



Colegio Médico
da la bienvenida a Banco Itaú.

365 días / 24 horas / 51 sucursales
686 0000 / www.itaú.cl

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



Panorama Médico

Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 17 N° 69 Marzo 2007



Píldora del Día Después: Dilema Ético



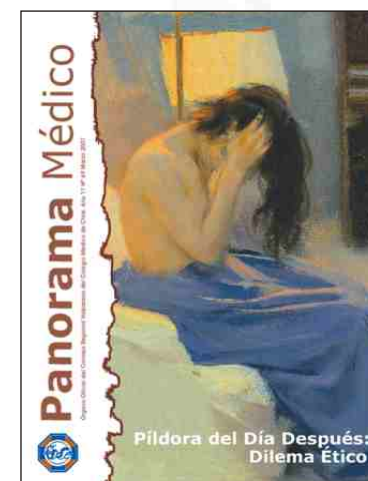
¿Cuál isapre, cree usted, le ofrece los mejores planes de salud?



UNIDAD DE ACCIONISTAS
www.masvida.cl
e-mail: acciones@masvida.cl

Solicite un Ejecutivo a los teléfonos: Región Metropolitana: (02) 550 8300 • V Región: (32) 220 7200 • VIII Región: Concepción: (41) 225 4438 - Talcahuano: (41) 254 9604

Marzo 2007



Panorama Médico

Director

Dr. Guillermo Aristides F. garistides@gmail.com

Comité Editorial

Dra. Annabella Marchese P.
Dr. Héctor Opazo S.

Colaboradores

Dr. Álvaro Carrizo A.
Dr. Juan Eurolo M.
Dr. José Hono P.
Dr. David Lagos D.
Dr. Ruperto Miranda N.
Dr. Fernando Novoa S.
Dra. Carmen Noziglia D.
Sr. Alfredo Silva V.

Periodista

Alberto Irarrázabal R.

Representante Legal

Dr. Juan Eurolo M.

Producción General e Impresión

Comunicación Global
www.cscmunicaciones.cl

Esta revista es editada por el Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G.

Domicilio Legal

Revista Panorama Médico
Los Acacios 2324
Fono: (32) 2677982
Viña del Mar

Producción & Publicidad

Sr. Osvaldo Gaete (32) 2677982

Correo Electrónico

reg.valparaiso@colegiomedico.cl

Página Web

www.colegiomedicovalparaiso.cl

Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quien las emite y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.

Portada

Cuadro del pintor español Ramón Casas.

Palabras del Presidente

Servicio Viña-Quillota: ¿de nuevo el "control horario"?



El Servicio de Viña-Quillota ha ordenado implantar el Control Biométrico del horario médico aduciendo un compromiso de gestión ministerial, más comodidad de registro administrativo y un eventual puntaje extra para la gestión de sus directivos al momento de acreditarse para la futura etapa de autogestión hospitalaria. El sistema se instala a la fuerza, sin la necesaria contrapartida motivadora hacia los colegas que permita incorporarlos a un trabajo en mejores condiciones y mayor calidad infraestructural, dramáticamente necesaria en el caso del hospital Fricke.

Esto no es nuevo en dicho servicio de salud, ya que en tiempos del gobierno militar, el director de la época, Dr. Jorge Bartolucci, también implantó el sistema a la fuerza en los años 80. Posteriormente, en el año 2004, el director subrogante de ese momento, Dr. Rubén Gamboa, dictó una resolución ordenando lo mismo. En ambos casos el resultado final fue la existencia de dos métodos, predominando ampliamente el sistema del libro de firmas, permitido y autorizado por dictámenes de Contraloría de esos momentos.

Creemos ver en la actual medida un espíritu negativo hacia el trabajo médico, creando para nuestros colegas una atmósfera laboral desagradable y resentida. Sabemos que es muy difícil evaluar y controlar la labor médica pública y por eso creemos que la única manera de hacerlo es evaluando los resultados respecto de lo programado, tanto en cantidad como en calidad. Los libros de firmas, tan criticados y vapuleados por algunos, son efectivamente meros registros formales para cumplir con la reglamentación existente y en estricto rigor serían innecesarios. Nos llama la atención que haya colegas que ayudan a desprestigiar aún más este sistema diciendo que es "falso" y "vulnerable" sin fijarse que el tema de fondo es el cumplimiento de las tareas programadas. Si de controlarnos se trata, las tarjetas de reloj también pueden ser manipuladas, y el control biométrico que ahora se quiere implantar sólo registrará los dos momentos del día en que el dueño de la huella digital lo utilice, los cuales "supondremos" (no tienen por qué serlo) que serán la entrada y la salida del hospital; es decir, el médico responsable seguirá cumpliendo y el tramposo seguirá engañando. En suma, la asistencia y puntualidad han constituido para la gran mayoría de los médicos un deber moral que nunca necesitó controles especiales y que si ahora éstos se implantan, pueden producir efectos psicológicos desmotivadores que perjudican finalmente a quienes se quiere favorecer: los pacientes.

Las conversaciones con la directora (subrogante) del Servicio de Viña-Quillota y sus asesores han sido estériles, pues ellos no logran reconocer la naturaleza esencialmente flexible del trabajo médico e insisten en privilegiar horarios por sobre las actividades profesionales. Si el deseo de la doctora es controlar el horario, deberemos acatarlo, pero a su vez nosotros nos veremos obligados a exigir las condiciones standard adecuadas para trabajar de acuerdo a la lex artis, las cuales todos sabemos que no existen en nuestros hospitales; y a su vez trabajaremos solamente lo estrictamente contratado: esto quiere decir que las cirugías serían programadas calculando el horario de salida de los médicos, se exigiría un anestesista por pabellón, no se verían pacientes extras en polis y procedimientos y las salas serían atendidas de acuerdo a las recomendaciones de los propios especialistas. El resultado probable podría ser una disminución de la productividad médica con el consiguiente perjuicio en la atención de la comunidad.

Si finalmente se implanta el sistema, el Colegio Médico Regional será inflexible en la defensa de nuestros colegas.

Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso
Colegio Médico de Chile

Palabras del Presidente Servicio Viña-Quillota: ¿de nuevo el "control horario"?	01
Editorial ¿La píldora del día después o el día después de la píldora?	03
Gremial Historia de sede regional	04
Asesor Legal Mobbing o acoso psíquico laboral al médico	08
Reportaje Escuelas de medicina ¿Ley de oferta y demanda? (3ª Parte)	10
Tema Central Píldora del día después	15
Centros Hospitalarios Hospital San Martín de Quillota	20
Facetas Dr. Sergio Fuentes	22
Patología en el Arte Monet: La despedida de Camille	24
Historia Historia de la medicina chilena	26
Noticias	28
Recomendamos	29
Tecnología El computador en la consulta	30
Humor El regreso	32

¿La píldora del día después o el día después de la píldora?



Una vez más nos enfrentamos a una situación en la que caben dos opciones, un sí o un no, un ser o no ser. Detrás de esa decisión estará más que el hecho de firmar una receta, estará la praxis de nuestras más profundas convicciones o creencias expuestas en lo que llamamos valores. Siempre existirá la opción de relativizar hasta lo absoluto de la esencia vital, nos preguntaremos dónde empieza la vida y terminaremos preguntándonos ¿dónde empieza la muerte o peor aún cuando termina la muerte?

El concepto, en todo caso, es tratar de dar más luz a una decisión que será tomada en lo más profundo de nuestro ser, pero con la cual afectaremos "potencialmente" a muchos más seres. ¿Seremos capaces de abstraernos de lo obscenamente politizada que está la discusión? Una cosa está clara: con el peso de esa decisión no solamente viviremos nosotros como médicos, sino que también lo hará la persona a cuyo nombre está la receta.

Es un signo del nuevo siglo relativizar todo, hasta el tiempo, pero eso a la larga nos consumirá, perderemos nuestra identidad, nuestro apego a la realidad, sí, tal como suena, enloqueceremos como sociedad.

Ese es para mí el punto fundamental de la discusión, no el hecho que esté a favor o en contra de la píldora en sí; estoy claramente en contra de que nuestros hechos no sean el fiel reflejo de nuestra conciencia o, peor aún, que lo sean de una conciencia desinformada.

Así, en este número abordamos el dilema moral que plantea la píldora del día después, con la visión de dos médicos dedicados al análisis de problemas éticos.

Al final, la decisión es de usted.

Dr. Guillermo Arístides Fuentes
Director Revista Panorama Médico



4- Gremial. Análisis de la conflictiva relación económica existente entre el Colegio Regional y Nacional.



15- Destacado. El dilema ético que plantea el uso y distribución de la píldora del día después.



30- Tecnología. Artículo donde se explica las ventajas de tener un computador en la consulta.

De la difícil historia de nuestra sede regional y los infortunios que nos acechan

Actual Sede Regional desde el 2000, Miraflores, Viña del Mar

La actual sede del Regional Valparaíso ubicada en Miraflores, Viña del Mar, tiene una historia un tanto compleja que nos parece conveniente dar a conocer a los médicos colegiados con el objeto que comprendan la forma en que se ha dado la relación gremial con el Consejo General y tengan una idea, aunque sea aproximada, de las tareas que han asumido los dirigentes en su intento de representar de la mejor manera posible los intereses de los colegas de esta zona.

En primer lugar me permitiré recordar algunos conceptos básicos, tal vez demasiado obvios, pero necesarios para el desarrollo de estas líneas:

- El Colegio Médico de Chile es propiedad de todos los médicos colegiados del país. Generaciones de profesionales han mantenido, financiado y sostenido a nuestra organización con el objeto que nos represente, defienda y acoja.
- Los dirigentes gremiales somos transitorios, estamos de paso en algún cargo y al asumir alguna tarea debemos hacerlo pensando ya en nuestro relevo y en cómo vamos a entregar y dar cuenta de lo realizado.
- La fortaleza del Colegio Médico reside en la unión de sus integrantes y en la capacidad de éstos de exigir cuentas a sus representantes. Es una obligación de

todos los afiliados estar alertas ante las actuaciones de los dirigentes encargados de representarnos y administrar los bienes que se ponen a su disposición. No hacerlo significa autorizar actos con los que podemos no estar de acuerdo y legitimar con nuestro silencio hechos que pudieran merecer más de un reparo.

d.- Como corolario de lo anterior, la transparencia debe ser una característica sine qua non en los actos de quienes tienen a su cargo la difícil tarea de dirigir los rumbos de nuestro querido Colegio. El apoyo que la base médica pueda entregar a quienes hablan en su nombre depende directamente de la confianza inspirada por esos dirigentes.

Todo lo anterior para fijar el marco de referencia en el cual nos moveremos para referirnos a nuestra sede regional, su historia y la incómoda situación actual, hechos que deseamos compartir con los colegiados de la Quinta Región.

A MODO DE HISTORIA

Quienes tienen más de 30 años de permanencia en la región recordarán la antigua sede ubicada en Valparaíso, Avenida Brasil N° 395 esquina con Arturo Edwards, la que se vio seriamente afectada

por el terremoto de 1971 y que posteriormente fue demolida, transformándose en un sitio eriazó. A mediados de 1974 funcionó en un departamento de un ambiente ubicado en el entresuelo del Hotel Prat (Valparaíso) de calle Condell N° 1443. Posteriormente, desde abril de 1978 se arrendó una casa de 2 pisos ubicada en Viña del Mar, calle 6 poniente 171, hasta que en 1986 se adquirieron los departamentos de Arlegui, bajo la presidencia del Dr. Jorge Kaplán, los que fueron adquiridos en la cantidad de 4.400 UF.

En estos departamentos se trabajó intensamente en años de especial significado para nuestro regional, siendo lugar de activos encuentros gremiales y científicos que daban sentido a la inversión que se hizo por parte de la Mesa Directiva Nacional.

El paso del tiempo, el crecimiento de nuestro regional y de Viña del Mar, con la inevitable congestión vehicular, hizo que la sede quedara enclavada en pleno centro, sin fácil acceso y estando además alejada de los principales centros de trabajo y residencia de los colegas. Por estas razones a fines de 1999, y bajo la presidencia del Dr. Patricio Cancino, se inició la búsqueda de una nueva sede más amplia y cómoda, llegándose a ubicar la propiedad de Los Acacios, sector de Miraflores. Esta fue adquirida en septiembre de 2000 con aportes aprobados por el Consejo General y bajo la presidencia del Dr. Enrique Accorsi.

En ese momento y para poder conseguir la ayuda económica de Santiago, nuestro regional se comprometió a pagar la mitad del valor de la propiedad. Ese fue el inicio de dificultades que hasta ahora se mantienen.

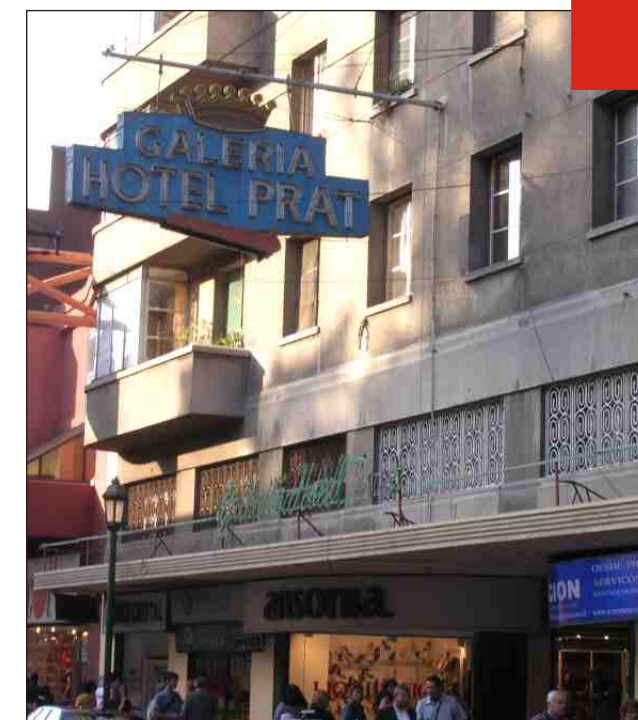
SOBRE SEDES, TERRENOS Y OTROS INMUEBLES Y DE LO QUE CON ELLOS OCURRIÓ

Como ha sido señalado, los departamentos de Arlegui fueron adquiridos en 1986 por un monto de 4.400 UF aportados por el Consejo General, sin obligación de devolver los dineros por parte de nuestro regional.

Posteriormente el terreno en los que ubicaba la antigua sede de Valparaíso, fue vendido en 1989 en la suma 2.173 UF. El dinero producto de esa venta fue remitido a Santiago en su totalidad, tal vez como una forma de compensar la compra de los departamentos.

Hay que señalar que 3 años antes, en 1986, una propiedad de 40 hectáreas ubicada en Colliguay, comuna de Quilpué y testada en favor del Regional Valparaíso por el Dr. Antonio Paiva Yáñez, había sido vendida por la Mesa Directiva Nacional en \$2.500.000 de la época. El dinero fue también remitido al Consejo General.

Habría que mencionar que la donación del Dr. Paiva estaba destinada para usufructo exclusivo de los médicos de Valparaíso, lo que obviamente no fue cumplido. Ignoramos las razones que los dirigentes nacionales y regionales tuvieron para modificar los términos del testamento del Dr. Paiva. Lo cierto es que también en esa ocasión los dineros viajaron a Santiago



Primera Sede Regional, Hotel Prat Valparaíso (1974 - 1978)

sin retorno.

