cuanto a los gastos por concepto de pasajes aéreos de los miembros de los Consejos Regionales para asistir a las sesiones del Consejo General, se acordó pagar sólo un valor promedio por este concepto.

Respecto del incremento de la cuota del FSG, éste se estableció con el fin de crear de un Fondo Solidario de Educación, el que permitirá cubrir los estudios básicos, medios y universitarios de pregrado a los hijos de médicos fallecidos que se encuentren adscritos al FSG.

Con esta información el Consejo Regional Valparaíso espera haber aclarado las dudas y queda atento a cualquier consulta respecto de ésta u otra materia de interés para los colegiados.



“Los medicamentos deben ser un bien social y no de consumo”

“Los medicamentos deben ser considerados como un bien social y no de consumo”. Así lo señaló el presidente del Colegio Médico de Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, quien junto a su par del Colegio de Químico Farmacéuticos, Patricio González, manifestaron que falta voluntad política del Gobierno para plantear, estructurar, regular y fiscalizar una política de medicamentos coherente con las necesidades de la población.

“Los medicamentos no se consumen por gusto sino por necesidad, por lo tanto creemos que debe haber una regulación del mercado de los medicamentos, y esto involucra a las grandes cadenas de farmacias y también a la CENABAST, que es el organismo que debe entregar en las redes de salud pública y municipal todos los medicamentos que garantiza el Estado”, afirmó el Dr. Eurolo.

Colegio Médico y Colegio Químico Farmacéutico de la región manifestaron que el país debe tener una política de medicamentos clara, que favorezca a la población y perdure en el tiempo. Además, llamaron a la autoridad a utilizar la infraestructura existente de los Servicios de Salud para crear farmacias que permitan entregar los medicamentos garantizados en forma gratuita.

El presidente regional del Colegio Médico explicó además que tampoco hay una política de bioequivalencia coherente con las necesidades epidemiológicas y demográficas del país. “Los estudios de bioequivalencia no apuntan a satisfacer las necesidades sanitarias del país por cuanto no incluyen mayoritariamente los fármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades de mayor prevalencia

de la población chilena, como la diabetes, hiperlipidemias o hipertensión arterial”.

Cabe señalar que en Chile, los fármacos bioequivalentes representan sólo un 29 por ciento del total de fármacos del mercado, versus un 79 por ciento de Alemania y otros países desarrollados.

El consejero nacional, Dr. Hugo Reyes, afirmó que “además, en nuestro país los estudios de bioequivalencia no apuntan a satisfacer las nuestras necesidades sanitarias por cuanto no incluyen mayoritariamente los fármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades de mayor prevalencia de la población chilena en concordancia al perfil demográfico y epidemiológico”, tales como la diabetes, hiperlipidemias e hipertensión arterial, entre otras.

Respecto de las “farmacias populares”, tanto el Colegio Médico como



Dr. Hugo Reyes (consejero nacional del Colegio Médico), Dr. Juan Eurolo (presidente del Regional Valparaíso), Patricio González (presidente regional del Colegio QF) y Rigoberto Calderón (asesor del Colegio QF).

el Químico Farmacéutico se manifestaron a favor de toda iniciativa que permita mejorar el acceso a los medicamentos y reduzcan el gasto de bolsillo en medicamentos.

“Estamos de acuerdo con las farmacias populares y con cualquier otra iniciativa que tienda a mejorar el acceso con seguridad eficacia y seguimiento farmacológico de los pacientes”, indicó el presidente de los Químico Farmacéuticos, Patricio González.

No obstante, los dirigentes también señalaron que cualquier iniciativa de este tipo debe cumplir con la legislación vigente, clarificar y transparentar su modo operativo: forma de adquisición de los fármacos, arsenal terapéutico, universo de pacientes a beneficiar, si la dispensación de medicamentos garantizados por el Estado es complementaria o competencia al sistema público, etc. Además, el presidente del Colegio Médico Regional agregó que estas iniciativas deben contar con regulación adecuada para evitar que se transformen en un nuevo mercado farmacéutico.

“Los propios alcaldes se dan cuenta que la iniciativa prendió, y por tanto existe el incentivo de tener más recursos para la propia municipalidad a través de esto. Esos incentivos, que podrían llegar a ser perversos si no están regulados, hay que evitarlos, de manera

que sea un servicio para la población y no otro mercado más”, afirmó Eurolo.

Cabe señalar que Chile uno de los países en Latinoamérica con menor número de farmacias por habitante, pero en contraste presenta la mayor concentración de farmacias por metro cuadrado en los lugares de mayor poder adquisitivo. Además, son cerca de cien las comunas que no cuentan con farmacia. Ante esta situación, Médicos y Químico Farmacéuticos de la región hacen un llamado para que las autoridades solucionen este problema utilizando la infraestructura existente de los Servicios de Salud.

“En las comunas donde no hay farmacias, por tanto donde no existe el mercado, el Estado debe incentivar la instalación de farmacias independientes por medio de subvenciones y además crear farmacias en consultorios, Cefam o postas rurales; entregando en éstas los medicamentos garantizados en forma gratuita y subvencionando aquellos fármacos que por medio de un estudio previo sean los más demandados”, afirmó Patricio González. De esta forma se garantiza el acceso universal a medicamentos, a un precio preferencial, sin tener que desplazarse a otras comunas para adquirirlos, y se elevan los estándares de dispensación a nivel OCDE, “entregando medicamentos con seguridad, eficacia y con seguimiento en

el tratamiento farmacológico de cada paciente”.

Para que lo anterior se pueda llevar a cabo es fundamental que la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) cumpla la función para la que fue creada, porque según explican los dirigentes “ha habido falta de eficiencia y gestión de la CENABAST en la entrega de los medicamentos garantizados por el Estado a los hospitales, SAPUs, Cefam y postas rurales, lo que conlleva a que los pacientes se vean obligados a adquirir sus remedios en farmacias comerciales, con el consiguiente aumento del gasto de bolsillo”.

Cabe señalar que el gasto de bolsillo en Chile alcanza un 37,3% del gasto total en salud (según informe de Fonasa de 2013), siendo el más alto de la OCDE. Esto significa que cada familia chilena gasta aproximadamente un 5% de su presupuesto familiar mensual en medicamentos.

La inexistencia de una regulación respecto de las anomalías del mercado farmacéutico y el mercado en general también es preocupación del Colegio Médico y Químico Farmacéutico, por lo que esperan que haya voluntad para legislar en pos de evitar anomalías del mercado tales como oligopolios, monopolios, integración vertical y colusión.

En El Quisco se realizó Congreso de Médicos Escritores

La comuna balneario de El Quisco, en el "Litoral de los Poetas", fue el escenario en que se celebró el XVII Congreso Chileno de Médicos Escritores.

El encuentro, que se realizó entre el 29 y 31 de octubre, contó con una numerosa concurrencia compuesta por profesionales de distintas especialidades médicas y paramédicas, quienes se reunieron para exponer sus creaciones y dialogar en torno a la literatura.

Además de la lectura de trabajos literarios –microcuento, cuento extenso o



La entrega de premios a las creaciones literarias destacadas.

poesía-, los asistentes también participaron de un cine-foro de la película *La sociedad de los poetas muertos*, una conferencia sobre guión cinematográfico dictada por la Dra. Jessica Sapunar, y un taller de cueca brava a cargo de una folclorista.

El encuentro finalizó con la confección de un poema colectivo y la entrega de premios a los trabajos destacados, los que fueron elegidos por votación de los asistentes.

Cabe mencionar que este Congreso Nacional de Médicos Escritores se realiza cada dos años en Chile, en forma intercalada con un encuentro internacional. El comité organizador de esta versión estuvo encabezado por el Dr. Guillermo Witto, y secundado por las doctoras Laura Caballero y Catherine Fieldhouse, y contó con el auspicio de los Consejos Regionales Valparaíso y Santiago del Colegio Médico.