Finalmente, la difícil historia del terreno de Tabolango, comprado inicialmente por la Corporación Club de Campo, grupo de médicos que deseaban hacer un centro de esparcimiento para los colegas de la Quinta Región. La falta de pago del préstamo generó problemas bancarios y obligó a que la Mesa Directiva Nacional interviniera y cancelara el total de la deuda de ese momento (aproximadamente 30 millones de pesos). Actualmente forma parte del patrimonio del Colegio Médico de Chile y tiene un valor comercial de 180 millones de pesos.

Hasta aquí los aportes en bienes raíces que el Regional Valparaíso ha hecho al Colegio Médico y a sus activos.

SOBRE LOS APORTES ECONÓMICOS DE VALPARAÍSO

Es de conocimiento de todos los colegiados que parte de la cuota social que cancelamos está destinada a la construcción, ampliación y manutención de las sedes de los Consejos Regionales del país. El uso de dicho ítem, llamado "Cuota Casa del Médico", está definido en los manuales de operaciones contables con los que se maneja el Colegio Médico de Chile desde hace al menos 28 años. En ellos se establece que los dineros recaudados por el Colegio Médico bajo este rubro deben ser utilizados para el fin al cual han sido destinados. Por lo demás, son auditados bajo esa premisa, lo que consta en la documentación interna del Colegio. Como dato ilustrativo podemos informar que desde 1986 y hasta Diciembre de 2006, nuestro Regional ha hecho aportes a Santiago por este concepto por un total aproximado de \$ 430 millones (valores actualizados según IPC).

Por lo tanto, cuando nuestro Regional solicitó la ayuda de la Mesa Directiva Nacional no se hizo otra cosa que utilizar esos fondos para sus fines específicos, por lo que no correspondía que se lo considerase un préstamo o un favor especial distinto a los propósitos para los cuales se destina la cuota "Casa del Médico".

El proveer una sede digna de nuestros colegas constituye una obligación elemental de la dirigencia regional y nacional, por lo que existe financiamiento específico para cumplir esa tarea.

Por todo lo anterior, podemos afirmar categóricamente que nuestro Regional ha hecho aportes sustanciales al patrimonio del Colegio Médico de Chile en cifras que superan ampliamente los montos que fueron solicitados para renovar y ampliar la antigua sede. La región ha apoyado a la metrópoli de manera bastante más significativa de lo que es lógico y cuerdo esperar. Sobre el origen del "préstamo", los movimientos del dinero y las deudas ajenas intentaré presentar de manera somera los aspectos administrativos que nos permitieron poder hacernos de la nueva sede regional.

● El acuerdo N° 88 del Consejo General de fecha 6/7/2000 autorizó a la Mesa Directiva Nacional para comprar una propiedad para el Consejo Regional Valparaíso por un valor máximo de 26.649 UF. Se señaló en ese momento que el 50% de la deuda sería asumido por el Regional así como los gastos de habilitación y alhajamiento. Previamente, en los primeros meses de 2000 habían sido ya transferidos a nuestro regional \$10 millones para algunas demoliciones y regularizaciones necesarias antes de la compra formal. Dicho monto fue considerado como un adelanto al precio de la transacción. Posteriormente se nos entregaron otros \$50 millones para iniciar las reparaciones y modificaciones necesarias para el funcionamiento como sede gremial.

● El 14/9/2000 el Presidente Nacional, Dr. Accorsi, solicita un nuevo acuerdo del Consejo General para hipotecar la propiedad en trámite de compra y además el terreno de Tabolango.



Segunda Sede Regional, 6 Poniente 171, Viña del Mar (1978 - 1986)

● El 29/9/2000 el Banco BBVA transfiere al Colegio Médico la suma de 26.649 UF (\$ 409 millones). Desde esa cuenta se transfiere a nuestro regional \$ 195 millones completando las 16.132 UF que costó finalmente la propiedad. Por lo tanto, y según el acuerdo N° 88 señalado más arriba, el regional estaba comprometido a pagar 8.066 UF. Es necesario precisar que si bien el acuerdo de la MDN autorizaba una operación bancaria por hasta 26.649 UF, la propiedad costó sólo 16.132 UF. El destino de las 10.500 UF solicitadas en exceso al banco nos es desconocido.

● El 8/11/2000 la Gerente del Colegio Médico, María Paz Gallo, nos informa del monto total del préstamo solicitado al Banco BBVA (26.650 UF.), del dividendo que este préstamo generaba y de la parte que nos correspondía cancelar (112,4 UF). Vale decir, se nos hizo deudores de 13.325 UF en lugar de las 8.066 UF comprometidas. De estos dividendos se canceló un total de 35 cuotas lo que equivale a UF 4.159. En el año 2003 decidimos suspender el pago de los dividendos por considerarlos improcedentes y por el daño económico a las finanzas regionales.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

La evolución del proceso de adquisición de la nueva sede regional del CRV ha revelado una cantidad de facetas insospechadas en la dinámica interna del Colegio Médico de Chile que es necesario analizar en profundidad si queremos mejorar la relación de los consejos regionales con la Mesa Directiva Nacional y si pretendemos entregar a nuestros afiliados la información que se merecen.

● En primer lugar cabe señalar lo impropio que parece el hecho que deban hacerse pagos extras por parte de los regionales cuando se trata de mejorar las condiciones de atención a los colegiados en circunstancias que existe una parte de nuestra cuota justamente destinada a habilitar sedes fuera de Santiago. Es sorprendente que haya habido regionales que han aportado proporciones mayores de sus presupuestos en circunstancia que no constituye una obligación en absoluto. Por el contrario, creo que debiera ser la Directiva Nacional la que demuestre una preocupación constante por dotar a las regiones de las condiciones óptimas para que la tarea gremial se desarrolle sin la sensación que el centralismo ahoga el interés regional. Por lo demás, los médicos debemos exigir que los recursos se usen para los fines a que han sido destinados. Por otro lado, no debemos olvidar que aunque seamos los usuarios de las instalaciones regionales el propietario único es el Colegio Médico de Chile, lo que hace más ilógica aún la pretensión que paguemos extra por una propiedad que es de todos los colegiados del país y administrada por dirigentes que van cambiando periódicamente. Los dirigentes son esencialmente transitorios, el Colegio Médico (vale decir todos los médicos) es permanente.

● En segundo lugar nadie podría decir que utilizamos bienes sin hacer los aportes que se espera de nosotros y que haya habido otros regionales postergados por esta



Tercera Sede Regional, Arlegui, Viña del Mar (1986 - 2000)

causa. Ha quedado demostrado que hemos contribuido de manera muy importante al patrimonio del Colegio en su totalidad tanto con los aportes directos así como con las propiedades que han aumentado su plusvalía o que han sido reducidas a dinero. Hoy nos ha correspondido a nosotros obtener el beneficio de una mejor sede.

● En tercer lugar creo que no puede dejar de mencionarse la forma en que se manejó el crédito bancario con que fue adquirida nuestra sede. Aunque se logró un acuerdo que autorizaba un endeudamiento hasta 26.649 UF, la propiedad costó sólo 16.132 UF. Sin embargo, y sin que hasta ahora se sepa el por qué, se solicitó un préstamo por el total autorizado, es decir, 10.517 UF en exceso, dinero cuyo destino y uso no hemos logrado conocer. Luego se nos hace pagar durante 3 años la mitad del crédito total aunque se sabía por parte de la gerencia que estábamos pagando capital e intereses de una deuda ajena. Por otra parte, ha sido de conocimiento público las variaciones en las tasas de interés bancario que han ido permanentemente a la baja, beneficios que obviamente el Colegio Médico ha aprovechado, pero que no fueron traspasados a nuestra deuda. Es más que llamativo el hecho que tengamos mejor trato financiero de la banca privada que de nuestro propio Colegio.

● En cuarto y último lugar hay que comentar algunos aspectos de la forma en que se ha dado nuestra relación como regional con el nivel central:

-Hay que señalar claramente que los antecedentes financieros básicos acerca del origen de la adquisición de nuestra sede, los montos involucrados, incluida la parte que no llegó a Valparaíso, debieron ser aportados por nosotros ya que tanto el Tesorero Nacional como el Gerente General no manejaban la información completa. Vale decir hemos tenido que ser quienes detallan su propia "deuda". Por la misma razón desconocen los montos cancelados por parte de nuestro regional.

-Y tal vez lo más serio, quieren imponernos un sistema de pagos con intereses incongruentes con los que el sistema financiero opera actualmente (nos ofrecen

pagar en UF con interés de 6% anual).

CONCLUSIÓN FINAL

A modo de resumen podría señalar que no encuentro fundamento alguno que permita sostener la idea que debemos dinero al Consejo General. Nuestro regional cumple las obligaciones económicas que nos corresponde en forma regular y exigimos que se retribuya a los médicos colegiados el beneficio de disponer de una sede acorde a nuestras necesidades y a los aportes hechos. El Regional Valparaíso ha contribuido de manera generosa con la orden médica de nuestro país y es, al menos, injusto que se pretenda hacernos pagar un tributo extra para que nuestros colegas tengan una sede digna. Si ni siquiera somos capaces de ofrecerles un lugar de encuentro, reunión, convivencia a los médicos que con su dinero sostienen los gastos de los dirigentes, entonces tienen razón quienes se preguntan qué hacemos con el dinero de las cuotas.

Hay otras áreas de las finanzas del Colegio Médico que dan cuenta de montos mucho más elevados y cuyo uso merece más de una observación (por ejemplo el Fondo de Solidaridad Gremial) que sin embargo no reciben la misma atención que esta supuesta deuda. La sede regional es un beneficio concreto, palpable, construida con aportes de los médicos de todo el país y para beneficio también de todos los médicos del país. No podemos enfrentar el tema como si fuésemos empresas diferentes a no ser que queramos fomentar divisionismos que a nadie benefician. Por lo tanto es nuestra posición que lo aportado por la metrópoli no es más que una obligación elemental hacia los colegiados de la Quinta Región. Tener una sede cómoda y que responda a nuestras expectativas y posibilidades no puede ser planteado como una tarea ajena a la esencia de nuestra orden y que deba ser entendida como un impuesto extra por parte de los beneficiados. No responder a estas necesidades de los médicos solo fomenta la percepción de un colegio ajeno a las bases y centrado más bien en las necesidades de los dirigentes.

Las conversaciones con los integrantes de la Gerencia y la Tesorería del Colegio Médico aún no finalizan e ignoramos lo que ocurrirá si mantenemos nuestra decisión de no cancelar más que las cuotas normales. Por el momento el nuevo Auditor General del Colegio Médico (cargo recientemente creado) ha sido designado para recopilar antecedentes e informar a la Mesa Directiva Nacional. Sólo podemos insistir en que el Colegio Médico es una sola entidad por lo que afirmar que "el Colegio Médico le debe dinero al Colegio Médico" es una broma de mal gusto o un acto fallido y nos consideran una entidad diferente.

Dr. David Lagos D.

Mobbing o acoso psíquico laboral

Tradicionalmente hemos abordado en este espacio de temas legales, el fenómeno de judicialización de la medicina a través de su expresión más típica, esto es, la responsabilidad profesional del médico, así como el modo en que ello incide en el ejercicio de la profesión, en la relación con el paciente, en la instalación de la medicina defensiva, etc. Sin embargo, existen también otros aspectos que constituyen amenazas a la práctica médica, uno de los cuales es el denominado "acoso psíquico laboral".

El Acoso Laboral o Mobbing no se encuentra regulado de manera específica por nuestro ordenamiento jurídico. Sin embargo, esta ausencia de tipificación particular no ha impedido a los Tribunales de Justicia hacerse cargo del problema, toda vez que el Acoso Laboral es "un auténtico paradigma de comportamiento radicalmente prohibido por el Estado de Derecho". (Prof. Claudio Palavecino, citando a la Jurisprudencia Española en Revista de Derecho, Vol. XVII, diciembre 2004, p. 63-89). Así, a fines de 2006, la Corte Suprema, en un dictamen que ha sido considerado histórico, ratificó en forma unánime el fallo de la Corte de Apelaciones de Valdivia que acogió un recurso de protección presentado por una funcionaria municipal dependiente del Departamento de Aseo y Ornato de dicho Municipio, en contra de su Jefe Directo ordenando poner término a toda actitud, tratos o medidas abusivas que debiliten o impidan un ambiente laboral sano y digno de los trabajadores, de modo que cesen las angustias y aflicciones observadas en el área de su responsabilidad. El fundamento legal se asentó en la infracción a los numerales 1 y 24 del artículo 19 de la Constitución Política, esto es, el legítimo derecho de

propiedad sobre el trabajo para el cual fue contratada y que mediante el mecanismo de "acoso laboral o mobbing" se ha causado un daño grave en la integridad física, síquica y moral a la persona de la recurrente.

La Doctrina ha conceptualizado como acoso psíquico en el trabajo los actos de agresión, múltiples y reiterados en el tiempo, instigados o ejecutados por el empleador, sus representantes y/o por uno o más compañeros de trabajo, que tienen como consecuencia producir un ambiente laboral degradante y dañino para la víctima.

La Inspección del Trabajo ha emitido una cartilla informativa en la que expone las situaciones que, a juicio de la autoridad, importan acoso en el trabajo:

1.- Limitar las posibilidades de comunicación: sea esta la forma en que ocurre la comunicación, su impacto a nivel de la autoestima y/o la comunicación de tipo negativa, como por ejemplo: no permitir a la persona afectada la posibilidad de comunicarse, interrumpirla cuando habla o ésta expresa sus ideas, ataques de tipo verbal, críticas a las labores que realiza, críticas a la vida privada, amenazas verbales o por escrito, etc.

2.- Ataques a las relaciones sociales personales: conductas humillantes, limitar las posibilidades de mantener contactos sociales, como por ejemplo: asignación de puesto de trabajo que la aísla del resto de los colegas, no se dialoga con la persona afectada, separación de colegas y amigos de la víctima.

3.- Ataques a la reputación: conductas de aislamiento,

difundir rumores, ridiculizar, injurias, confabulaciones, se inventan enfermedades de la persona afectada por el acoso, se atacan creencias de tipo religioso o filosófico, etc.

4.- Ataques a la calidad profesional y a la situación personal: cambios frecuentes en tareas y responsabilidades, interés en disminuir capacidades, rendimiento y responsabilidad laboral y privada, cuestionamiento de competencias personales y experiencias profesionales, asignación de tareas complejas o inferiores a las capacidades.

5.- Ataques dirigidos a la salud de la víctima: violencia de tipo verbal, amenazas de violencia física, exposición a trabajos de alto riesgo o a exigencias y demandas complejas, daños a los recursos personales.

ACOSO LABORAL, MORAL O PSICOLÓGICO AL MÉDICO

Cualquier profesional médico, independientemente de su situación en la pirámide organizativa del centro de salud o del hospital, puede sufrir el acoso institucional.