Gran asistencia en seminario de emergencias hospitalarias y prehospitalarias

Con un auditorio repleto se desarrolló en la sede del Regional Valparaíso, la segunda versión del Seminario de Actualización en Urgencia Hospitalaria y Prehospitalaria organizado por HELP.

El Dr. Hassan Escobar, director técnico de HELP V Región, se manifestó muy contento con la alta convocatoria y explicó que en esta versión las charlas "estuvieron enfocadas en temas prevalentes en los servicios de urgencia y que con mayor frecuencia se están viendo en área hospitalaria y prehospitalaria, y fueron dictadas por expertos en cada área".

Resucitación cardiopulmonar, Hemorragia digestiva alta, Manejo del edema pulmonar agudo y Transporte de paciente crítico fueron algunas de las exposiciones de esta actividad, que estuvo orientada no sólo a médicos y enfermeros, sino también a técnicos paramédicos, kinesiólogos, e incluso voluntarios de Bomberos, quienes con frecuencia deben estabilizar pacientes antes de la llegada del personal de salud.

Para Jaime Silva, voluntario de la



Algunos de los expositores de la actividad.

Octava Compañía de Bomberos de Valparaíso, el seminario fue altamente positivo y les permitió actualizar conocimientos básicos para su desempeño. "Son muchas las oportunidades en que tenemos que atender a personas y nos interesa aprender a estabilizar

a un paciente hasta que llegue un profesional especialista. Tenemos la capacitación que nos entrega la institución, pero siempre es bueno actualizarse y este seminario ha sido muy provechoso porque nos ha permitido confirmar y aclarar muchas cosas", manifestó.

Neuróloga radicada en Francia recibió su título profesional luego de 42 años

La Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso confirió en octubre pasado el título de médico cirujano a la destacada neuróloga radicada en Francia, Patricia Muñoz-Lacoste Cerda, exinterna del plantel cuando éste pertenecía a la Universidad de Chile, y quien a pocas semanas de finalizar sus estudios, en septiembre de 1973, fue expulsada de la Escuela de Medicina, por lo que se vio impedida de graduarse.

En Francia cursó nuevamente la carrera de Medicina desde primer año y se tituló con honores. Ejerció su especialidad con gran dedicación y compromiso, llegando a ser miembro de la Société Française de Neurologie, docente en la Universidad Pierre et Marie Curie y

presidenta de la Sociedad Franco Chilena de Neurología, entidad que ella contribuyó a fundar hace algunos años.

Cuarenta y dos años después de su expulsión, en un acto académico reparatorio, la Universidad de Valparaíso decidió otorgar a la Dra. Muñoz-Lacoste la licenciatura y el título profesional respectivos.

Acto seguido, la titulada prestó el Juramento Hipocrático ante el presidente regional del Colegio Médico, Dr. Juan Eurolo, tras lo cual agradeció emocionada a todos quienes hicieron posible este gesto, el que valoró de gran manera, calificándolo de "momento de gran alegría, en el que el amor triunfa finalmente sobre las diferencias y el odio".



La doctora recibió su diploma de manos del rector Aldo Valle y del director de la Escuela de Medicina, Cristian Salazar.

De la Universidad de Valparaíso egresó el "Mejor titulado 2014 de Medicina" de Chile

El Dr. Matías Gompertz Mattar, egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, fue distinguido por el Colegio Médico de Chile con el "Premio de Honor al Mejor Titulado 2014".

La distinción es entregada anualmente al titulado del año anterior que haya obtenido la calificación más alta de una ponderación que considera las notas logradas en las asignaturas de pregrado, en el trabajo desarrollado durante su internado, trabajos presentados y en el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina, entre otras evaluaciones.

El Dr. Gompertz manifestó que "este premio es resultado de mi esfuerzo y dedicación, y por cierto del apoyo de mi familia y profesores. Siento que al mismo tiempo reconoce la formación que recibimos en nuestra escuela, que se orienta a la atención pública y, por lo mismo, demanda de nosotros siempre el máximo compromiso".



El galardón fue entregado en la ceremonia de conmemoración del Día del Médico en Santiago.

Matías Gompertz se tituló con un promedio general de 6,65. Actualmente se encuentra cursando la especialidad de Medicina Interna en el Hospital Naval de Viña del Mar y, en paralelo, cumple labores docentes en la UV como tutor de los

internos del plantel en dicha área. A futuro desea realizar un postgrado en Estados Unidos o Reino Unido, para luego regresar a la zona y ejercer como especialista en un hospital público y como académico en su universidad.

Elegir con sabiduría

Dr. Fernando Novoa Sotta
Miembro del Tribunal Regional de Ética
y del Departamento Regional de Ética

Uno de los temas más complejos de la medicina moderna es lograr un acceso igualitario en la atención de salud de todas las personas, lo que debe ser considerado como uno de los objetivos a lograr por parte de los médicos. Esto en parte se debe al significativo incremento de costos como consecuencias de la incorporación de nuevas tecnologías –más efectivas– aunque bastante más caras que las disponibles hasta hace poco tiempo atrás.

Frente a esta situación, la American Board of Internal Medicine (ABIM) ha propuesto una actividad educativa relacionada al uso más adecuado de la tecnología y que permitiría ahorrar una significativa cantidad de recursos en el presupuesto de salud. Este ahorro a su vez, podría ser destinado a ampliar la cobertura sanitaria a un mayor número de personas. La actividad fue denominada Elegir con Sabiduría (Choosing Wisely).

¿EN QUÉ CONSISTE ELEGIR CON SABIDURÍA?

Un estudio realizado en 2005 por la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos demostró que hasta una tercera parte de los costos anuales de la atención de salud en su país se invierte en hospitalizaciones y pruebas innecesarias, nuevos fármacos y dispositivos médicos ineficaces y tratamientos sin utilidad comprobada para el cuidado de las personas. La campaña educativa Elegir con Sabiduría está dirigida a crear conciencia tanto a nivel de los médicos como en los pacientes sobre las consecuencias que tiene la utilización no justificada de los recursos sanitarios. La acción aborda el problema de los pacientes a quienes se les indican estudios y tratamientos excesivos para la condición que presentan, argumentando que esto da lugar a malos resultados para

el paciente y además genera un derroche significativo de recursos en el sistema de salud. El ahorro de estos recursos podría ser destinado a atenciones efectivas de pacientes que actualmente no tienen acceso a los servicios de salud.

CAUSAS DE INTERVENCIONES INNECESARIAS EN MEDICINA

Una de las causas identificadas es la falta de comunicación entre médicos y pacientes. Las decisiones de los médicos son responsables de la mayor parte de los gastos en que incurre el paciente. Si se explican debidamente a los enfermos las acciones más apropiadas para su condición, se podría disminuir el número de exámenes de laboratorio y también de algunos tratamientos que son innecesarios. Sin embargo, se debe considerar que los médicos trabajan bajo diversas presiones,

incluyendo un tiempo limitado para hablar con los pacientes y poder compartir la información. Los enfermos a veces solicitan la realización de exámenes diagnósticos en contra del consejo de su médico, en circunstancias que habría decisiones más apropiadas si los médicos se dieran el tiempo para explicar y dar a conocer la opinión de guías clínicas o la de médicos expertos para poder decidir adecuadamente algunas situaciones clínicas.

Otra razón para solicitar exámenes de laboratorio innecesarios es la tendencia del médico a trabajar considerando la medicina defensiva. Esto en parte conduce a solicitar más exámenes que los indicados, con la débil esperanza que de esta manera haya menos posibilidades de ser objeto de una demanda.

En relación a las indicaciones terapéuticas también existe el uso de tratamientos que no significan un real beneficio para el enfermo. En parte esto se debe a una visión reduccionista de lo que es el ser humano. Esto conduce a mejorar un aspecto puntual en el paciente y que no significa un real beneficio, considerando la situación global en que se encuentra. Una de las causas de esta conducta es que desde la formación del médico existe un enfoque de estilo especialista, en que las patologías se estudian sólo desde un enfoque de órganos y sistemas, sin que exista una



instancia de considerar al enfermo desde un punto de vista integral.

IMPLEMENTACIÓN

Para llevar a cabo la campaña Elegir con Sabiduría, un coordinador de la Fundación ABIM solicitó a nueve sociedades médicas hacer cinco recomendaciones destinadas a prevenir el uso excesivo de exámenes y tratamientos dentro de su especialidad. Después, se les pidió compartir esta información con los grupos comunitarios en todo el país, y particularmente con los miembros de sociedades de especialidades médicas. La intención es que los pacientes y los médicos discutan las recomendaciones de estas listas, en la creencia de que si pacientes y médicos se comunican entre sí de manera más eficaz cuando se toman decisiones de salud, los pacientes tendrán mejores resultados con esas indicaciones y el propio sistema de salud se beneficiará.

Los médicos de nueve de las sociedades médicas más importantes del país advirtieron a los pacientes y colegas médicos para elegir sabiamente cuando se trata de seleccionar algunos de los 45 exámenes de laboratorio más comunes. Durante los primeros meses de 2013 la cifra se elevó a más de 135 recomendaciones destinadas a no indicar exámenes de laboratorio o tratamientos en ciertas

situaciones determinadas.

Una declaración de la Fundación ABIM insiste en que “los médicos, trabajando en conjunto con los pacientes, pueden ayudar a asegurar la atención adecuada, entregada en el momento adecuado y para el paciente adecuado...” Se espera que las listas publicadas estimulen el diálogo entre los pacientes y sus médicos para ayudarles a elegir sabiamente lo más apropiado para su atención de salud.

CONCLUSIONES

Es necesario incorporar una visión más humanista de lo que es la persona humana.

El individuo enfermo no es la suma de un conjunto de órganos y sistemas funcionando. Es más que eso. Además de un componente material también hay un componente espiritual, social y cultural. También hay que tener presente que a pesar de los evidentes progresos que ha habido en la medicina, aún persisten condiciones en que aún no contamos con medidas eficaces para una curación.

En estas circunstancias, en lugar de indicar nuevos tratamientos con intenciones curativas, lo que corresponde es mantener un acompañamiento muy cercano con el paciente y el amplio uso de tratamientos sintomáticos.



Sobre la medicina mágica y empírica de las sociedades indígenas



Machitún (Claudio Gay. Atlas de la Historia física y política de Chile, 1854).

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

La presencia de la enfermedad es anterior a la aparición del hombre sobre la tierra. Los animales guardan reposo, dejan de comer o, por el contrario, ingieren determinadas hierbas cuando enferman e intentan curar sus heridas lamiéndolas. La medicina espontánea, natural, es por lo tanto la primera forma de medicina.

Las formas de enfrentar la enfermedad han sido diversas en las distintas épocas y sociedades. El hombre desarrolló desde tiempos remotos la medicina empírica, de acuerdo a lo que alguna vez le había aliviado determinadas dolencias, y una medicina mágica. Las creencias mágicas imaginan la existencia de fuerzas sobrenaturales de divinidades, demonios o de espíritus de los muertos que están en otros mundos y en poderes de ciertas personas que son capaces de entrar en comunicación con ellos a través de rituales.

Al venir los españoles a América traían el encargo específico de la Corona de intentar conocer la medicina indígena empírica y en especial de las hierbas medicinales. En Perú contaron con fuentes

originales que dejaron constancia de diversos ámbitos de su conocimiento, especialmente en el campo histórico. Garcilaso de la Vega (1539-1616), apodado El Inca, que era hijo de un capitán español que fue gobernador de Cusco y de la princesa incaica Isabel Chimu Ocilo, prima hermana de Atahualpa, recibió desde su infancia una esmerada educación que le permitió escribir la historia del Imperio inca de primera fuente.

No ocurrió lo mismo en Chile, donde no contamos con fuentes autóctonas y nos debemos conformar con las descripciones aportadas por escritores y cronistas de origen español que dieron a conocer diversos aspectos relacionados con creencias y prácticas mapuches de carácter sobrenatural. En los siglos XVI y XVII, Jerónimo de Bibar escribió *Crónica y relación copiosa y verdadera de los reinos de Chile*; Mariño de Lobera escribió *Crónica del reino de Chile*; Pedro de Oña, *Arauco domado*; González de Nájera, *Desengaño y reparo de la guerra del reino de Chile*; el padre Alonso Ovalle, *Histórica relación del reino de Chile*; el misionero jesuita Diego Rosales, *Historia general del reino de Chile*; y Pineda y Bascañán, *Cautiverio Feliz*. En sus libros dieron cuenta de lo que observaron; si bien tomaron acuciosamente nota de las hierbas medicinales utilizadas por los

indígenas, las creencias de aquéllos debieron pasar por su propio prisma cristiano, que las interpretó y traspasó al castellano de su siglo y en consecuencia están influenciadas por su cosmovisión y sesgadas por su propia cultura. Se referían a diversos espíritus entre los que mencionaban al “pillán” que habitaba en volcanes y montañas y “alhué”, que algunos cronistas homologaban al demonio; el “meru” (un pájaro), el “meulén” (remolino); también se refieren al “calcu” (brujo), a los “imbunches” (niños con determinadas características físicas que son criados por los brujos en sus cuevas), los “huecuvus” (espíritus malignos que tiran flechas invisibles que portan la enfermedad llamada “huecufetún” o bien los “huecuvus” son las flechas mismas), que son los más conocidos hasta la actualidad, y otra infinidad de seres sobrenaturales. Entre quienes ejercían la medicina cabe mencionar al “machi” con sus prácticas curativas de tipo mágico-religioso y a los menos conocidos “ampives” (herbolarios), “gutarves” (cirujanos), “cupoves” (anatomistas) y “cornicovcles” (matronas).

Es preciso señalar que la medicina que traían los conquistadores de comienzos de la Edad Moderna también estaba plagada de curiosos medicamentos a los que se atribuía efectos curativos y que para nosotros al menos son sospechosos. La

botica de los jesuitas, que era la mejor de Santiago, y el establecimiento científico y terapéutico más importante de la historia colonial chilena, contaba con un sinfín de productos farmacéuticos clásicos del viejo mundo como minerales –como el mercurio, utilizado contra la sífilis–, corteza de árboles, hojas, flores, frutos y hierbas medicinales como tales o como preparaciones farmacéuticas en forma de aceites, polvos, bálsamos, extractos, píldoras, resinas, tinturas y ungüentos. Pero esta misma botica contaba también –de acuerdo con Vicuña Mackenna– con agua de capón, estiércol de huichán, uña de la gran bestia (para la epilepsia), ojos de cangrejo, enjundia de cóndor, sangre de macho, príamo de ciervos, dientes de jabalí, ranas calcinadas, espíritu de lombrices y unicornio.