Los ataques psicológicos pueden ser exógenos (emanados de pacientes, familiares, medios de comunicación, etc.), e institucional (por colegas o compañeros de trabajo y, generalmente, por la superioridad). Sólo en este último caso hablamos de Mobbing. La frecuencia de este fenómeno en el quehacer del médico ha llevado incluso a la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo a considerar a los médicos como un colectivo de alto riesgo e incorpora este hecho como una explicación de buena parte de la alta vulnerabilidad del médico frente a la enfermedad física. Al preparar este trabajo conversamos con numerosos médicos que señalan haber sido, en más de una oportunidad, ridiculizados por jefes o compañeros, hostigamiento psicológico y estigmatización continua e implacable, la que cuenta a veces con el consentimiento o la colaboración del resto del equipo, o a lo menos, con su indiferencia y pasividad. El problema ha sido incluso conocido por el Tribunal Regional de Ética del Colegio Médico en el año recién pasado. Además, cuando se trabaja en estructuras excesivamente rígidas (como los establecimientos hospitalarios de la red pública) y burocratizadas, con objetivos instalados "por arriba", con la siempre presente amenaza de la judicialización de sus actos (o de los resultados o efectos del mismo) se genera un ambiente de presión y exigencia que resulta más proclive a favorecer y mantener en la impunidad el mobbing que a evitarlo, prevenirlo o denunciarlo.

En España, en el Diario Médico de 17 de junio de 2003, aparece un típico caso de mobbing en el que el Juzgado de lo Social número 36 de Madrid ha reconocido que un ginecólogo ha sido sometido por su jefe de servicio a este tipo de bloqueo psicológico. En este caso, el Instituto Madrileño de la Salud deberá pagarle 24.040 euros. Sin embargo, ninguna pista se da en dicho fallo (desde luego por que no es su finalidad) sobre las condiciones que posibilitaron dicha

conducta ni nada se dice acerca del modo adecuado de prevenir la repetición de la misma. Esta tarea es, desde luego, estructural.

El Profesor Dr. Flórez Lozano del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo anima a sus Colegas a detectar los casos de mobbing, formulándoles las siguientes preguntas: ¿Se tienen en cuenta tus opiniones?, ¿Te cambian las guardias o los horarios sin consultarte?, ¿Te cambian el programa quirúrgico?, ¿Te asignan tareas que no te corresponden?, ¿Hay rumores sobre tu vida profesional y privada?, ¿Trabajas en un ambiente profesional de alta competitividad?, ¿Recibes la información necesaria para realizar tu trabajo eficazmente?, ¿Has recibido amenazas, ofensas, intimidaciones de jefes o compañeros?, ¿Sientes una cierta persecución en relación a la eficacia de tu trabajo y al cumplimiento horario?, ¿Notas una cierta discriminación en el trato personal entre los diversos miembros del equipo?. (Revista Salud Global, año V, Nº 1, p.3). Desde luego, cada uno de estos eventos debe ser repetido en el tiempo, sistemático y serio. Según el psicólogo sueco Heinz Leyman, se trata de una auténtica violencia caracterizada por una actitud discriminatoria hacia un médico por parte de sus compañeros o sus superiores y la define como "aquella situación en la que una persona o un grupo de personas ejercen violencia psicológica extrema, y esto de forma sistemática durante un tiempo prolongado, sobre otras personas en el lugar de trabajo". El British Medical Journal (1999; 318: 228-332), reflejaba en un estudio con más de 1.000 trabajadores sanitarios que el 38% habían sufrido diversos tipos de acoso y, además, el 42% había sido testigo de hostigamiento hacia sus compañeros de trabajo.

ALGUNAS VÍAS LEGALES PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA

El acosador generalmente opera a sabiendas de que la falta de regulación específica del Mobbing en nuestra legislación favorecerá la impunidad por ausencia de sanción. Sin embargo y sin perjuicio de iniciativas legislativas para abordar este problema, es posible afirmar que el acoso psíquico laboral afecta, ante todo, "el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona", infringiendo así el art. 19 Nº 1.º de la Constitución Política de la República. Aún más, tratándose del campo del ejercicio profesional, cuando se usa como método de acoso el ataque contra la dignidad profesional o personal del trabajador, también puede verse lesionado su derecho a la honra (art. 19 Nº 4º CPR). O bien, cuando lo que se persigue con el hostigamiento es aislar o estigmatizar al trabajador por su sexo, preferencia sexual, origen social o racial, apariencia física, por sus convicciones religiosas o políticas, puede configurarse una trasgresión de la prohibición constitucional de discriminación laboral (art. 19 Nº 16º, inc. 3º, CPR), una intromisión en la vida privada (art.19 Nº 4º CPR) o un atentado contra la libertad de conciencia (art. 19 Nº 6º CPR). En fin, frente a ello, la víctima siempre tendrá el derecho de que quien le ha causado un daño por medio de esta conducta, le indemnice los perjuicios sufridos.

Sr. Alfredo Silva V.

Proliferación de Escuelas de Medicina

¿Ley de oferta y demanda?

3ª Parte

Panorama Médico intentó dar una visión de la formación de Médicos en nuestra región. Las cuatro escuelas de medicina (Valparaíso-San Felipe; Andrés Bello; del Mar) pretenden formar médicos generales capaces de enfrentarse a los problemas de Salud nacional.

No parece haber una regulación a nivel de país en cuanto al número de médicos a formar y recién se ha hecho obligatorio calificar la calidad de la enseñanza (acreditación).

En cuanto a investigación y extensión, en otros tiempos pilares fundamentales del quehacer universitario, ahora parecen carecer de importancia.

El vertiginoso cambio en el conocimiento y el acceso que se tiene a través de las comunicaciones implica un cambio en los métodos de enseñanza, de eso no hay duda; pero iniciar nuevos métodos en los

que no se tiene experiencia implica una audacia a veces irresponsable. ¿Están facilitando las Universidades el entrenamiento y las herramientas para que los médicos puedan hacer los cambios en forma responsable?

Uno de los postulados de la economía de libre mercado es el que la competencia mejora la calidad, pero tenemos la impresión que en la premura por "ganar el mercado" se han descuidado aspectos fundamentales como el de los campos clínicos (eran el plus de la formación médica en nuestra región), la investigación y la extensión.

¿Tiene conciencia la sociedad de lo grave que es descuidar la formación de sus propios Médicos?

¿Debemos seguir observando indiferentes cómo intereses ajenos al gremio están poniendo en juego el prestigio de nuestra profesión?

ENTREVISTA

AL Dr. Heriberto Pérez

Director de la Escuela de Medicina de la Universidad del Mar.

¿Qué motivó la creación de su Escuela de Medicina?

Cuando la Universidad del Mar nos pidió una opinión respecto de formar una Escuela de Medicina, hicimos una reflexión bastante larga y pausada y llegamos a las siguientes conclusiones:

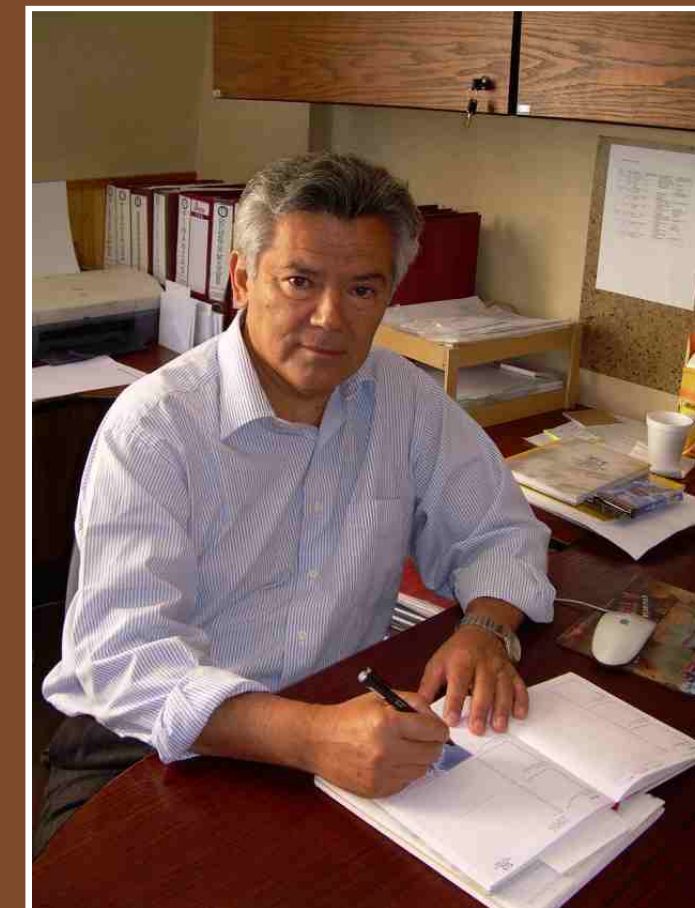
Primero, que debía repensarse el perfil del médico que se requería para el país, porque teníamos algunas observaciones respecto de los médicos que tradicionalmente se venían formando, no porque este perfil haya sido malo, sino porque no se había repensado a la luz de los últimos cambios en los sistemas administrativos, la gestión, la metodología y los problemas sanitarios.

La segunda cosa que planteamos es que nosotros no nos íbamos a embarcar en la enseñanza de la medicina con un método tradicional, porque ahí hay escuelas muy buenas, entre las cuales no teníamos nada que hacer: ni ante la Universidad de Valparaíso, que tenía toda su historia, ni ante la Católica, ni ante la Chile, porque en esa línea había gente que estaba muy validada y por lo tanto, nosotros creímos que deberíamos repensar los modelos pedagógicos dentro de la formación de la medicina.

En tercer lugar, planteamos una visión de integración en la formación del médico, con la libertad para proveer una mirada amplia desde la parte de salud pública, antropológica, biológica, con un equipo multidisciplinario.

Revisamos el marco teórico conceptual de lo que es la educación médica hoy día, desde la declaración de Flexner en adelante, pasando por la declaración de Edimburgo de 1993, muy conocida por su lineamiento del perfil del médico del siglo XXI. Otro referente fueron las conferencias de Ottawa y analizamos a fondo el informe de la Unesco para la educación superior del año 98, de donde nacen las grandes directrices para los cambios curriculares en las universidades.

Finalmente, llegamos a la conclusión que para tener una visión integradora, multidisciplinaria, sistemática, con las competencias que se requieren hoy día, se exigía que el profesional fuera un investigador que buscara conocimientos, que supiera analizar, que tuviera pensamiento crítico y concluimos que el modelo que más se aproximaba a eso era el aprendizaje basado en problemas, porque éste busca la integración del conocimiento.



Como íbamos a usar el aprendizaje basado en problemas, la pregunta era ¿cuáles eran los reales problemas sanitarios del país ahora y en los próximos años? Con ese marco empezamos a construir el currículo, que está desplegado por competencias, o sea la interacción de tres áreas: los conocimientos declarativos, procedimentales y actitudinales. Si un individuo logra actuar adecuadamente en esas tres áreas, se supone que es competente, y ahí nos metimos en un lío, porque ¿cómo evaluamos si la persona se mueve en estas áreas, cuando tradicionalmente vemos sólo lo cognitivo?

Definimos las competencias que tiene que tener el egresado y el estudiante y acordamos una malla curricular dividida en dos ejes y ocho subejos; cada uno de esos ejes apunta a una familia de competencia, por ejemplo, investigar en forma básica aplicando el método científico. Enseñamos en base a problemas diseñados con objetivos de aprendizaje, en los que el estudiante debe ir investigando, guiado tutorialmente.

¿No hacen clases magistrales?

Muy pocas, la mayoría es búsqueda de información. Llevamos dos actividades paralelas: todas las mañanas los estudiantes pueden resolver problemas y todas las tardes hacen talleres de ciencias básicas que apuntan hacia los objetivos de aprendizajes definidos en los problemas. Si el problema en la mañana trata de un infarto y para saber infarto debes saber anatomía del corazón, el taller de la

tarde está programado para la anatomía del corazón, pero para resolver el problema, no para otra cosa. Entonces, nosotros no tenemos asignaturas, sino trabajo con problemas que tienen que resolver los estudiantes, fijando objetivos de aprendizajes, sintetizando, exponiendo en trabajos grupales. Así, las ciencias básicas están al servicio del problema, no existen por sí solas.

Nuestro gran eje es el de problemas sanitarios prevalentes, que tiene cuatro subejos: uno llamado individuo y familia, otro llamado sociedad, que los estudiantes hacen en la comunidad, en Puchuncaví, en Quillota, en trabajo con las familias, otro subejo de urgencia, que parte en primero y termina en séptimo con el internado de urgencia, y un subejo de desarrollo médico en la práctica, que son los campos clínicos.

El desarrollo profesional tiene un subejo que se llama desarrollo personal, a cargo de psicólogos, un eje de gestión, para que aprendan a gestionar recursos, un eje de ética y un eje de investigación: todos ellos apuntan hacia el perfil del médico. Y hemos colocado al final de 5º año un examen de grado, donde el estudiante debe demostrar competencias en cada uno de los subejos, obteniendo el grado académico de Licenciado en Medicina y luego entra al internado.

¿Cuál es el equipo docente de su escuela?

El equipo inicial estaba formado por Héctor Silva, Francisco Acevedo, Gilda Sánchez, Eliana Raffo y

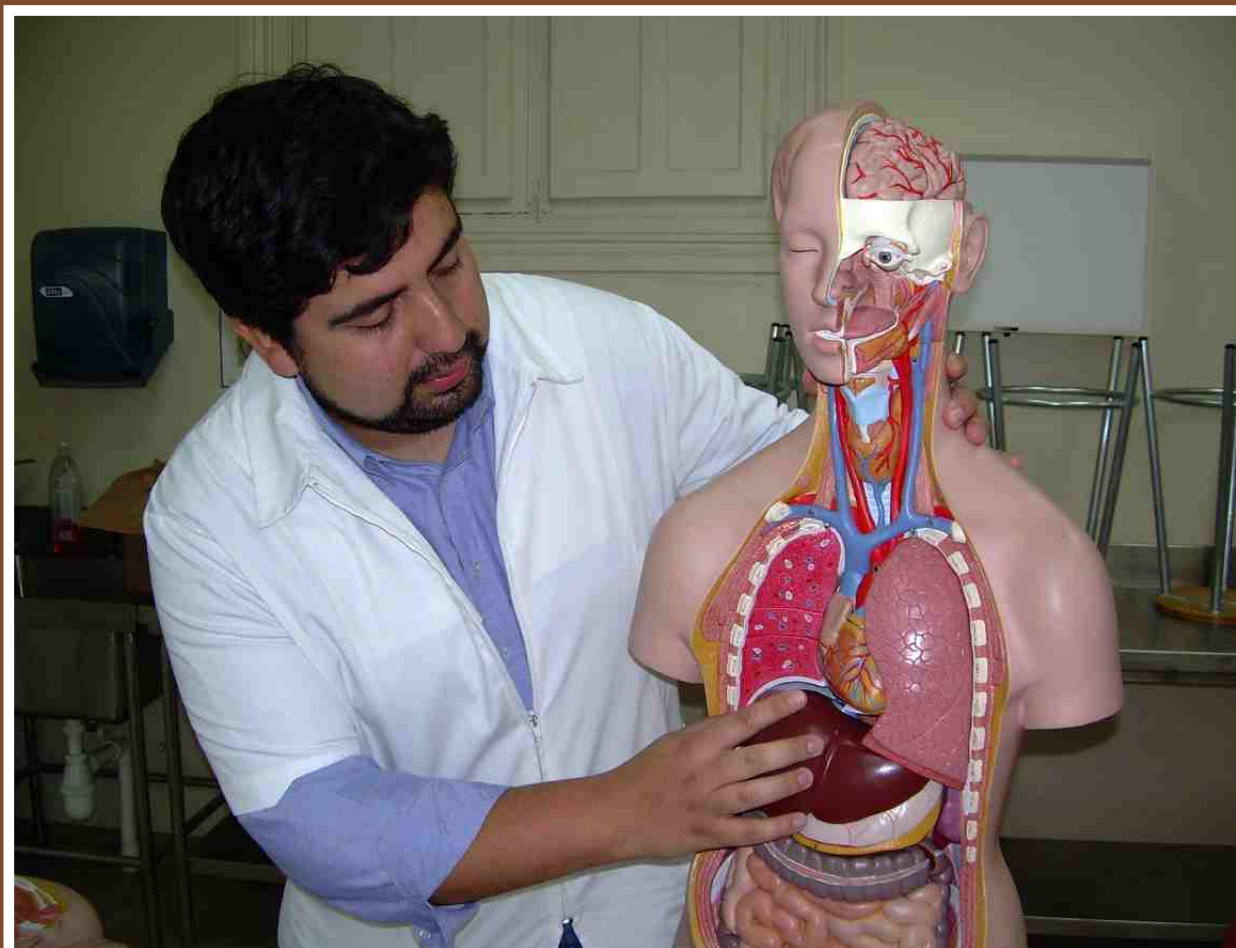
yo. A este núcleo inicial se agregó un grupo de planificadores, en el cual había 8 médicos, que fue haciendo el diseño teórico de la carrera. En estos momentos, tenemos alrededor de 60 docentes. A horario completo, un tercio de ellos.

¿Qué es la Universidad del Mar?

Es una universidad privada, de un grupo empresarial chileno, sin capitales extranjeros, que está inserta hace 15 años en Valparaíso, con sedes en la mayoría de las regiones del país, con un total aproximado de 15 mil alumnos a lo largo del país. Nuestra Universidad es librepensadora, abierta a todos los credos y a todas las creencias. Estuvo enfocada inicialmente a las carreras del ámbito marítimo, pero después comenzó a trabajar lo que es educación, psicología, kinesiología, nutrición, y después se metió en el área de salud propiamente tal, medicina y enfermería.

¿Está acreditada la escuela de medicina?

No, aún no ha sido sometida a acreditación. Lo haremos en el momento que nos corresponda y estamos trabajando para esa acreditación. Para eso nosotros habíamos planificado someternos a fines del 2007 a una evaluación externa, lo cual cambiamos y la adelantamos para este año (Nota: entrevista realizada a fines de 2006), y en este momento ya estamos siendo sometidos a una evaluación externa por el doctor Brailosvky, experto en educación médica de la Universidad de Laval, Canadá.



¿Cómo se financia la escuela?

Se financia por dos vías: por la matrícula, que son \$ 240.000, y por fondos que la universidad destina a la carrera.

¿Cuántos alumnos tienen por curso? ¿Qué criterio de admisión usan?

Tenemos un total de 240 estudiantes, para 4 años, siendo el más numeroso el 4º año, que tiene 75 estudiantes. Pedimos una nota de enseñanza media 6.0 como mínimo, una PSU con un mínimo de 600 puntos, un test psicológico y una entrevista personal que tiene bastante ponderación, un 40 %. Esta es importante, porque el tipo de estudiante que se requiere en esta escuela tiene que tener algunos atributos, como ser una persona muy abierta y sensible al cambio. Una persona muy rígida, muy estructurada y sujeta a esquemas, es muy difícil que acepte este cambio de modalidades en el aprendizaje.

¿En qué pie está la investigación?

Hay un eje de investigación; nosotros tenemos claro que para la acreditación te piden peso específico de tu equipo docente, entonces a los científicos básicos les hemos pedido que al menos tengan una maestría e idealmente un doctorado.

¿Con cuántos doctores cuentan?

Tenemos en Biología, en Bioquímica, en Fisiología, no todos con jornada completa. Hemos contratado un doctor que está dedicado específicamente a desarrollar metodologías de investigación para los estudiantes y tenemos una doctora en neurociencia, que es la que más está llevando actualmente trabajos de investigación con los estudiantes, así que es una cuestión a la que se está dando mucho énfasis.

¿Qué dificultades ha tenido la escuela para irse consolidando?

Primero que nada yo diría que es el entorno conservador: el ambiente médico es muy tradicional en la metodología y en la educación. Pero por otro lado hoy en día hay un movimiento innovador en educación médica muy interesante a nivel nacional: la Universidad de Valparaíso, en San Felipe, la Chile, las Universidades de Temuco, Valdivia, Concepción han hecho innovaciones importantes. La Sociedad Chilena de Educación Médica hace reuniones frecuentes y ahí es el espacio donde se están presentando todos estos proyectos innovadores.

La segunda dificultad que también hay que reconocer es que nosotros queremos hacer el cambio

con docentes que se formaron de manera tradicional; para eso debemos formar a la gente y varios de nosotros tuvimos que meternos en la formalidad de la educación y tuvimos que hacer maestrías y trabajar en el área de la pedagogía.

La tercera dificultad es cómo demuestras que realmente estás logrando competencias, no sólo conocimientos. Por ejemplo, en urgencias, todas las evaluaciones son con actores, ponemos al estudiante frente a actores, que simulan ser enfermos.

¿Por qué con actores, por hacer algo novedoso o porque no tienen acceso a pacientes?

No, porque simular situaciones con actores está validado dentro de la educación médica: ya tenemos un staff de actores que saben los libretos, las enfermedades, las situaciones. La dificultad está en tener que implementar metodologías de evaluación que no son tradicionales.

Una de las cosas que se dicen de su escuela es que los alumnos no tienen evaluaciones.

Una cosa es la evaluación y otra es la calificación. Como nosotros tenemos un fuerte componente actitudinal, éste se mide con otros parámetros y con otras metodologías: usamos las coevaluaciones y las autoevaluaciones, a cargo de los mismos alumnos.

¿Y eso lo aceptan los estudiantes?

Sí, lo aceptan, eso es parte del quehacer de la universidad y de la escuela.

¿Cómo aprecian el nivel de satisfacción de sus estudiantes?

Ahí hay una historia interesante, porque en todos los lugares donde se ha implementando este sistema los estudiantes pasan por varias etapas. La primera etapa es de incredulidad, es "esta cuestión no va a resultar, no va bien, yo no aprendo nada, no sé donde estoy parado"; después el estudiante va aceptando el modelo, hasta que llega a la etapa que nosotros pretendemos al final de 4º o 5º año, que es el logro de autonomía, o sea, en 5º año el estudiante no debería tener tutor. Todos los estudiantes tienen crisis violentas y complicadas, hay gente que acepta y otra que no acepta que no usemos métodos tradicionales. Los hemos abordado desde el punto de vista psicológico, reforzando progresivamente. Una de las cosas complicadas de este modelo es que te crea incertidumbre porque es

abierto, porque tus dificultades existenciales no

"El tipo de estudiante que se requiere en esta escuela tiene que tener algunos atributos, como ser una persona muy abierta y sensible al cambio. Una persona muy rígida, muy estructurada y sujeta a esquemas, es muy difícil que acepte este cambio de modalidades en el aprendizaje".

te las soluciona un super yo llamado profesor.

¿Esas dificultades las tiene también con sus docentes?

Fíjate que no, no hemos tenido ningún docente que se haya decepcionado de la metodología o del modelo.

Esta metodología tan compleja requiere una preparación para la gente que está a cargo, ¿la tuvieron ustedes?

Tenemos una unidad conformada por pedagogos, que están dedicados al desarrollo curricular y expertos en metodologías de evaluación. Porque como nosotros somos una escuela nueva, todo lo que hagamos lo tenemos que validar. Cuando nos acrediten lo primero que nos van a preguntar va a ser bajo qué criterios usted validó las metodologías de evaluación y que objetivos tenían; eso lo debemos tener super fundamentado y es un trabajo chino.

¿Hay otras escuelas de medicina en el mundo que usen esta metodología?

Varias. En Canadá está el mayor nido de escuelas de este tipo; también en Australia. En Chile, ninguna a formación completa, aunque muchas usan algunos aprendizajes basados en problemas.

Usted dijo que los alumnos todavía no se acostumbran. ¿Es verdad que algunos de ellos están demandando a la escuela?

No tenemos ninguna información oficial,



aunque sí tenemos algunos detractores. En esta cuestión hay que ser muy honesto, porque nosotros hacemos una entrevista al estudiante al momento del ingreso, donde le contamos cuál es el proyecto, las dificultades, las dudas, etc., pero un alumno que quiere estudiar medicina dice que sí a todo. Al terminar el primer año se repite la misma entrevista, haciéndole dos preguntas: si acepta la metodología y si aún quiere ser médico.

¿Y qué porcentaje contesta afirmativamente?

La mayoría dice que sí, aunque se han ido un par de alumnos en esta etapa. Después de ver la realidad el estudiante debe hacer una definición interna de la metodología y de su vocación.

¿Qué relación tienen ustedes con las otras escuelas de la zona?

No tenemos ninguna relación.

¿En qué posición ubica a su escuela, dentro de las nacionales?

Yo creo que nosotros somos una escuela que recién está dando los primeros pasos, tenemos mucho que recorrer, tenemos que validarnos en la comunidad nacional y por eso tenemos que estar sometidos a evaluaciones formales.

¿Qué tipo de médicos quieren obtener?

Un médico general, como deben formar todas las universidades, que tenga las competencias para resolver las enfermedades o problemas sanitarios más prevalentes y de mayor impacto en el país, que tenga una visión transdisciplinaria, que sea capaz de trabajar en equipo, que no sólo piense en lo curativo, en la reparación, sino que piense también en la prevención y en la promoción y que tenga una mirada hacia lo que es la atención primaria como un problema sanitario fundamental a nivel de país. Ese es el perfil de médico que queremos formar.

Dra. Annabella Marchese P.
Dr. Héctor Opazo S.

Tema Central

Píldora del Día Después: Dilema Ético



LA PÍLDORA, EL EMBRIÓN Y LA VIDA HUMANA

¿Cuándo se inicia la vida humana?. Es una pregunta que genera gran discusión entre los investigadores y también entre los parlamentarios, los médicos y todos los ciudadanos. Y de la respuesta que se dé a este cuestionamiento pende el destino de millones de vidas humanas, que pueden o no continuar su desarrollo, si la voluntad de otros no se opone y si la legislación vigente permite su muerte o los protege, en respeto al derecho a la vida.

Sin embargo, a la luz de la ciencia, que no tiene que ver con las ideologías y los credos religiosos, es posible encontrar una respuesta categórica. Los especialistas en las ciencias básicas han hecho hallazgos que pueden iluminar la toma de decisiones médicas y también la discusión parlamentaria y que conducen a afirmar con fundamento científico que la vida comienza en el momento de la fecundación y que por lo tanto el embrión es siempre un ser humano, y como tal los médicos y la sociedad entera deben respetar y cuidar su vida.

Basta citar sólo a algunos investigadores connotados, como los embriólogos Ronan O'Rahilly y Fabiola Müller, que en su línea de años de investigación del embrión concluyen que "la vida es un proceso continuo, la fertilización es un hito crítico, porque en circunstancias ordinarias, un organismo humano nuevo, genéticamente distinto, es formado, cuando los cromosomas provenientes de los pronúcleos del macho y hembra, se mezclan y forman un ovocito perteneciente a la especie humana, no sólo por ser engendrado por progenitores humanos sino porque

comienzan inmediatamente a realizarse acciones individuales a sus progenitores, acciones que van a permitir a la larga, su desarrollo y subsistencia de un nuevo ser, constituido por una sola célula, que produce inmediatamente, proteínas y enzimas humanas y no de otras especies, que genéticamente dirige su propio crecimiento y desarrollo humano, y que es un ser único y nuevo, desde el momento de la fusión de los gametos"

También el biólogo-genetista chileno, Rodríguez Yunta, profesor de antropología médica de la Universidad Católica de Chile y Robert Badillo, doctor en Filosofía de la Fordian University (EE.UU.), describen en la revista Chilena ARSMEDICA (Vol 4 n° 6) lo siguiente: "El cigoto desde la fecundación es un ser humano, no sólo por provenir de progenitores humanos, sino que, desde la fecundación, no es una masa de material orgánico, sino que un ser biológico cuyo desarrollo y funcionamiento se deriva de la preciosa programación y de las sucesivas operaciones de miles de genes que están presentes desde la fecundación; si bien, la independencia biológica total nunca se obtiene y el desarrollo es un proceso continuo, el ser humano las adquiere durante toda su vida. (...) En el cigoto están presentes los genes que desarrollarán el cerebro; este órgano evoluciona con el tiempo las capacidades que hacen a la persona un ser: autoconsciente, instintivo, con pensamiento propio, memoria, e imaginación". Estos investigadores afirman que, por la continuidad biológica y por las sucesivas etapas programadas en el embrión, cualquier momento que se establezca como línea divisoria

para señalar el comienzo de una "humanidad integrada" (como la totipotencialidad de las primeras células, activación cerebral, primeros movimientos, o viabilidad fetal), sería arbitrario y sujeto a discusión.

Muchos biólogos concuerdan además en que existe un principio llamado generativo, que opera en los genes, de tal forma que el programa fisiológico y psicológico del cigoto está ya determinado en interacción con el medio ambiente por su constitución genética. Ni un gen ajeno influye en su evolución, ni siquiera los de la madre, por tanto, el embrión es autónomo desde la fecundación porque su proceso opera con igual secuencia en la trompa o en una cápsula de Petri.

Esta realidad es ignorada por quienes no ven en el aborto y en la eliminación de embriones la muerte de un ser humano, justamente porque no creen que el embrión sea en efecto un ser humano. En 1972 el American College of Obstetrician and Gynecologist redefinió el embarazo como "período comprendido desde la implantación del embrión en el útero, hasta el parto" (Hughes E.C. ed.). Bajo este concepto errado, se podría sustentar la clasificación que diferencia el preembrión,

que está en etapa preimplantación, del embrión ya implantado. De este modo se pretende justificar la manipulación de los preembriónes en los primeros 14 días desde la fecundación y su industrialización, puesto que carecerían de los derechos de cualquier ser humano, y por eso podrían ser destruidos a voluntad de los progenitores, de los investigadores y a veces del estado.

Pero la fecundación marca el inicio de una serie de procesos biológicos, secuenciales y fijos, que son autónomos del cigoto, que sólo se acaban con la muerte en algunas de sus etapas (intra o extrauterina), que ni el espermio ni el óvulo por separado pueden efectuar. Por otro lado, los gametos terminan su función biológica exactamente cuando el óvulo "acepta" un solo espermio seleccionado entre millones y rechaza a los otros, puesto que en ese momento se acaba el objetivo biológico de cada gameto (ser portadores de la mitad del material genético de su progenitor) y se inicia otra etapa absolutamente diferente, en la que se genera un ser totalmente original, un ser humano en su etapa más precoz.

EL USO DEL LEVONORGESTREL Y LA IMPLANTACIÓN ENDOMETRIAL

Si el embrión es un ser humano desde su concepción, le concierne a toda la sociedad saber si efectivamente la discutida "píldora del día después" atenta contra el embrión.