A comienzos del siglo XX fue también publicada una autobiografía escrita por Thomas Bridge, hijo de Lucas Bridge, misionero inglés que llegó a vivir entre los indígenas canoeros –yaganes y alacalufes– del canal Beagle en la segunda mitad del siglo XIX. Thomas fue el primer niño de origen europeo que nació en Ushuaia; le gustaba sin embargo adentrarse hacia territorio ona para jugar con los niños que vivían al interior de Tierra del Fuego, aprendiendo su idioma, y con quienes incluso realizó los ritos de iniciación al llegar a la pubertad. En su libro *El último confín de la tierra* nos da la siguiente descripción de las prácticas de curación: “Las enfermedades graves siempre se atribuían a brujerías y generalmente el culpable era el curandero del grupo rival. Uno o varios curanderos tomaban al enfermo... fijaban sus ojos en él, como que fuera un poseído. Después el curandero principal lo apretaba y le mordía y chupaba la parte afectada, hasta hacer sangrar al paciente con los dientes y las uñas. Luego, ejerciendo presión con las manos sobre otras partes del cuerpo y llevándolas hacia la herida, simulaban empujar hacia ese sitio la causa del mal –un pedacito de perdnal, un poco de barro o una ratita viva– que estaba escondida dentro del paciente, de modo que pudiera ser sorbida, arrojándola violentamente al suelo y pisoteando. A veces no producían ninguna herida; el curandero conseguía localizar el mal en un brazo o una pierna y ahí lo sorbía sin desgarrar la piel. Si conseguía absorber todo el mal, el paciente sanaba. Pero si quedaba algo, juzgaban que la maligna influencia del enemigo era demasiado poderosa para que el local la pudiera vencer y el paciente moría”.



Machi tratando a un paciente (1908).

En Chile recién se tuvo una visión desde la perspectiva mapuche a comienzos del siglo XX, cuando el sacerdote Ernesto Wilhem de Moesbach escribió las memorias del cacique Pascual Coña en el libro *Vida de los araucanos en la segunda mitad del siglo XIX, Memorias de un cacique araucano*, aunque ya habían pasado varios siglos después de la conquista.

Todos conocemos historias de curaciones realizadas por curanderos. Recientemente se ha publicado un libro, *Un veterano de tres guerras. Recuerdos de José Miguel Varela*. Relata que este abogado y oficial balmacedista recibió una herida penetrante de tórax producida por bayoneta en la batalla de Placilla. Huyendo, fue tratado en el hospital San Vicente de Paul por el profesor Dr. Vicente Izquierdo, con estudios en Alemania, quien guardó el secreto sobre el origen de su herida; él le aplicaba en la herida un preparado de pan de centeno enmohecido que dejaba por varias horas, para después lavarlo con una solución de ácido fénico que le introducía hasta el interior de la herida con una manguera de goma; fue dado de alta dos meses después, aparentemente en buenas condiciones. Sin embargo, recayó al cabo de un tiempo. Como era buscado por el nuevo gobierno, temía acudir a un hospital por razones de seguridad personal. Después de varios meses fue llevado por otro exsoldado

al rancho de su madre, una curandera de Monteflor que le proporcionó un jergón. El relato del paciente es el siguiente: “Cuando estaba con la inflamación al máximo, me la perforó con una ramita de peral, que antes había hervido en el caldero que mantuvo permanentemente lleno de agua en ebullición. Después de haberme perforado la herida y haber extraído, presionando con las manos, toda la materia maligna, me llenó el hueco de la herida con matico macerado y luego me embetunó la parte externa con una pasta de llantén, dejándome muy bien vendado. Repetía este procedimiento en la mañana y en la tarde... Noté que los tejidos iban creciendo desde dentro hacia afuera, rellenándose esa cavidad que ya tenía por casi dos años. Al cabo de un mes por primera vez noté que la herida había cicatrizado”.

La medicina mágica y la medicina empírica no se han extinguido, y con el tiempo, a lo largo del país, en las ciudades ha derivado hacia la medicina popular urbana, que se mueve entre el polo indígena y el occidental complementándose sincréticamente, dando a la enfermedad una interpretación compuesta por elementos conceptuales empíricos, simbólicos, mágicos y religiosos. Permite incorporar nuevos elementos y abandonar otros, y recibir influencia de la medicina científica, con cuyas prácticas médicas no es incompatible, llenando un vacío humano y filosófico.



Este 2015, la iniciativa Médicos Generales de Zona cumplió 60 años, y como un reconocimiento a la abnegada labor de quienes han desempeñado estas labores, el Consejo Regional Valparaíso llamó a un concurso literario, invitando a los colegas que son o han sido generales de zona, para escribir un relato, vivencial o de ficción, basado en esta experiencia.

El jurado eligió el relato “El viejito de la bicicleta”, enviado con el seudónimo de Lina Karle, para premio del primer lugar. La autora de este cuento es la doctora Daniela Konrad Segura, quien se desempeñó como médico general de zona en el Hospital San Juan de Dios de Vicuña, entre los años 2008 y 2014.

La doctora Konrad nació y se crió en Osorno. Desde pequeña se encontró cercana a la literatura, invitada por su madre, gran lectora de todo tipo de libros. A esta afición se sumó la influencia de su profesora de Castellano, Máster en Lengua Española, quien le dio a conocer la literatura latinoamericana y el realismo mágico, que le aportaron otra visión para sus propias creaciones.

Durante sus estudios universitarios participó en grupos de lectura y mantuvo su motivación por escribir, aunque sin otras pretensiones que “escribir para ella misma”.

Se tituló de médico en la Universidad Austral, en el año 2007, y cumpliendo sus deseos y vocación de siempre, se trasladó a la ciudad de Vicuña para ejercer como médico general de zona.

Según sus propias palabras, fueron años “de alegrías y penas”, siendo lo más importante el nacimiento de su hija Emilia. Como experiencias, participó en varios programas de salud, llegando a desempeñar el cargo de directora subrogante, que constituye para ella un orgullo personal, por haber sido parte de un equipo cuyas metas eran lograr un mejor servicio.

Actualmente se encuentra en el segundo año de beca en la Universidad de Valparaíso, para formación como anestésista, en el Hospital Carlos van Buren.

El relato “El viejito de la bicicleta” cumple con todos los objetivos de esta convocatoria. Se inicia expresando lo difícil que es escoger una de las muchas historias vividas en la experiencia como médico rural. “Llegas tan pequeño a trabajar a un lugar tan inmenso; llegas tan inocente a un lugar tan lejano, que todo absolutamente todo se hace memorable: el primer parto, el primer accidente del tránsito, el primer paro cardiorrespiratorio, el primer certificado de defunción”.

Luego recuerda su llegada, y su encuentro con el poblado, con el hospital, con las personas. Y elige para contar la historia del viejito que llegaba en bicicleta. El relato se desarrolla con un realismo envolvente, en un tratamiento literario simple y preciso.

Durante el análisis de los trabajos recibidos, el jurado manifestó que “es un relato que sin pirotecnia, contando una historia simple, consigue emocionar a quien lo lee”.

Como dijimos anteriormente, cumple con todos los objetivos de la convocatoria. Es atingente al tema –experiencia como médico general de zona–, pero supera esa frontera, de tal modo que puede ser leído por cualquier lector y provocar la misma reacción emotiva.

En su estructura literaria se aprecian las bondades de quien ha leído y escrito mucho, que integra sus vivencias y sabe expresarlas con oficio.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

El viejito de la bicicleta

Dra. Daniela Konrad Segura.

Hablar de lo que se vive en una etapa de la vida es difícil de resumir, sobre todo una etapa tan llena de experiencias. Contar sólo una de las muchas historias vividas en esos años inolvidables, complicado. Llegas tan pequeño a trabajar a un lugar tan inmenso; llegas tan inocente a un lugar tan lejano, que todo, absolutamente todo, te marca, se te hace memorable: el primer parto atendido, el primer accidente de tránsito, el primer paro cardiorrespiratorio a tu cargo, el primer certificado de defunción e incluso aquél paciente que sí logró salir del paro y lograste derivarlo al hospital de mayor complejidad, el primer bebé que falleció en tus manos a pesar de todos tus esfuerzos... Y aquél que llegó grave a tus manos y lograste sacar adelante... Todo, todo fue por algo y para algo, todos los altibajos, lo bueno y lo malo, todo está ahí, todo aflora cada vez que nos dejamos llevar y tratamos de recordar. En fin, es difícil contar sólo una, y cómo contarla aún más, pero por ahí está esta historia, agri dulce, que terminó por enseñar eso que pocas veces enseñan o entiendes en pregrado: el secreto no está sólo en sanar, sólo en salvar, sino también en dejar ir de la mejor manera posible, después de haber hecho todo lo necesario.