En general, la contracepción de urgencia puede actuar en 5 niveles: impedir la ovulación, impedir la migración del espermio, impedir la fecundación, impedir el

transporte ovular hasta el endometrio o impedir la implantación (o nidación) en el endometrio. En el caso del Levonorgestrel (LNG), en dosis de 0.75 mgrs x 2 antes del quinto día post coital, las evidencias demuestran que actúa a tres niveles:

- En la migración espermática: Produce un cambio del pH (alcalinización) endometrial a las cinco horas de su uso y con esto disminuye la migración, por lo que se aconseja usar antes del coito, ya que los espermios migran en la primera hora a la trompa (Kusseru 1974).

- Sobre la ovulación: Este medicamento inhibe la ovulación si se usa cinco días antes (Croxatto). No así si se ingiere dos días antes, porque la LH sólo disminuye en un 10%.

- Sobre la Implantación: El trabajo clásico de los investigadores chinos Wu y Xu estableció que el LNG disminuye la secreción de integrinas alfa 1-4, proteínas de reconocimiento intercelular en la ventana de implantación, dejándose de proteger al blastocisto del rechazo de parte del endometrio materno. Otros estudios citológicos demuestran que el LNG disminuye y desorganiza el número de cilios y microvellosidades del endometrio, desaparece la estructura adoquinada de la superficie y disminuye la secreción

celular nutritiva para el cigoto. Glassier en Inglaterra, concluye que "el método post coital para la contracepción de emergencia, es aquél que inhibe la implantación del óvulo, ya que impide el embarazo en cualquier etapa del ciclo en que se use, incluso post ovulación" (NEJM 1997).

En 1998 la OMS publicó que en un estudio realizado en 574 mujeres, el LNG tuvo una eficiencia de un 89% al impedir la implantación del embrión, mientras que las proyecciones de resultados del LNG sobre la migración espermática e inhibición de la ovulación dan valores de efectividad que fluctúan entre un 75% administrada en el día de la ovulación hasta un 0% a las 120 hrs. Esto demuestra que la gran eficiencia del LNG radica en impedir la anidación del embrión y con esto se termina la continuación de su desarrollo biológico, que genética y autónomamente está programado, por lo tanto se acaba con la existencia de un ser humano, acción que va en contra de la esencia de la Medicina, que es proteger y prolongar la vida.

A la pregunta inicial, ¿cuándo se inicia la vida humana?, debemos entonces agregar otra más importante y que nos atañe directamente como médicos: ¿estamos realmente dispuestos a proteger la vida humana en toda circunstancia y en cada una de sus fases?.

Dr. Ruperto Miranda N.

UNA MIRADA ÉTICA AL DILEMA DE LA "PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS".

INTRODUCCIÓN

El Mercurio de Santiago en el mes de noviembre publicó en una misma página los siguientes titulares:

TRIBUNAL RECHAZÓ RECURSOS DE PROTECCIÓN CONTRA MEDIDA DEL MINSAL: Corte dice que entrega de píldora no afecta derechos de los padres. Pero, aún está pendiente el recurso para prohibirla que se enviará a la última instancia que es el Tribunal Constitucional.

LEGALIZAR EL ABORTO ES VOLVER A LAS CAVERNAS. Afirmar una alta autoridad de la nación.

En esta información se destacaba que se había autorizado, aunque no definitivamente, la distribución gratuita de "La Píldora del día después" en los consultorios de la atención municipalizada. En relación a la opinión de algunos que ya son una minoría muy pequeña que estima que dicha píldora es abortiva, una autoridad proclamaba que aceptar el aborto era "volver a la época de las cavernas".

Resulta muy satisfactorio observar la inquietud que últimamente ha surgido sobre temas valóricos en nuestro país. Sin embargo, resulta preocupante observar posiciones descalificadoras absolutas, sin dar margen para considerar situaciones especiales y sin dar los fundamentos para sustentarlas. ¿Podemos sostener que países con un desarrollo como el que tienen Italia y España en que aceptan practicar un aborto a una adolescente de 13 años violada y con un feto malformado y con la aceptación de los padres y el asentimiento de la niña sería una conducta inaceptable, propia de épocas pretéritas? ¿No será una conducta inaceptable el obligar a esta niña a cursar todo su embarazo durante 9 meses y para finalmente tener un parto por cesárea, para que el recién nacido fallezca a las pocas horas de nacer? ¿Dónde está el bien detrás de esta conducta? Resulta muy distinto a legalizar el aborto sin ninguna regulación. Ya decía Aristóteles, la virtud se encuentra entre dos vicios.

A esto agregar la discriminación a que son sometidos los hijos de madres solteras en nuestra sociedad. Hay colegios en que estos niños no son aceptados "porque no cumplen con el perfil del alumno que desea el colegio". ¿Dónde queda la solidaridad que debe haber entre los seres humanos?

Últimamente hemos asistido a un debate público sobre la política de Educación Sexual elaborada por el Ministerio de Educación, los programas de salud para adolescentes del Ministerio de Salud y la prevención del embarazo en adolescentes impulsadas por SERNAM. Todas estas propuestas tienen importantes contenidos valóricos que resultan adecuados de analizar.



Las opiniones vertidas son tan variadas que van desde que el adolescente a los 14 años ya tiene suficiente capacidad para decidir por sí mismo en esta materia y, por lo tanto, pueden actuar de manera absolutamente independiente de sus padres y sin necesidad de ningún apoyo. Otros opinan que a esta edad, por ser dependientes de sus padres, ellos carecen de toda autonomía y, por lo tanto, todas las decisiones deben ser tomadas en conjunto con sus progenitores. No faltan aquellos ilusos que opinan que el problema del aumento explosivo del embarazo del adolescente se resuelve invirtiendo en campos deportivos "para que canalicen sus energías en otra dirección, distinta de la sexual". Todas estas opiniones están equivocadas si se consideran en forma aislada, fuera de contexto.

Este tema es importante considerando lo que está ocurriendo en la realidad. Las tasas de natalidad de la mujer chilena han disminuido en todas las edades, salvo en la adolescencia en que han aumentado. De acuerdo al censo de 2002 el 13,5% de las mujeres del rango etario entre los 15 y 19 años ya han sido madres. Además es necesario tener presente que este porcentaje difiere según la comuna y el estrato socioeconómico, encontrándose en la población de La Pintana un porcentaje de 21,6% y en cambio Vitacura figura con menos de un 2%.

¿CÓMO PODEMOS COMBINAR EL GRADO DE LIBERTAD INDIVIDUAL CON LA COHESIÓN NECESARIA PARA QUE LA SOCIEDAD PUEDA SOBREVIVIR?

El límite entre lo público y lo privado lo establece J.S.Mill utilizando el concepto de transitividad e intransitividad de la acción. Los actos transitivos involucran a otras personas, como podría ser si la píldora actuara por un mecanismo abortivo, por su acción sobre el feto. Los intransitivos actúan sólo en la persona que los realiza. Los primeros se vinculan con los deberes públicos y los segundos son exclusivamente privados. De esta manera la gestión corporal y la decisión sobre la propia vida son actos intransitivos, perteneciendo sólo a la responsabilidad de quien los realiza. O sea, son solamente privados y no vinculados al control del estado. Por lo tanto, el uso o el no uso de la píldora recaen en la decisión de la persona competente. El objetivo de ponerla gratuitamente en los consultorios es para honrar el principio de equidad: que su uso no quede restringido a la condición de contar con los medios económicos para adquirirla.

COMPETENCIA DEL ADOLESCENTE PARA DECIDIR

Considerando los conocimientos actuales, lo correcto es otorgar la píldora al adolescente desde los 14 años, junto a una educación y sin que sea necesaria la participación de los padres.

Es importante el reconocimiento de la adolescencia como un grupo etario con características propias y bien definido que según la OMS se extiende desde los 10 años hasta los 19 años y 11 meses. Su principal sentido es una transformación desde la niñez a la consolidación de un individuo maduro en forma integral. También es importante reconocer que durante esta etapa tiene Derechos y Deberes en la medida que vaya teniendo conciencia de ellos. Esto ha sido un reconocimiento que tiene una larga historia, basta recordar que en el Derecho Romano la patria potestad del padre no admitía límites. Tenía el derecho de vida y muerte de sus hijos. Los podía vender o abandonar en la columna lactaria donde morían si alguien no los recogía, o responsabilizarles de sus propios actos delictivos, cuando no quería asumir las consecuencias de los mismos. En cambio, hoy se les reconoce el aporte que ellos significan para la humanidad.

Numerosas investigaciones recientes que provienen del área de las neurociencias demuestran

una particular conformación de los circuitos neuronales en varias zonas estratégicas del cerebro durante la etapa de la adolescencia. Esta peculiaridad hace al adolescente más proclive a buscar experiencias nuevas con una intensidad mayor que el adulto y los niños. Además, estas características también hacen que durante la adolescencia los procesos de aprendizaje están particularmente facilitados, en comparación a las otras edades. Pero, además existe en esta época un insuficiente desarrollo de los sistemas de inhibición neuronal que lleva a conductas impulsivas sin medir el riesgo, como puede ser el sexo sin protección o la experimentación con el uso de drogas ilícitas.

Esto que es un conocimiento reciente ya lo intuía Aristóteles cuando decía: **“Los jóvenes pueden ser geómetras o matemáticos, pero no parece que puedan ser prudentes”** (Ética a Nicómaco). Nunca ha resultado fácil dar una respuesta clara y contundente al tema de cuándo comienzan los seres humanos a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos. La virtud moral por antonomasia, la prudencia, de acuerdo a Aristóteles parece alcanzarse tardíamente. Sin embargo, hay que tener presente que éste es un aspecto bastante complejo que ha sido abordado por J. Piaget y L.Kohlberg, entre otros. Es necesario diferenciar lo que es madurez moral de capacidad moral e incluso con la jurídica. Actualmente se considera que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral entre los 13 y los 15 años. Pero, hay que tener presente que la impulsividad a esta edad les impide en un momento controlar su conducta vinculándola con las consecuencias que pudiera tener el acto.

Estamos de acuerdo en que se debe promover la comunicación en el interior de la familia, la que constituye el primer núcleo natural de individuos. La familia fue en el pasado y sigue siendo el más fuerte y el más instintivamente compulsivo de todos los grupos sociales. También estamos de acuerdo en

la conveniencia de postergar el inicio de las relaciones sexuales hasta el momento en que se puedan asumir con responsabilidad la posibilidad de una maternidad/paternidad, que siempre es una posibilidad, a pesar de las medidas que se adopten. Pero, considerar que las relaciones sexuales tienen como un objetivo principal la función reproductiva, nos parece una ingenuidad insostenible y propia del medioevo.

La necesidad de condicionar el dar la píldora del día después a los adolescentes con la presencia de



los padres, resulta inapropiada. Esto sería admisible cuando los adolescentes pidan la autorización de los padres para iniciar las relaciones sexuales. Si se exige esta condición, lo más probable es que el adolescente no consulte y haya que enfrentar un embarazo en una adolescente con las frecuentemente trágicas consecuencias que esto conlleva. Sólo el 11% puede seguir estudiando después del parto. El 60% de las escolares embarazadas repiten el embarazo a los dos años. Mas del 75% de las madres adolescentes son de estrato bajo. ¿Es que las adolescentes de estratos altos no tienen conductas de riesgo? ¿O es que tienen mayores recursos que les permiten prevenir el embarazo?

Es necesario reconocer como adecuadas y correctas las decisiones del Ministerio de Salud de proporcionar gratuitamente el Levonorgestrel como una medida de emergencia cuando ha habido una relación sexual sin las medidas de protección adecuadas. Además cabe tener presente que son muy pocos los que aún sostienen que el uso de Levonorgestrel es un método abortivo. La inmensa mayoría de los trabajos señalan que el mecanismo de acción como anticonceptivo de emergencia no es a través de la eliminación de una gestación, sino impidiendo que ésta ocurra.

CONSIDERACIONES SOBRE AUTORIDADES QUE PROHIBEN LA DISTRIBUCIÓN DE LA PÍLDORA EN LOS POLICLÍNICOS DE SU DEPENDENCIA

Tener presente que cuando se vive en Sociedad, el Estado como representante de todos los ciudadanos es el que pone los límites que tienen las libertades individuales. Para que una Sociedad pueda mantenerse cohesionada se requiere que haya un mínimo de conducta que sea obligatorio para todos. No es posible que una minoría imponga conductas que todo el resto tenga que acoger. El hecho de hacer uso de la píldora del día después no es una obligación de que todos los que hayan tenido una relación sexual de riesgo tengan que hacer uso de ella. Al igual que al

existir una ley de divorcio no significa que todos los matrimonios que fracasan, tengan necesariamente que divorciarse. Se trata de posibilitar que aquellos que escojan una determinada opción, puedan hacer uso de ella y que el límite no dependa sólo de las posibilidades económicas.

Esta situación de inequidad da como resultado que en aquellos sectores en que ha habido mayor oposición a la distribución del anticonceptivo es el sector en que mayor venta tiene en las farmacias particulares, con una venta de 24.000 unidades en el barrio alto de Santiago y su venta es casi inexistente en lugares como La Pintana, en la misma ciudad. A esto hay que agregar que en la comuna de La Pintana el 21,6% de los nacimientos son de madres adolescentes y en Vitacura este grupo etario es sólo el 2% de los nacimientos. Por lo tanto, la venta de la píldora en la farmacia resulta ser inversamente proporcional a la frecuencia del embarazo en adolescentes.

Por este motivo la autoridad que se opone a la distribución de la píldora en los policlínicos de su dependencia incurre en un acto arbitrario, injusto e ilegal.

CONCLUSIONES

Es un hecho que los adolescentes presentan conductas sexuales activas.

Existe más alto riesgo de embarazo no deseado, asociado a desinformación, y trabas para alcanzar los recursos disponibles en los programas de salud.

La evidencia científica ha demostrado que el Levonorgestrel es una alternativa de métodos anticonceptivos no abortivo, capaz de prevenir la fecundación y anidación, y por ende el embarazo.

Reconocimiento de los adolescentes mayores de 14 años como personas con competencia moral, es decir, que son personas con principios y valores, capaces de evaluar las consecuencias de sus actos.

Por todo lo anterior consideramos apropiada la distribución de la píldora del día después a adolescentes desde los 14 años de edad, sin la presencia de los padres y acompañada de la adecuada educación.

Además resulta inadmisibles que existan autoridades que no pongan este servicio a la disposición de la población, cuando existe una política ministerial que la avala.

Dr. Fernando Novoa S.

Hospital San Martín de Quillota

Marcado por la tranquilidad que irradia un ambiente campestre, Quillota acoge al Hospital San Martín (La Concepción 1050), principal centro asistencial y referente de la zona del interior de la Quinta Región, que debe su nombre al patrono de la Ciudad.

Al remontarnos en el tiempo, los libros de historia nos cuentan que en el verano de 1856, en una reunión realizada en pleno campo, se designó una junta compuesta por Francisco González Oregan, Francisco Castro y el presbítero Martín González con el objetivo de recolectar donativos entre los vecinos y hacendados para iniciar la construcción de un hospital que satisficiera las necesidades de la población.