Era comienzos del mes de abril. Después de varios días de trabajo en un nuevo ambiente, de acostumbrarse al ritmo de trabajo, al equipo humano y a la completamente distinta idiosincrasia de los pacientes, salir a conocer el pueblo era una buena idea. Avanzando por las calles de la mano de quien ha estado siempre ahí, y por quien logré sortear tantos altibajos, todo parecía novedoso: la arquitectura, los colores, las personas que te reconocían como extraña, las conversaciones, las costumbres. Bueno, era distinto. Pero entre todo, algo llamaba más la atención: muchas personas se transportaban en bicicleta, daba lo mismo la dirección en que lo hacían, todos, niños, adultos, ancianos (sí, ancianos), todos se movían en bicicleta, no sólo por recreación. Bueno, siendo un lugar pequeño, con tantos días sin lluvia al año, parecía lógico; pero aun así, ver ancianos con tanta agilidad, con tan buen estado físico, me sorprendió. Saber luego que quienes yo veía como ancianos por la edad en realidad no era nada. Llegar a los 100 años de vida aquí era más común de lo que yo había visto en mi vida.

Pero de todo lo visto ese día, recuerdo como si fuera ayer, a un anciano con chupalla, pantalones de montar ya

viejos, que pasaba en su bicicleta y todos le saludaban. Y él, con un gesto de su mano sobre la chupalla, les respondía sin dejar de avanzar, incluso manejando con sólo una mano. Y me dije a mí misma: yo quisiera llegar a esa edad en ese estado.

Y siguió pasando el tiempo, pasaron los meses y la rutina del trabajo diario. La visita a hospitalizados en sala, niños y adultos, y los a veces no tan queridos controles en policlínico. Y así, un día como cualquiera, entra al box un anciano de chupalla y pantalones de montar desteñidos, acompañado por una señora de menor edad. Sí, ahí estaba don Pantaleón, acompañado por una de sus hijas. Iba a su control crónico del adulto mayor, porque a pesar de los años, sólo tenía hipertensión arterial y cáncer de próstata que acarrea hacia muchos años. Bueno, siempre han dicho que un anciano con cáncer de próstata muere más probablemente de una neumonía que del cáncer. Pero don Pantaleón ya iba más allá: tenía metástasis lumbares, sí, lumbares y con todo eso, seguía andando en bicicleta.

Don Pantaleón era un viejito simpático, agradable, como suele ser la gente antigua de esfuerzo. En cada control conocía una historia diferente. Con

todos esos años de vida, tenía mucho que contar. Mientras lo examinaba o escribía los mil papeles que había que rellenar en el policlínico, entre la ficha clínica, recetas, recetones, órdenes de exámenes y de rayos, derivación a otros profesionales, etc., había tiempo suficiente para contarme acerca de sus aventuras en las minas del norte, en los cerros con sus animales, en sus partidos de fútbol en su juventud. Era un viejito que tenía sus años pero a veces parecía más vital que muchos otros que yo controlaba. “Siempre me cuidé, señorita, por eso aquí estamos”, me solía decir, “nunca entendí a los que tenían que curarse para pasarlo bien”.

Pasaron un par de años, y un día, como en cualquier visita a sala, me lo encuentro ahí, acostado. “Alguna vez me tenía que tocar, doctora”, me dijo. Una neumonía como a cualquier adulto de su edad. Como era tan vital, rápidamente se recuperó y lo tuvimos de vuelta en las calles. Pero no pasó mucho tiempo más cuando una de sus hijas entraba al policlínico de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor con el carné del hospital de mayor complejidad y la interconsulta del especialista para que le entregáramos los cuidados necesarios.

Muy asustada, miré a su hija y ella me dijo “No, doctora, mi papá está igual que





siempre pero el doctor de allá me dijo que el cáncer ya se le había ido a las caderas y que como es él, no nos contaba que le dolía. La idea es darle mejores medicamentos para los dolores". No sé si eso me tranquilizó en verdad, pero conocía también a su hija, y con lo mucho que se preocupaba por su padre, me pareció que debía bajar la ansiedad; ya le había tomado cariño a ese viejito. Pero no me quedé tranquila, no le creí mucho hasta cuando lo vi con mis propios ojos, un par de días después. Iba nuevamente en bicicleta por la plaza de armas hacia su casa. Coincidimos en el disco pare y le pregunté cómo andaba, no podía creer que tuviera esas metástasis y él siguiera andando en bicicleta. "Bien, doctora, como siempre", dijo, y me sonrió.

Como no podía creer el informe del especialista frente a ese estado de salud que presentaba don Pantaleón, en el próximo control, le pedí radiografías. Cuál fue si no mi sorpresa cuando pude corroborar directamente las lesiones en casi todas las vértebras dorsolumbares y también en pelvis, entre otras zonas.

Y desde ese momento, todo iba a cambiar. Don Pantaleón comenzó a "visitarnos" más seguido en el Servicio de Urgencias: dolor abdominal, tos, resfrió, dolor lumbar o en sus caderas. Al fin le habían alcanzado los años, me decía, y yo le respondía: "Y yo que pensaba que era porque le caíamos bien". Y siempre, siempre con su sonrisa en los labios.

Con el invierno se vinieron las enfermedades respiratorias, y las visitas de don Pantaleón a las salas de hospitalización se hicieron más frecuentes. Ese año y tras tanta lucha, finalmente se le notaron los años. Y un día, a principios de septiembre, llegó nuevamente don Pantaleón al Servicio de Urgencias. Venía mal, con compromiso de conciencia, hipotenso, taquicárdico y

febril. Pensamos lo peor y conversamos con las hijas como solíamos hacer. "No se preocupe, doctora, sabemos que el papá está en buenas manos. Sea lo que sea que pase, sabremos que es la voluntad de Dios". Me sorprendió la fe que había en esas palabras, la fe y la entrega hacia un equipo médico joven, la mayoría provenientes de tierras lejanas, y con todo lo que se decía en el pueblo acerca del hospital. Fue una inyección de energía para darle hacia adelante.

Pero el camino fue tortuoso, don Pantaleón no respondía al tratamiento antibiótico empírico. Era claramente una neumonía, pero las cefalosporinas no hacían nada; cambio antibioticoterapia a biasociada, pensando en que algo había debajo de la imagen. Todos teníamos claro qué podía haber ahí. Y fueron al menos diez días de tratamiento, de apoyo intenso con kinesioterapia, oxígeno, protección antiescaras, pero don Pantaleón no despertaba. Luego, los parámetros inflamatorios empezaron a mejorar, pero él seguía comprometido de conciencia: compromiso metastásico cerebral, ¿qué más si no?

La familia siempre preocupada pero siempre respetuosa, escuchaba atentamente las explicaciones que les dábamos día a día, las esperanzas que se nos acababan y las nuevas sospechas diagnósticas que aparecían. -La única forma de corroborar la sospecha de compromiso cerebral es tomando un scanner, pero para eso debemos derivarlo y no parece ser muy buena idea en estos momentos y en este estado.

-Doctora -respondió la hija-, no se preocupe, mi papá se irá cuando deba irse y por la causa que deba hacerlo. Sabemos y agradeceremos eternamente todos los cuidados que todos ustedes les han dado. Cuando usted nos diga, estamos listos para

llevarlo a la casa.

-Aún no podemos enviarlo a hospitalización domiciliaria, no tengo cómo enviarle el oxígeno de apoyo que requiere. Pero en cuanto podamos organizar algo, lo haremos. Agradecemos su confianza y su paciencia.

Era un viernes, pensábamos que no pasaría el fin de semana, así que organizamos todo para que quedara solo en un aislamiento y pudiera ser visitado durante las 24 horas por su familia en forma ordenada, con turnos. La familia siempre lo agradeció. Pero es que no debían, don Pantaleón se merecía eso y mucho más. Y así nos fuimos a descansar ese fin de semana, creyendo que ya no lo vería al regreso.