Un año después, el 7 de mayo de 1857, fue colocada la primera piedra de la obra que posteriormente albergó el centro asistencial. El 11 de marzo de 1860 se inauguró el Hospital San Martín, entregando su dirección y protección a la Sociedad de Beneficencia de Quillota, institución de señoras que quedó fundada ese mismo día, hechos que constan en el acta de instalación. El inicio de actividades se produjo con la hospitalización del primer enfermo, el 29 de junio de 1860. La dirección del hospital todavía conserva el primer libro de atención de pacientes; en ese compendio se habla del tipo de diagnóstico y oficio. Entre las enfermedades propias de esa época figuran: empacho, incordio, sífilis, tisis; los trabajos se calificaban como peón, gañán, talabartero o herrero.



Alrededor de la década del '30 resalta la figura del Dr. Alejandro Vásquez, referente de la época por ser un personaje muy ligado a la actualidad y al quehacer local; entre sus principales labores destacan ser director del San Martín y fundador del Rotary de Quillota; incluso en la sede local existe una placa que lleva su nombre.

Años más tarde se decidió a construir el actual edificio, obra que se inició en 1944, terminando en 1948, pero no entró en funcionamiento sino hasta mayo de 1951, pues debió permanecer desocupado por falta de equipos e instrumental médico.

En los primeros años de la década del 60 la historia del hospital se engalana con la llegada de dos facultativos que son sindicados como grandes maestros para las nuevas generaciones de médicos de Quillota: se trata de Jorge Abdé D. y Orazio Bruzzone F. Ambos profesionales fueron gestores fundamentales de la formación de toda una generación de cirujanos que actualmente laboran en el San Martín.

El Dr. Patricio Cancino, quien llegó en 1971, recuerda que los escasos médicos de ese entonces debían hacerse cargo de emergencias sin experiencia alguna, época que era bastante heroica, pues "no había recursos, había una pobreza franciscana, con un médico para todas las especialidades, no teníamos anestésista de turno: cuando operaba debía dar anestesia y además realizar la intervención, nos asistía un paramédico o una enfermera. La precariedad era tremenda, el estrés era terrible".

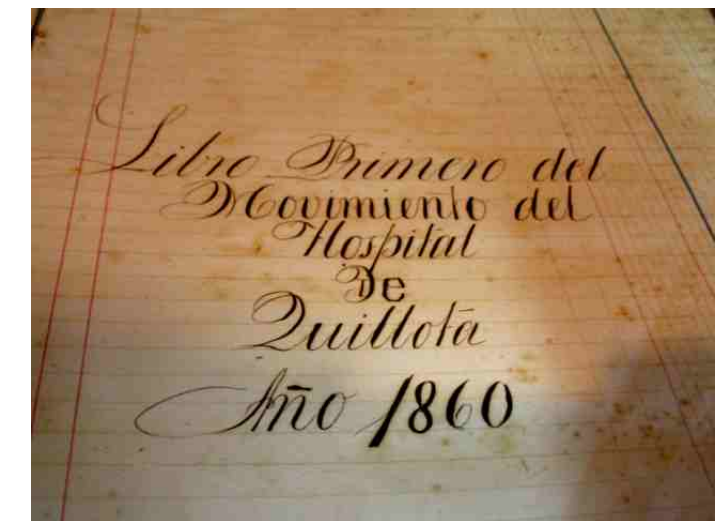
POR LA MODERNIZACIÓN

En 1990 asume la dirección del hospital el Dr. Francisco Acevedo, quien impulsa el trabajo en equipo, la creatividad y la participación de todos al interior de la institución. En esa oportunidad se define por primera vez su misión: "Somos un hospital público de mediana complejidad encargado de entregar atención integral de salud en red a nuestros beneficiarios" y el lema que los identifica es "Nuestro esfuerzo a su servicio".

En 1994 asume la dirección del establecimiento la Dra. Alma Vidales Maqueira, la cual junto a su equipo propuso profundizar el trabajo de mejoría de la calidad técnica, luchar por el aumento del financiamiento del establecimiento, disminuyendo así la ineficiencia existente.



Personal clínico a mediados del siglo pasado.



En la oficina de Dirección aún se encuentra el primer registro de ingreso, libro que data de 1860.

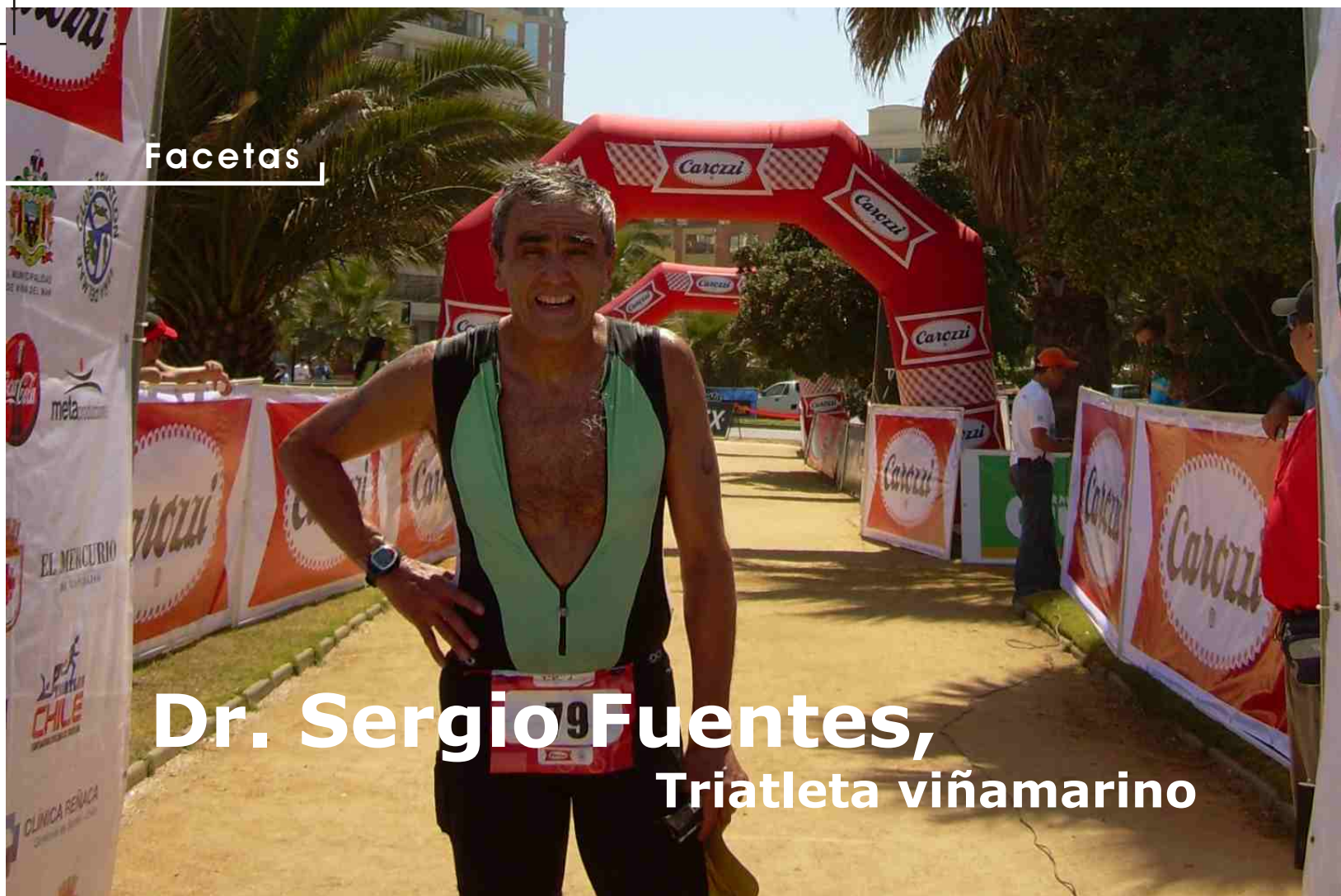
Entre sus logros estuvo el "derribar las murallas del hospital", en el sentido de sacar a los funcionarios fuera del recinto y a la vez abrirlo a la comunidad mediante la implementación de estrategias como clínicas satélites, oxígeno terapia domiciliaria, instalación de sondas vesicales, alimentación en domicilio, iniciar la estrategia de Ciudades Saludables y, quizás una de las más exitosas, la creación del primer Servicio de Atención al Paciente (SAP) del país.

Este conjunto de estrategias y medidas han permitido que el HSMQ pase de ser un anónimo hospital de provincia a uno diferente y comprometido, realizando seminarios, congresos y talleres de orden clínico-asistencial y de gestión. Además, obtuvo el premio a la excelencia hospitalaria, galardón entregado por el Presidente de la República de esa época, Eduardo Frei Ruiz-Tagle.

El último tiempo ha estado marcado por la creciente demanda de un nuevo hospital, proyecto que está en etapa de estudio para ver la factibilidad de llevar a cabo una empresa que demanda varios millones de dólares, pues la añosa infraestructura ya no da abasto para las crecientes necesidades de una población que se desarrolla rápidamente. Para fines de año se espera tener los costos de preinversión.

Finalmente, en la actualidad el Hospital, dirigido por el Dr. Andrés San Martín, atiende anualmente a 120 mil personas debido a urgencias, mientras en consultorio de especialidades externas son entre 60 a 70 mil anuales, para un centro asistencial que posee aproximadamente 280 mil pacientes potenciales, ya que recibe las derivaciones de 6 hospitales menos complejos, abarcando un área de 6.266 Km². Cuenta con 264 camas y tiene las cuatro especialidades básicas, más atención en traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, salud mental y psiquiatría, urología, cirugía infantil y neurología.

Alberto Irarrázabal R.
Agradecimientos a:
Dr. Patricio Cereceda V.
y RRPP Hospital San Martín



Dr. Sergio Fuentes, Triatleta viñamarino

Con toda una vida ligada al deporte, el pediatra Sergio Fuentes Pezoa (16 de octubre de 1946) es uno de los médicos que tiene una "doble vida". Mientras, en sus horas laborales se dedica a atender a niños, en sus ratos libres se dedica por completo al triatlón, actividad en la que ha destacado, convirtiéndose en uno de los referentes de la zona.

¿Siempre fue deportista?

Sí, siempre. Antes jugué básquetbol por clubes como Cultura Física, Enap y Camuvi, representé a Viña en los Nacionales y fui capitán de la Selección Nacional Juvenil de 1966, que se realizó en Iquique.

¿Y cómo se inició en el triatlón?

Yo acostumbraba entrenar básquetbol con un amigo, Gerardo Peralta, hasta que un día lo vi participar en una triatlón, y dije si el puede por qué yo no. Realmente, nunca había pensado competir en ese deporte, pues siempre lo miré como algo superior y lejano, de gente muy superdotada físicamente.

¿Cómo fue esa primera competencia?

Cuando hice mi primera triatlón vi algo que me llamó mucho la atención, había gente normal, no eran superdotados, lo tenían asumido como una actividad habitual. De eso ya han pasado como 12 ó 14 años. Ahí vi a Guillermo MacMillan, coincidió que mi primera competencia fue su última, él es urólogo y papá de Norman.

Norman siempre ha estado muy ligado al deporte.

Él es nuestro gurú, pues fue el primero de nosotros que hizo un Ironman, también participó en

Hawai, la prueba más importante del mundo. Incluso publicó un artículo en una revista sobre cómo se preparó, fue algo épico, estimulante, ahí cuenta cómo a través del sufrimiento alcanzó el éxtasis.

Pero volvamos a usted, ¿En cuáles competencias ha estado? ¿cómo le ha ido?

He estado en tantas, he competido en 10 ó 12 veces en el medio Ironman de Pucón y cuatro en el Ironman de Brasil. Me ha ido bien en el sentido de llegar a la meta en condiciones honorables, esa palabra la repetimos mucho, pues lo que importa es que llegues bien y no hecho tira. Ahora, si obtienes una medalla, extraordinario. Yo he ganado muchas, pero sólo a nivel nacional; cuando vas afuera se nota la diferencia con gente de Brasil, Europa o Estados Unidos, no sé que pasa, pero son más fuertes que nosotros.

Pero habrá alguna que lo haya marcado más que las otras, independiente del resultado.

Claro, el Ironman de Jurere, en Brasil, ahí debuté, fue como el primer amor. Además, en esa época los que competían de la Quinta Región éramos sólo dos. Ahí fui con Gerardo. Recuerdo que lo hice en menos de 13 horas, que para mí fue buenísimo.

¿Por qué no compitió en Chile?

Es que acá no se hace, o sea no es lo que corresponde a uno de verdad. Además, allá llega gente de todo mundo, conoces a otras personas, es una fiesta del triatlón.

Pero no sólo compite, además usted es presidente del Club Tritlón Viña del Mar que organizó la

competencia en enero pasado.

Sí, ya llevo como 11 ó 12 años en el Club, actualmente soy presidente, pero antes fui tesorero, nos vamos cambiando. Además, organizamos la competencia, pero fue super complicado, pues hay que conseguirse auspiciadores, permisos, agradezco a todos los que confiaron en nosotros. Tal vez por ser médico.

PLANIFICACIÓN

¿Cómo es la planificación para competir en cada carrera?

Hay una planificación especial, pero en general uno practica todos los días de la semana, menos uno que dedica a descansar. Los sábados y domingos son de 4 a 6 horas de entrenamiento fuerte. Andamos 120 ó 140 kilómetros de bicicleta.

¿Y trabajo de pesas?

Teóricamente debería hacer gimnasio, pero como para mí esto va por una forma de vida, no me planteo competir para ganar, lo hago porque me gusta estar al aire libre, no puedo estar encerrado en un gimnasio, me cuesta. Tampoco troto mucho, prefiero nadar y la bicicleta.

¿Por qué?

La natación es maravillosa, pues no vas contra la gravedad, la bicicleta es un contacto con la madre natura extraordinaria, con el trote igual, pero es más monótono y pesado. Además, me pone reticente el hecho de ir golpeando contra el suelo, pues después de 15 ó 20 años que pasará con las rodillas y articulaciones; mi deseo es practicar triatlón toda la vida.

¿Alguna vez ha tenido que parar por una lesión de gravedad?

Una vez estuve impedido de practicar por un lumbago fuertísimo, pero caminaba todo los días. Me estacionaba en Las Salinas y caminaba hasta uno norte por la playa, aunque no es lo mismo, no puedo estar parado. Cuando volví a competir, la sensación fue muy rica, uno se hace "adicto" a esta endorfina.

CALIDAD DE VIDA

¿Cómo es el día a día? ¿cómo ha influido el deporte en su vida?

No tiene precio. Imagínate que hay muchos artículos que muestran cómo el rendimiento de una persona que hace deporte regularmente hasta los 70 años tiene el mismo rendimiento de una persona de 25 que es sedentario. Pero es sólo la punta del iceberg, porque sólo ves el rendimiento físico, si midieses cortisol, tiroides, hormonas sexuales, todo redonda en que tu organismo funciona mejor. Pienso hacer un trabajo con Norman, comparando ciertos parámetros biofísicos de personas que regularmente hacen deporte con otros que no. Mira, si después de los 40 años no haces deporte, tu pronóstico desde el punto de vista salud no va a ser bueno, el organismo está hecho para hacer eso.

¿Pero es muy sacrificado?

Hacer un deporte no es fácil, y hacer tres al unísono, imagínate. Esto es una forma de vida, una filosofía donde estás toda la semana en torno de esto, el dormir, la vida social, la alimentación, todo eso va en

función de tu actividad.

¿Cómo lo hace con las actividades sociales? ¿Tiene una dieta especial?