Pero el día lunes ahí estaba, y no sólo estaba ahí, sino que despierto, bromeando con los paramédicos y el personal de aseo, como solía hacerlo en sus hospitalizaciones anteriores.

-Buenos días, doctora -me dijo. -Don Pantaleón, ¡muy buenos días! -le respondí-. Me sorprende. Parece que quería estar solo en una habitación para volver.

Él, como siempre, me sonrió. Menores requerimientos de oxígeno, exámenes de laboratorio mejor; radiografía de tórax igual de mala, todo parecía estar mejor, demasiado mejor. En eso estaba pensando, cuando se acercó don Nibaldo, nuestro eterno, antiguo y sabio enfermero. Me miró y supe lo que quiso decir. Él había estado mucho tiempo dentro del equipo de cuidados paliativos y si de algo sabía, era de eso.

Había escuchado en varias ocasiones los que por ahí llaman "veranito de San Juan" o "regresar para lo pendiente", o también "el último suspiro", pero nunca lo había podido objetivar de forma tan clara. Y es que no parecía por ningún lado que



don Pantaleón fuera a decaer nuevamente. Estaba tan bien...

Y avanzamos en la semana, y ese 17 de septiembre noté a don Pantaleón un poco más decaído, más pálido. Aun así, siempre de buen ánimo, con bromas: el tema fue la celebración de las fiestas patrias. Estaba con una de sus hijas, que se quedaba con él durante la noche, y fue ahí que me dijo:

-Doctora, quisiera pedirle un favor. -Pero bastaba más, don Panta, dígame. -Quisiera pasar estas fiestas patrias en mi casa, con mi familia. Yo sé que tengo permiso para recibir a mi gente acá, pero no todos al mismo tiempo y tampoco pueden entrar mis bisnietos. Uno nunca sabe si llegará a las próximas fiestas. Sólo pido permiso por el fin de semana, luego me vuelvo si usted quiere.

Lo miré a los ojos, luego a su hija, y todo quedó claro. Asentí, "haré todo lo posible", respondí, y salí a buscar a don Nibaldo.

-Estaba esperando que me lo pidiera, doctora, tenemos todo listo. Los paramédicos de llamada se harán cargo de los tratamientos y el oxígeno. Sólo falta que usted convenza al jefe de autorizar la salida de un balón de oxígeno extraordinario en un fin de semana así para poder terminar de coordinar todo -me respondió don Nibaldo cuando le conté, sonriendo.

Qué mejor, dije yo. Y entre paciente y paciente que debía atender en mi turno del Servicio de Urgencias, logré convencer al director, que además era el encargado de la sala ERA, y hacer todo los demás trámites que permitieron que don Pantaleón lograra salir a su casa. Cuando iba saliendo en la camilla a la ambulancia, se detuvieron en la

puerta de la Urgencia para despedirse. Un abrazo apretado y un beso de esos babosos de los viejitos fue lo último que recibí de don Pantaleón. Algo me decía que no lo volvería a ver.

Y avanzó el turno, fue imparable, cansador. Pero al día siguiente era feriado y no debía volver al hospital en los próximos cuatro días. Vino la merecida desconexión viajando a juntarse con la familia y, luego, el lunes nuevamente a la carga.

Esa mañana llegué como nunca, más temprano, y vi el aislamiento vacío. Seguí caminando cabizbaja hacia el mesón de enfermería donde ya estaba don Nibaldo.

Me miró y me dijo: -El 19 a mediodía, doctora -fue lo único que me dijo.

Qué más podíamos hacer, era finalmente lo mejor. Pero así es como uno se encariña con algunos pacientes, sin menospreciar a los demás, pero hay algunos que hacen una conexión distinta. Y estar allá, lejos, te permite acercarte aún más a ellos. Y lo que más pena me daba, era que ni siquiera había alcanzado a ir a su funeral. Lo habían llevado al cementerio el día anterior, y yo ni me había enterado. Me prometí tratar de ir a su casa a dar el pésame, que tanto me complica dar siempre, pero esta vez merecía el sacrificio. Pero una vez más, la rutina, la carga asistencial, los turnos, los compromisos administrativos y directivos, hicieron que los días pasaran demasiado rápido, y el tiempo me fue abandonando.

Y así, sin darme cuenta, se cumplía un mes. Y un día, a media mañana, Marisol, la secretaria de la Dirección, me llama al box y me dice que unas señoras me esperaban en la oficina, que traían un paquetito y que solicitaban entregarlo personalmente. Me

molesté un poco, lo reconozco, interrumpir el policlínico que de por sí estaba lleno, me complicaba; "al final de la mañana iré por allá", respondí.

Y pasó la mañana, y caminando a mi casa, por suerte la puerta de la Dirección quedaba en el camino, alcancé a divisar a mis visitantes. Ahí, en el sillón de la sala de espera, estaban las dos hijas con quienes más había compartido, con un paquete muy pequeño, con cinta de regalo en sus manos. Me sentí hasta culpable cuando las reconocí y ellas se pusieron de pie, sonrientes, al reconocerme. Me llené la boca de excusas para tratar de redimirme por no haber ido a verlos tras la partida de don Pantaleón, pero ellas me respondieron: "No se preocupe, doctora, sabemos lo ocupada que está tratando de ayudar a sus pacientes, tanto como cuidó al papá. Por eso, pensamos que debíamos demostrarle de alguna forma lo mucho que agradecemos su preocupación", y me entregaron el paquetito.

Me sonreían, con ojos llorosos. Y yo me quedé igual cuando finalmente abrí el paquete enfrente de ellas: un galvano grabado en metal e incrustado en madera, con logo del hospital, mi nombre y el de los demás funcionarios eran mencionados dentro de una frase de agradecimiento por lo hecho por su papá. Brillaba al sol del valle, y yo no podía contener las lágrimas y sólo atiné a abrazarlas. Qué gesto más hermoso, qué forma de materializar lo que ya era inolvidable: la experiencia de haber conocido a don Pantaleón.

Y puedo asegurar que ningún recuerdo, ni entregado por el mismo Servicio de Salud, ha sido más hermoso que ese galvano. Y puedo agregar que está ahí, brillando, colgado en la pared de mi casa, mientras escribo estas palabras. Me

Observando la Luna

Descubriendo la astronomía (parte IV)

Dr. Vicente Carrillo Andrades

A lo largo de la historia de la humanidad, la Luna siempre ha despertado una gran fascinación debido a su belleza y su nexa con la noche. Su prominencia en el cielo y su ciclo regular de fases han hecho de ella un objeto de importante influencia cultural desde la antigüedad, tanto en el lenguaje como en el calendario, el arte o la mitología.

La Luna es el quinto satélite más grande del sistema solar y con un cuarto del diámetro de la Tierra, es el de mayor tamaño en relación al planeta que orbita. Se encuentra en relación sincrónica con la Tierra, es decir que siempre muestra la misma cara hacia nuestro planeta. Su distancia orbital, cerca de treinta veces el diámetro de la Tierra, hace que se vea en el cielo del mismo tamaño que el Sol y permite que la Luna cubra exactamente al Sol en los eclipses solares totales. Después del Sol, es el objeto celeste más brillante del cielo.

Se cree que la Luna se formó hace 4500 millones de años después de un gran impacto de un planetóide con la Tierra. No posee atmósfera, su actividad geológica cesó hace mucho tiempo y es por lo tanto un mundo polvoriento y sin vida.

La Luna es el único cuerpo celeste en el que el ser humano ha realizado un descenso tripulado. En los años sesenta, un sueño imposible se hizo realidad cuando llegó el hombre a la Luna. Doce hombres han caminado sobre su superficie y se han recogido 380 kg de rocas lunares, que han permitido comprender el origen de ésta.

El Lunar Orbiter fue la primera misión que cartografió la Luna, previo a los alunizajes. Recientemente, el Lunar

Reconnaissance Orbiter ha mostrado los sitios de alunizaje y los vehículos lunares con detalle, donde se pueden observar las huellas de los lunar rovers.

OBSERVACIÓN DE LA LUNA

Observar la Luna con binoculares o telescopios es muy interesante para el aficionado y está tan cerca que a simple vista podemos ver algunos detalles importantes de su topografía. Las regiones oscuras y que Galileo llamó “maria” (mares), son en realidad mesetas basálticas y que en su conjunto delinean la forma de un conejo que resalta contra un fondo color queso, zonas claras que corresponden a regiones cruzadas por cordilleras y salpicadas por cráteres de impacto denominadas “terrea”.

Es de gran utilidad tener a mano cartas lunares para observar la Luna con cierta metodología. Recordemos que este satélite pasa por una serie de fases: nueva, creciente, llena y menguante. En cada una de estas fases se puede ver una parte diferente de la Luna.

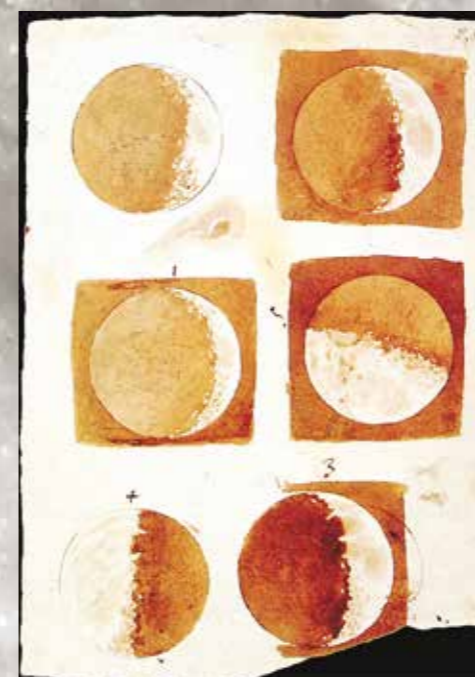
La zona lunar más interesante es la que corresponde al “terminador” y las zonas cercanas, y que corresponde a la transición entre la parte iluminada y no iluminada. La razón es que en esos puntos resaltan los accidentes geográficos y las sombras contrastan. El terminador avanza día a día, la parte iluminada va quedando plana y sin relieves evidentes y por lo tanto de poco interés para el observador. Por ello, la Luna llena es de poco interés y, más aún, constituye una molestia para la observación del cielo profundo por la intensidad de la luz.

Aparte de los “mares” ya descritos, se pueden observar valles planos, que corresponden a cráteres muy grandes, de 60-200 km de diámetro. También montañas anilladas o con terrazas, que son cráteres grandes y con paredes altas que tienen uno o varios picos centrales. Asimismo, cráteres de diferentes dimensiones, cadenas montañosas, valles, grietas y rayos brillantes, que nacen de los cráteres de impacto.

A la Luna la vemos “salir” por el Este y “ponerse” por el Oeste, y para apreciar su movimiento efectivo es preciso fijarse en las estrellas o planetas cercanos. Vista desde la Tierra, la Luna avanza en el cielo 12,19 grados diarios, lo que hace que se retrase 52,7 minutos al día en su aparición por el horizonte del Este. Hay que recordar que la Luna y la Tierra giran en torno a un baricentro o centro de masa común, que aunque se encuentra en el interior de la Tierra no coincide con su centro. Eso significa que Tierra-Luna tiene un pequeño bamboleo. Este fenómeno ha permitido, junto a otros métodos, el descubrimiento de planetas extrasolares.

Otros fenómenos estelares que podemos observar en relación a la Luna son los eclipses lunares y solares, y los ocultamientos de estrellas y planetas.

Como la Luna es un objeto muy brillante se facilita la fotografía que no requiere de seguimiento. La observación puede derivar en dibujos de su superficie, como lo hiciera Galileo. También se pueden fotografiar las libraciones, que son las zonas de la cara oculta que se dejan entrever a causa del movimiento pendular de nuestro satélite.



Luna dibujada por Galileo.

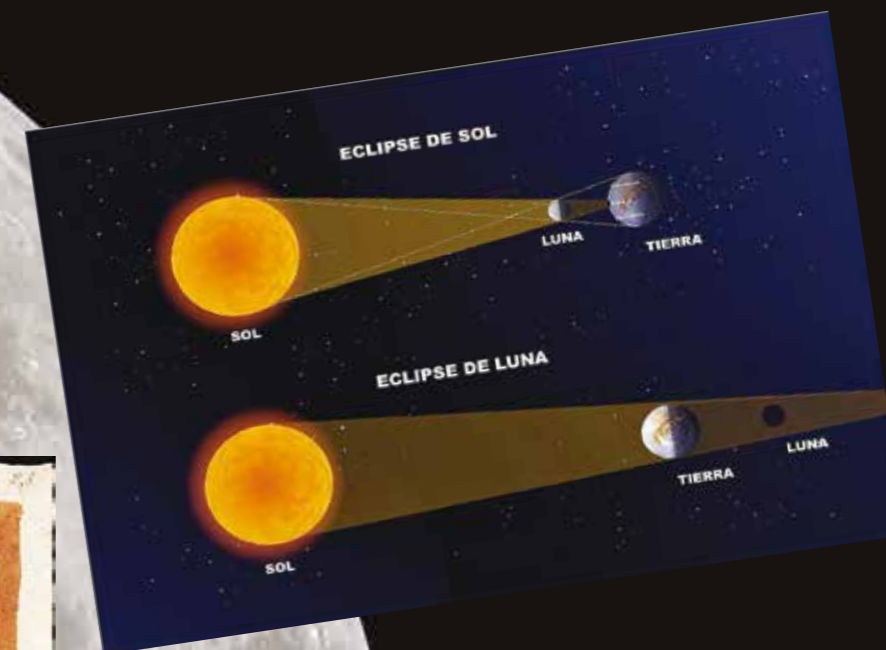
FASES DE LA LUNA

Luna Nueva (novilunio): es cuando la Luna pasa entre la Tierra y el Sol.

Cuarto Creciente: ocurre durante la etapa creciente, cuando la Luna forma un ángulo recto con la Tierra y el Sol, y se puede observar la mitad Este de la Luna iluminada.

Luna Llena (plenilunio): ocurre cuando la Luna queda en una sola línea con la Tierra y el Sol; aquí la Luna queda iluminada en toda su cara visible.

Cuarto Menguante: ocurre cuando la Luna pasa por un punto donde vuelve a formar un ángulo recto con la Tierra y el Sol, y podemos observar la mitad Oeste de la cara visible iluminada.



OTROS DATOS

El mes lunar o mes sinódico dura en promedio 29,53 días, que es el tiempo que demora en repetirse una misma fase.

La órbita de la Luna es elíptica, y por lo tanto se aleja y se acerca. Esta distancia varía aproximadamente entre 356.000 y 406.000 km. La veremos por lo tanto de diferente tamaño.



Lunar rover.

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

56% VENDIDO | COMPRE HOY SIN IVA

- PRIMERA ETAPA 100% VENDIDA
- AMPLIAS TERRAZAS
- VENTANAS TERMOPANEL
- EXCELENTES TERMINACIONES
- COMPLETO EQUIPAMIENTO FAMILIAR
- PANORAMICAS VISTAS
- ALTA PLUSVALIA



MODERNOS DEPARTAMENTOS DE 1, 2 y 3 DORMITORIOS

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.