Tienes que limitarte, cada uno lo toma de manera diferente, no me acuesto tarde, me cuido con las comidas, no fumo, no tomo.

Entonces, ¿qué lo motiva a seguir?

El hecho de sentirme joven, pero no en sentido hedonístico, sino en relación a que todavía vibras con cosas que no son materiales, además el nivel de endorfinas que alcanzas es impresionante.

Como pediatra ¿qué le parece el nivel de sedentarismo actual de los niños?

Es penoso, y no es problema del niño, sino de la familia y la sociedad. Yo hago deporte entre Reñaca y Concón, con un entorno maravilloso y a veces no me cruzo con nadie, ni siquiera caminando. Realmente es la enfermedad del siglo XXI. La sociedad en la cual que yo me crié ya no existe.

¿Trata de cambiar el mundo?

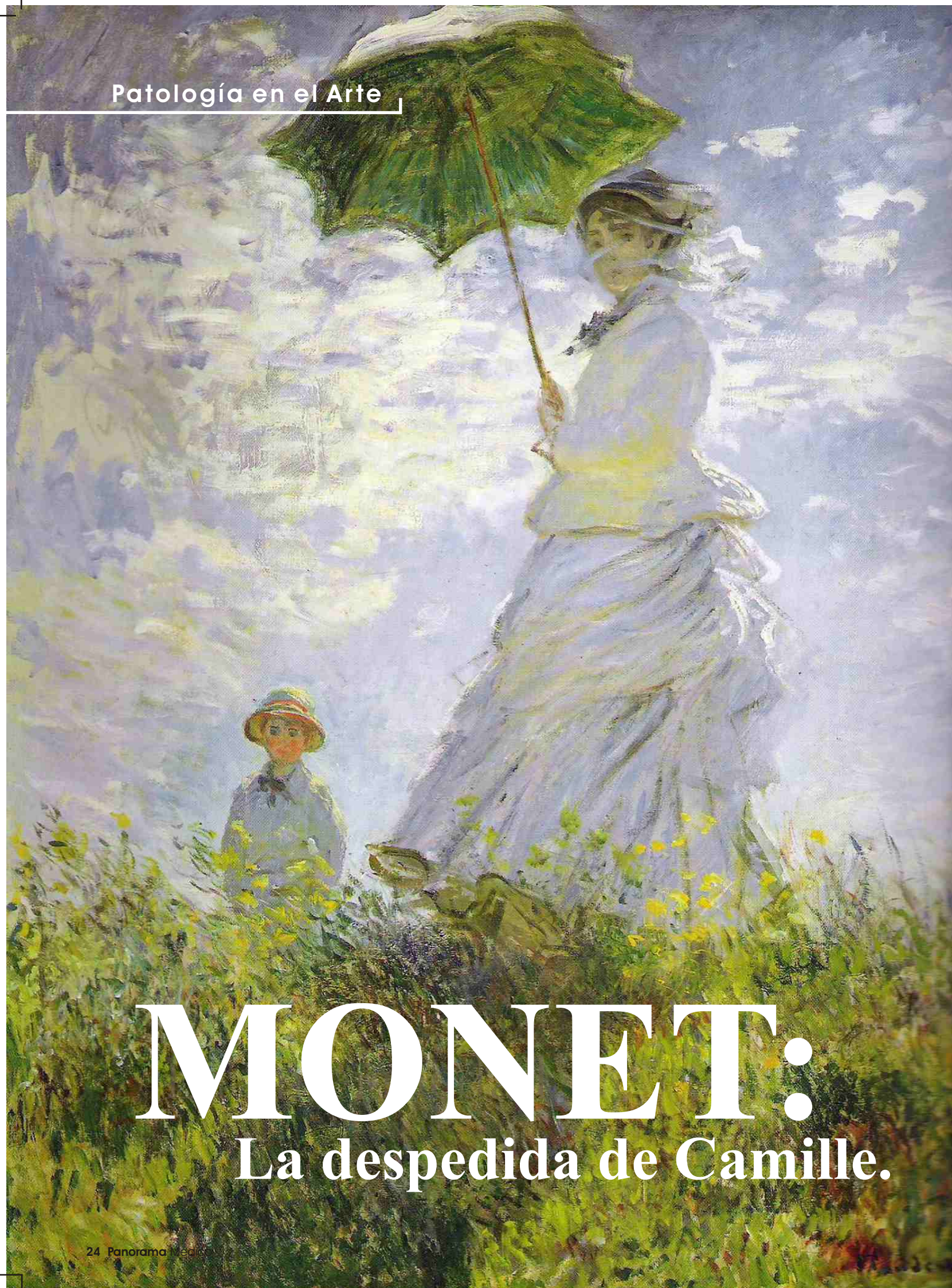
No, eso lo dijo Rimbaud hace muchos años, cuando en el siglo XIX todos querían cambiar a la sociedad, pero él señaló que el que debe cambiar es uno, si cambias, obligadamente lo irradiarás en tu entorno, no se trata de ser un gurú y salir a predicar en las calles. A través del ejemplo y constancia irradiarás eso. Mis tres hijos son deportistas y en parte es porque al papá le gusta.

¿Hasta cuándo va a correr?

Hasta viejo, ahora tengo 60, pero uno de mis deseos es hacer el Ironman de Brasil, cuando tenga sobre 70 años. Recuerdo que me tocó ver una situación muy especial, el año pasado, un brasileño de 76 años compitió, pero no tenía un físico de atleta, era de viejito. Lo lindo fue que cuando llegó a la meta su señora lo fue a recibir. Con ese físico fue capaz de terminar, fue increíble, me emocionó mucho, yo aspiro a eso, a ir más allá, es algo psicológico, para eso debes tener juventud del alma, ganas de hacer cosas que no te reportan económica ni materialmente nada.

Alberto Irrázabal



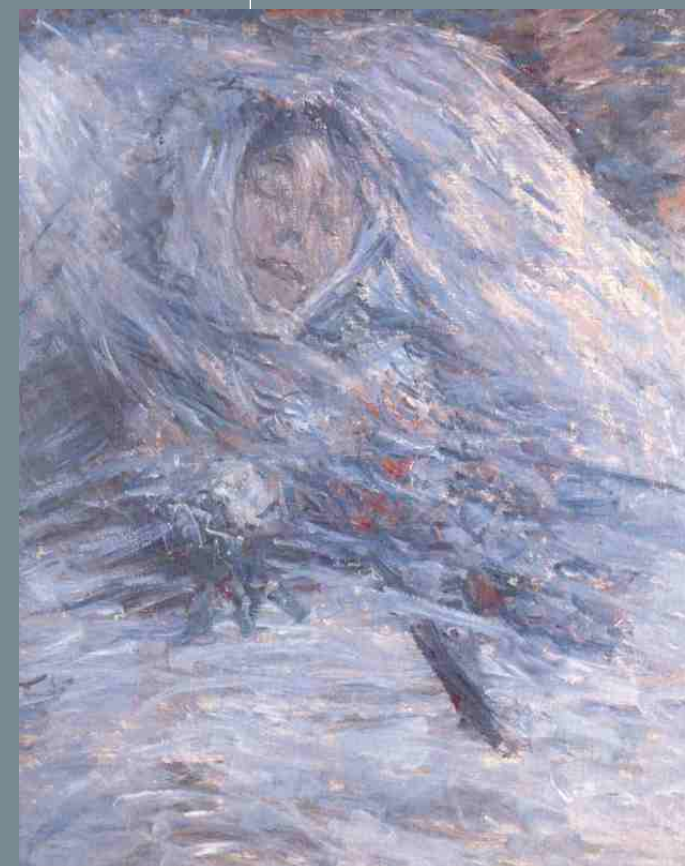
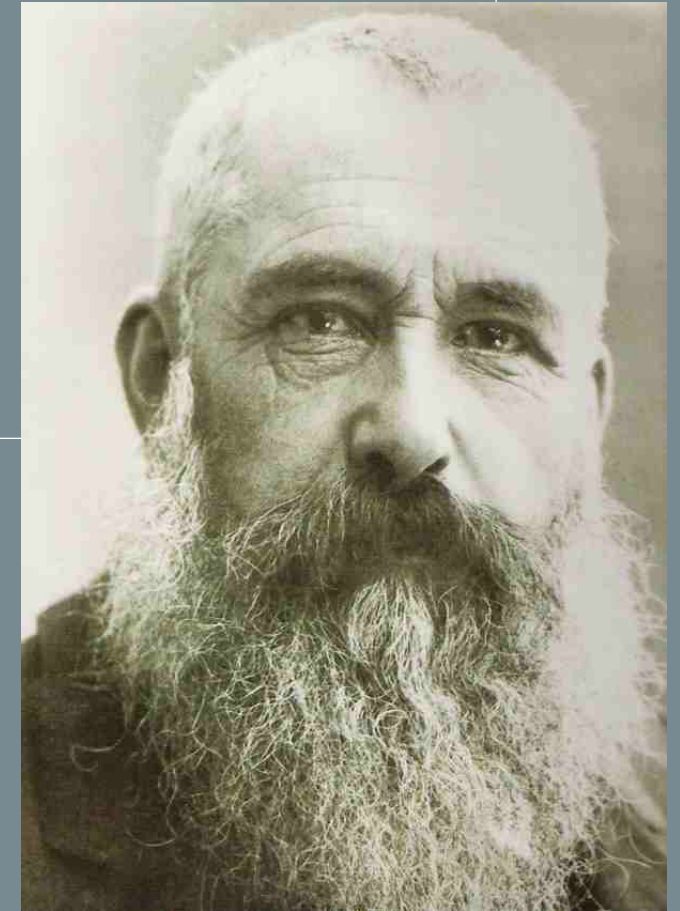


MONET:

La despedida de Camille.

Capturar el momento, plasmar el detalle fugaz del instante, tales fueron algunos de los principios de la pintura impresionista. El maestro máximo de este movimiento, Claude Monet, vivía obsesionado por recoger los cambiantes efectos de la luz sobre diversos objetos y motivos, lo que se expresa especialmente en sus famosas series, donde repite incansablemente el mismo tema: catedrales, almiarés, árboles.

Georges Clemenceau, primer ministro de Francia y amigo de Monet, relató luego una de sus conversaciones, donde queda de manifiesto la obsesión del artista. En 1879 había muerto Camille Doncieux, la primera esposa de Monet, a los 33 años de edad, y éste, sentado junto a su lecho de muerte, experimentó una curiosa sensación: *"Me encontré a mí mismo observando el trágico semblante, intentando identificar la secuencia, las proporciones de luz y sombra en los colores que la muerte había impuesto en su rostro inmóvil. Tonalidades de azul, amarillo, gris y más todavía... En eso es en lo que me había convertido. Me hubiera resultado perfectamente natural desear retratar el último aliento de alguien que iba a abandonarnos para siempre. Incluso antes de que la idea de memorizar el rostro que tanto significaba para mí me pasara por la cabeza, mi primer reflejo involuntario fue el de*



Camille en su lecho de muerte (1879).

Página anterior: Camille y su hijo Jean (1875).

temblar ante el impacto de los colores. A pesar mío, los reflejos me habían llevado a la operación inconsciente que no es más que el orden de mi existencia. Compadézcame, amigo mío"... La visión del artista había reemplazado en esos fugaces minutos el dolor del esposo.

Si exceptuamos la pintura sobre temas religiosos, la representación de personas muertas no es tan frecuente en la historia del arte. Monet lo hace expresando su tristeza, pero también los múltiples matices que su ojo experimentado capturaba en todo momento.

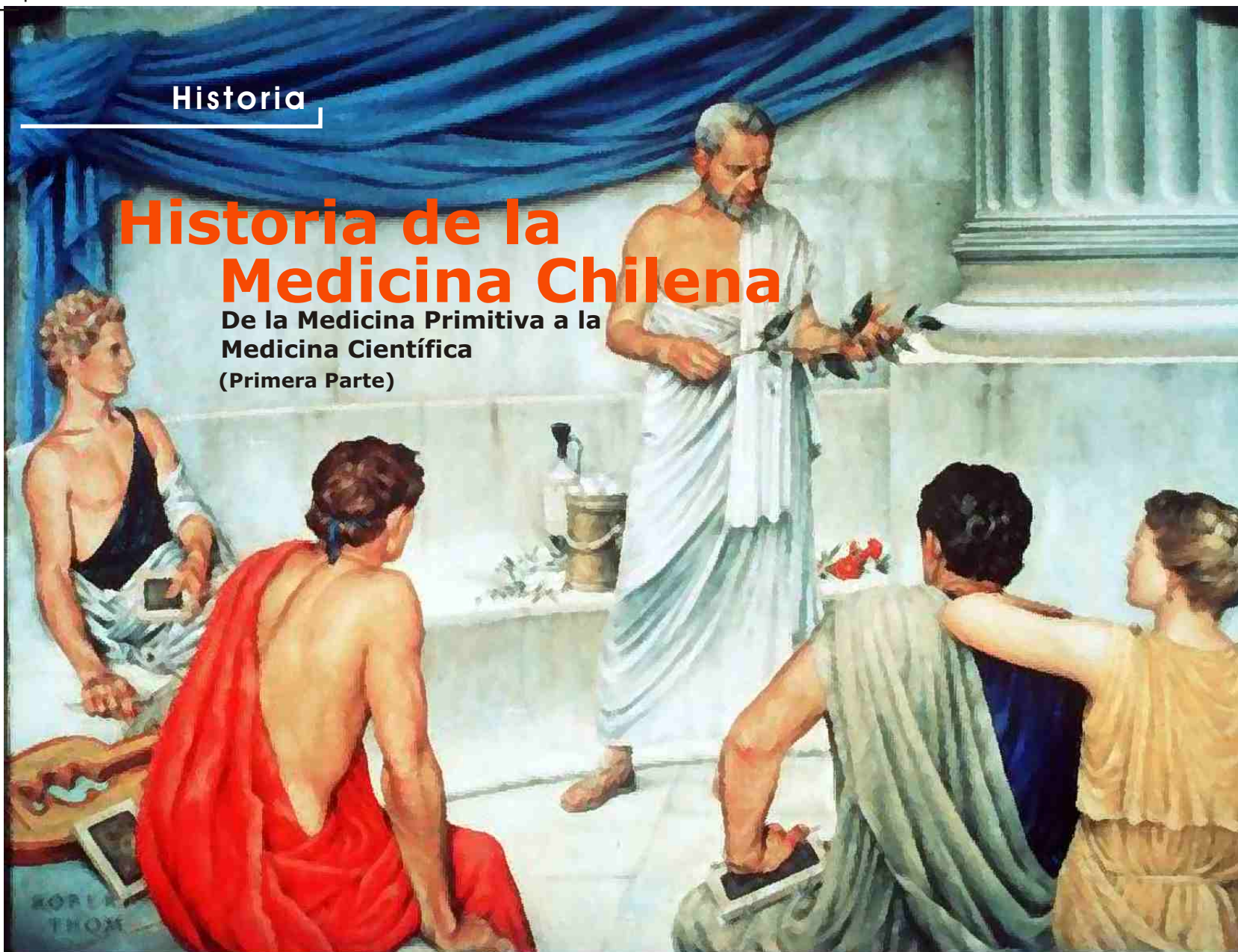
Aprisionar el instante fugaz, el juego de la luz sobre las formas y los colores, son características de la pintura de Monet. El mismo lo expresa: *(Esto ha sido) "la obsesión, la alegría, el tormento de cada uno de mis días".*

Dr. Héctor Opazo S.