OFICINA DE VENTAS
 FRANCISCO SOZA C. 750 . BOSQUES DE MONTEMAR . CONCON
 CONTACTO@VIGIADEMONTEMAR.CL / CEL: 56373877
 WWW.VIGIADEMONTEMAR.CL
 CONSTRUCTORA VICONSA . ARQUITECTO FRANCISCO VIVANCO

Bosques de Montemar
 CONCON



Las imágenes y textos contenidos en esta ficha fueron elaborados con fines ilustrativos. No constituyen necesariamente una representación de la realidad. Lo anterior en virtud de lo dispuesto en la Ley 19.472.



Cartas al director

Señor director:

Deseo agradecer el artículo "Algo más sobre el aborto", del Dr. Ruperto Miranda, publicado en el último número de *Panorama Médico*, porque permite aclarar una confusión que consiste en diferenciar cuándo existe una materia viva y cuándo hay un ser humano pleno de derechos.

En su artículo, el Dr. Miranda pretende dar una respuesta "científica" a esta interrogante, lo que no corresponde. El primer tema pertenece a la biología y el segundo a la filosofía. Son dos materias relacionados, pero individualizables. La opinión del Dr. Miranda es una de las posibles sobre la materia y es compartida actualmente por una minoría respetable. La otra interpretación es que el embrión y el feto adquieren derechos en forma progresiva. Esto ha permitido en muchos países la fertilización *in vitro* y aceptar el aborto en etapas precoces en algunas circunstancias específicas, como se

propone actualmente en nuestro país.

Me permito transcribir las opiniones del eminente humanista español Diego Gracia, quien afirma al respecto: "Yo creo que a veces los científicos se pasan. Cuando se dice que la ciencia demuestra que desde el primer momento un embrión es un ser humano, yo creo que eso no es verdad y la ciencia no puede decir nada ni a favor ni en contra. La ciencia sabe lo que sabe, utiliza las técnicas que tiene y nada más. Y la cuestión no es una cuestión científica, es ética. Lo que me parece absolutamente incorrecto es que unos señores se atribuyan unas prerrogativas que no tienen y que digan 'nosotros como científicos'. Eso es incorrecto y no se puede decir y esos señores están utilizando la ciencia de un modo que no es correcto. Están manipulando a la gente" (entrevista publicada en el Diario El Progreso, de Lugo. Edición digital del 18 de abril de 2009). Y

también sostiene que "el feto adquiere personalidad en el tránsito entre la fase embrionaria y la fetal" (*Ética de los confines de la vida*. Diego Gracia. 1996. 103p).

Finalmente, es importante considerar también la opinión de Santo Tomás sobre el tema, quien señala que "la animación es sucesiva y tardía a la formación del cuerpo de cada ser humano".

Por lo tanto, existe una mirada diferente a la expuesta en el artículo publicado y que debe ser considerada porque es la que predomina en la actualidad. La existencia de una materia viva y un ser humano pleno de derechos son dos temas relacionados, pero perfectamente individualizables.

Saluda atentamente,

Dr. Fernando Novoa Sotta

¡Estamos en las redes sociales!



Síguenos en...



OBITUARIO



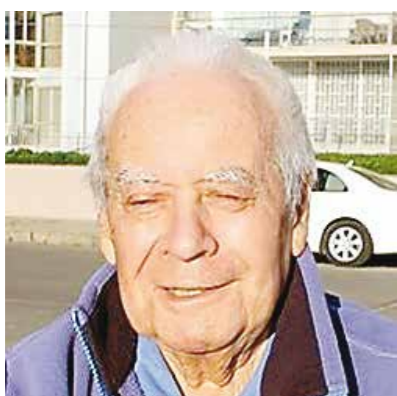
Dra. Talía Ifsa Álvarez Gallardo

La Dra. Álvarez nació el 19 de septiembre de 1928 en Punta Arenas. En 1955 obtuvo su título de médico cirujano en la Universidad de Chile.

Llegó a Casablanca a apoyar la labor del doctor Vildósola, en el Hospital San José, establecimiento del que llegó a ser directora entre 1972 y 1973. Uno de sus mayores logros fue la creación de las actuales postas rurales de Los Maitenes (1967), Las Dichas (1968), San José de Algarrobo (1970), Lagunillas (1971) y Quintay (1972).

Conocida no sólo por su profesionalismo como médico sino por su valiosa obra artística, literaria e investigativa que desarrolló en Casablanca, en 2003 fue reconocida como Hija Ilustre de la comuna.

En 2007 publicó *Historia de la Medicina en Casablanca siglo XX*, libro único en su género, donde despliega un estudio acerca del desarrollo de la medicina local de la que ella fue testigo y protagonista.



Dr. Clemente Meneses Rubiáñez

El Dr. Meneses nació el 18 de febrero de 1928. Cursó estudios secundarios en Liceo de Hombres de Viña del Mar. Estudió Medicina en la Universidad de Chile. Tras titularse, en 1953, ingresó al Servicio de Traumatología del Hospital Carlos van Buren y meses después ingresó a la Armada de Chile, siendo jefe del Servicio de Traumatología en el Hospital Naval.

En 1954 fue destinado a Isla de Pascua, en 1956 fue designado director de la Casa de Socorro de Puerto Williams, y regresa en 1957 para reasumir la jefatura de Traumatología del Hospital Naval, hasta su retiro en 1978.

Fue fundador y director del centro médico especializado en traumatología, ASOMEL, y presidente y vicepresidente de la Asociación Gremial de Traumatólogos de la región.

En 1973 asumió la jefatura del Servicio de Traumatología y la cátedra de Traumatología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cargo que desempeñó hasta jubilar en el año 2003.



Dr. Rodrigo Iván Mellado Valenzuela

El Dr. Mellado nació el 24 de abril de 1938, en Curicó. En el Colegio de los Hermanos Maristas de esta ciudad cursó la totalidad de sus estudios primarios y secundarios.

Ingresó a estudiar Medicina a la Universidad Católica, y tras titularse en 1964 ejerció como ginecoobstetra en los Hospitales Sótero del Río, Hospital de Rancagua y Hospital de Potrerillos, donde llegó a ser subdirector.

En 1975 emigró a Alemania, para especializarse en anestesiología. Ejerció por 10 años en la ciudad de Hannover y luego se trasladó hasta Uelzen, donde residió hasta el año 2000, momento en el cual jubila y retorna a Chile, estableciéndose en Viña del Mar.

De su primer matrimonio tuvo 3 hijos: Julieta, Paula e Iván, quienes le dieron 6 nietos. Casado en segundas nupcias con Ana María Fishwick, tuvo una hija, Constanza, quien espera su primer retoño.

Aficionado a la historia, la literatura y la escultura, quienes lo conocieron lo recuerdan como un hombre muy humano, leal y profundamente solidario.



Dr. Juan Alberto Montedónico Quiroz

El Dr. Juan Montedónico nació el 13 de julio de 1943. Cursó estudios primarios y secundarios en la Scuola Italiana de Valparaíso. Estudió Medicina en la Universidad de Chile, titulándose en 1970, mismo año en que aprobó el examen del Educational Council for Foreign Medical Graduates para ejercer en Estados Unidos.

Se especializó en cirugía general en el Hospital Carlos Van Buren, Hospital Valparaíso y Hospital Barros Luco Trudeau, para luego seguir formación en cirugía maxilofacial, cirugía plástica y reconstructiva y realizar estadías de perfeccionamiento en México, Río de Janeiro e Italia.

De su trayectoria profesional destacan su paso por el Hospital Carlos van Buren, el Hospital Roy H. Glover de Chuquicamata, la Asistencia Pública de Valparaíso, una comisión de servicio en Isla de Pascua para operaciones de secuestrados de lepra, y el Hospital Eduardo Pereira, donde llegó a ser jefe del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

CONVENIOS



Colegio Médico de Chile
Consejo Regional Valparaíso

Automotriz



Mercedes-Benz

KAUFMANN

Hotelería



Computación



Arte



Lentes de sol



Salud Dental



Cumpleaños



Banco



Conozca los detalles en:

www.colegiomedicovalparaiso.cl