Historia de la Medicina Chilena

De la Medicina Primitiva a la Medicina Científica

(Primera Parte)



La medicina griega fue introducida en Roma por médicos griegos, difundiéndose más allá de sus fronteras geográficas y llegando a todos los territorios abarcados por el Imperio Romano. La palabra physis en latín fue traducida como naturaleza.

La influencia de Grecia y Roma fue heredada y enriquecida durante la Edad Media por el mundo islámico, llegando por el Occidente hasta la Península Ibérica, donde se encontraron cristianos, judíos y musulmanes; muchos califas fueron protectores de las artes y de las actividades intelectuales y se rodearon de eruditos que tradujeron libros del griego y del latín, manteniendo la medicina durante ese período.

Durante los aproximadamente veinte siglos que siguieron a los tiempos de Hipócrates, la medicina no realizó grandes progresos excepto en casos aislados.

Las primeras universidades medievales se fundaron a fines del siglo XII y, en España, Salamanca se fundó en la primera mitad del XIII; posteriormente se agregaron las de Alcalá y Burgos. Comprendían un primer grado de Bachiller en Artes. Los estudios médicos se centraron en el estudio de los textos clásicos y las clases se impartían en latín. Se establecieron los requisitos de un segundo grado académico de Bachiller en Medicina, un grado de Licenciado y uno de Doctor, que se obtenía 4 a 7 años después del de Bachiller habiendo cumplido un periodo de 6 meses a 2 años de práctica supervisada por la universidad al lado de un médico experto, un examen oficial, un juramento y un diploma de aprobación.

Pero los escasos médicos universitarios atendían sólo a una pequeña parte de las clases sociales altas. La gran mayoría de la población era atendida por médicos empíricos, especialistas itinerantes, cirujanos, barberos, matronas y boticarios controlados por los gremios. En el siglo XV algunas monarquías europeas reglamentaron el ejercicio de la



medicina, estableciendo condiciones para obtener la licencia correspondiente. En España, Juan II creó en 1422 un Tribunal de Alcaldes y Examinadores para tomar los exámenes a los interesados en el ejercicio de la Medicina, medida considerada como el comienzo de la institución conocida con el nombre de Protomedicato. En la Pragmática de 1491 los Reyes Católicos mandaron sustituir a los Alcaldes Examinadores por los Protomédicos.

ÉPOCA FUNDACIONAL DE LA MEDICINA HISPÁNICA EN AMÉRICA

A fines del siglo XV la medicina española fue traída por los conquistadores a América.

En 1498 la Novísima Recopilación de Leyes de Indias decía: "Mandamos que los Protomédicos y Alcaldes Examinadores mayores, que de nos tuvieren el poder, lo sean en todos nuestros Reynos y Señoríos, que agora son o fueren de aquí en adelante, para examinar los Físicos y Cirujanos, y ensalmadores y Boticarios, y especieros y herbolarios, y otras personas que en todo o en parte usaren de estos oficios ... Para que si los hallaren idóneos y pertenecientes, les den carta de examen y aprobación, y licencia para que usen de los oficios ..."

En 1570 el mismo Felipe II resolvió enviar algunos Protomédicos a América con el fin de que fundaran cátedras de medicina en las principales universidades. A la llegada de estos Protomédicos generales los Protomédicos locales cesarían en sus funciones.

En la ley de 1570 Felipe II daba instrucciones precisas de informarse de las propiedades medicinales de las plantas que se usaran en América y enviar los especímenes a España, con lo que se enriqueció el arsenal terapéutico europeo. (Continuará).



RESUMEN

La medicina hispánica llegó a América con el Descubrimiento del Nuevo Mundo, que es uno de los hitos que marcan el fin de la Edad Media. A lo largo de este continente habitaban pueblos con diferentes culturas en nuestro territorio principalmente culturas andinas, de pueblos mapuches y de aborígenes australes que poseían variados conocimientos de medicina distinción de enfermedades monosintomáticas, anatomía, cirugía, de yerbas medicinales y otros tratamientos.

Durante la colonia se fueron integrando los conocimientos aportados por los españoles con elementos propios de la medicina indígena.

A lo largo del siglo XIX se produjo la emancipación de las colonias americanas, periodo durante el cual en Europa se hicieron grandes descubrimientos médicos. La apertura de Chile a las influencias europeas permitió que llegaran rápidamente los avances de la medicina decimonónica y el desarrollo de la medicina chilena.

ANTECEDENTES DE LA MEDICINA CIENTÍFICA EUROPEA

A partir del siglo VI a.C. comenzó a desarrollarse en Grecia el pensamiento racional; sus primeros filósofos intuyeron que el universo tenía una physis sometida a leyes inmutables comprensibles a través de la razón. La idea de physis hizo posible la ciencia. La investigación se dirigió a descubrir principios generales a partir de los cuales podría deducirse la explicación de los fenómenos.

Existía ya una medicina arcaica basada en lo sobrenatural y en lo empírico. En el siglo V se agruparon médicos que ejercían una medicina de tipo artesanal una techné o técnica en ciudades tales como Cos, Cnido, Cirene, Crotona..., y sustituyeron las interpretaciones sobrenaturales de la enfermedad por explicaciones naturales basadas en las observaciones ordinarias, dando origen así una medicina racional especulativa basada en el conocimiento científico, fuertemente influenciada por la filosofía.

Nuevo Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Valparaíso - Período 2007

Bajo el slogan "Participación y recuperación de los espacios de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Valparaíso", el pasado 23 de noviembre de 2006 fue elegido el nuevo Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Valparaíso (CEMUV).

La nueva directiva es presidida por Felipe Cardemil (5º año), acompañado por Matías Casanova (3º), Esteban Hadjez (5º año) y Constanza Castelli (3º año), a los que se suma un grupo de 18 alumnos de diversos cursos que conforman el equipo que se plantea para este año profundizar en temas prioritarios para el estudiantado.

Los pilares fundamentales del trabajo que el CEMUV se ha propuesto para este año son tres: definir la situación actual de los recintos docente-asistenciales, en especial de los Hospitales Dr. Gustavo Fricke y Dr. Carlos Van Buren como campos clínicos históricos de la Universidad de Valparaíso; buscar solución a situaciones pendientes en la Escuela como incorporación de los distintos estamentos universitarios, evaluaciones docentes, análisis de la

distribución, asignación de recursos en la Escuela y Universidad, etc; y trabajar en el nuevo concepto de Escuela amigable y restablecer la Semana de la Escuela como instancia integrativa de todos los estamentos de ésta.



www.meduv.cl

Fallecen médicos

El pasado mes de febrero dejó de existir el Dr. Renato Espinoza Llarena, afamado médico obstetra, uno de los especialistas que en la década del 60 incorporó técnicas hasta ese entonces inéditas como el uso de fórceps de Kjelland y anestesia epidural lumbar, dejando un legado que inspiró a nuevas generaciones.



Al anterior se suma la muerte del Dr. Arturo Godoy Acuña, especialista en Salud Pública que ya se encontraba retirado de sus funciones profesionales, quien dejó detrás de él una historia de servicio a la comunidad.



Finalmente, el viernes 16 de febrero recién pasado falleció el Dr. Ernesto Mundt Fluhman, destacado miembro de nuestra orden y distinguido profesor de múltiples generaciones de médicos de la zona. Panorama Médico ya honró su figura de maestro de la medicina nacional y regional en el número de junio de 2006 e invita ahora a leer en nuestra página web las reflexiones que con motivo de su muerte escribiera la Dra. Carmen Noziglia.

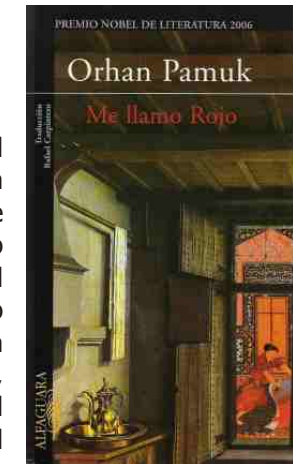


Nueva organización médica

El Hospital San Martín también es un ejemplo por estos días, pues los facultativos se están constituyendo en un nuevo tipo de organización, sin nombre claro por ahora, pero que apunta a responder a las necesidades más urgentes del capítulo sin caer en la lentitud del centralismo del Colegio Médico.

La agrupación está encabezada por José Matus (pediatra), José Cárdenas (traumatólogo), Pedro Cordero (anestésista), Rafael Rojas (cirujano) y Oriana Valenzuela (Jefe de cirugía), quienes se manifiestan esperanzados, pues pese a ser un capítulo prácticamente muerto, la respuesta de los doctores ha sido positiva en más de un 80%: en las conversaciones preliminares realizadas con diversos médicos todos han manifestado su apoyo explícito. Asimismo, esperan que a la vuelta de vacaciones el apoyo crezca aún más.

Me llamo Rojo. Orhan Pamuk. Alfaguara, 2006.



En el Islam no cabe el arte figurativo, por lo que la escultura y la pintura de seres humanos han tenido un escaso desarrollo, al interpretarse ambas como idolatría. Tal es el tema central de *Me llamo Rojo*, extraordinaria novela del último Premio Nobel: en el Imperio Otomano del siglo XVI dos corrientes se enfrentan entre sus ilustradores, los que consideran blasfema la representación humana pues ésta disminuye a Dios, y los que se sienten atraídos por el trabajo de los pintores occidentales renacentistas, que tienen al hombre como principal temática y han desarrollado las técnicas de la perspectiva y el realismo representativo.

La intriga se anuda en torno al encargo secreto que hace el Sultán a un grupo de artistas para ilustrar un libro al estilo europeo, lo que desencadena la oposición de los extremistas religiosos y desemboca en un par de crímenes y un enigma policial.

La buena literatura en ocasiones sitúa problemas actuales en épocas pretéritas, lo que Pamuk muestra en este libro, al describir el odio y la intolerancia que cortan el libre desarrollo del espíritu, problema del que el mismo escritor es víctima en la vida real, ya que está amenazado de muerte en su propio país por fanáticos nacionalistas.

Hay ocasiones en que el Premio Nobel destaca a escritores que de otro modo nos hubiesen pasado inadvertidos: en Orhan Pamuk, sobresaliente novelista turco, se descubre un autor que vale la pena leer.

Dr. Héctor Opazo S.

La guitarra sinfónica

Ha aparecido a la venta, por ahora en la Dirección de Extensión y Comunicaciones de la Universidad de Valparaíso, pero pronto en las disquerías generales, un valioso CD en el cual el conocido guitarrista clásico de nuestra Quinta Región, Antonio Rioseco, ha dejado registrado un trabajo de valor inestimable para quienes gustamos del sonido y de la ejecución guitarrística.

Las grabaciones corresponden a transcripciones personales de Rioseco de obras originalmente escritas para orquesta sinfónica realizadas en los años noventa y que ahora ven la luz pública. El repertorio es impresionante: el volumen contiene obras de compositores eminentemente sinfónicos como Beethoven, Berlioz, Tchaikowsky, Copland y Strauss, así como algunos grandes barrocos como Bach y Albinoni.

Las transcripciones cumplen con los requisitos técnicos y formales de lo que se entiende por "transcripción", es decir, la guitarra reproduce



acordes, melodías, armonías y el sonido original de la orquesta tal como fue concebido por el compositor, y por referencias directas sé que el artista ha recurrido a toda la capacidad técnica del instrumento mediante afinaciones y digitaciones especiales, y a su vez a toda su capacidad artística, que por los resultados obtenidos es muy alta.

Un disco ideal, por tratarse de un artista local en una producción original de calidad y además atractiva por el repertorio incluido.

Dr. Juan Eurolo M.



El computador o Yo El computador en la consulta

El martes 16 de enero pasado, mientras esperaba la llegada de unos pacientes en la consulta, leí la siguiente noticia en el sitio de Internet de El Mercurio online:

Cada año mueren 7 mil personas en Estados Unidos por la mala caligrafía de los médicos.

WASHINGTON.- La letra ilegible de los médicos mata a 7 mil estadounidenses al año, según estadísticas de las National Academies of Science's Institute of Medicine (IOM).

Además, un millón y medio de personas resultan dañadas por errores en la medicación, que resulta de abreviaciones y dosis poco claras o prescripciones inentendibles.

Para combatir este grave problema se está incentivando a que las recetas médicas sean escritas por medios electrónicos. Hoy, un grupo de firmas tecnológicas y de salud de Estados Unidos lanzan un programa para permitir que los doctores emitan sus recetas electrónicas en forma gratuita, según informa la revista Time...

Muchos de nosotros nos hemos preguntado más de una vez si es bueno tener un computador en la consulta, si es seguro llevar las fichas de los pacientes en este medio, si a los pacientes les molestará tener a este intruso en el escritorio, etc. El artículo anterior nos muestra que parece que es cada vez más un imperativo tener un computador en la consulta.

En mi experiencia personal, llevo registro computacional de la atención de pacientes en la consulta desde el año 1994, mientras fui Médico General de Zona en Cabildo, para lo cual cree una base de datos en Access, que la he ido mejorando y adaptando a mis necesidades hasta el día de hoy. Un par de años después de su creación presenté en un Congreso de Medicina General el programa y las estadísticas de la atención de un médico general en su consulta, basado en los datos que arrojaba el sistema informático, que a esa altura le había agregado la clasificación de los diagnósticos por el CIE-10. Uno de los comentarios de la mesa en la sala en esa ocasión, hecho por un distinguido dirigente de la Sociedad Médica de Santiago, es que le parecía poco apropiado poner un computador entre el paciente y el médico, que eso hace perder la adecuada relación médico paciente y los distanciaba. Yo le argumenté que eso sería correcto si uno tiene el desatino de poner la pantalla entremedio de ambos, pero que bastaba ponerla en una posición oblicua lateral para que esto no fuera así... parece que no lo convencí mucho.

¿Cuál fue el efecto que tuvo esto en mis pacientes?: se sorprendían de verlo y les causaba curiosidad... estamos hablando del año 1994, cuando todavía no se masificaba el uso del computador. Pero lo que más les impactaba era que las recetas eran impresas por el computador... con letra perfecta. Hasta de las farmacias me llamaron para agradecerme.

Hoy en día los pacientes no sólo no les molesta que tengamos computadores en nuestros escritorios, sino que hasta lo ven como algo positivo, que habla de que el profesional está al día y es hasta más confiable.

Entonces, qué podemos hacer con un computador en la consulta. La primera utilidad obvia es llevar el registro de los pacientes que atendemos. Para esto debemos contar con una base de datos creada para estos fines. Existen varias en el mercado ya hechas, pero que tienen por lo general el inconveniente de que están hechas como para un Médico Total, tienen muchas veces exceso de campos de datos que uno no utiliza por no ser de su especialidad o forma de atender o registrar a los pacientes. Lo ideal es tener una base de datos hecha a la medida, cosa que cualquier programador lo puede hacer y con un costo no tan alto. Ahora, si ya es un computín, armar una base de datos con Access o FileMaker es realmente una tarea mucho más sencilla de lo que parece.

¿Qué cosas le puedo pedir a mi sistema informático de la consulta?. Primero que me permita buscar rápidamente la información de un paciente y me lo despliegue en forma clara. Cuando un paciente me llama por teléfono para preguntarme algo más sobre su consulta, me basta que mi secretaria me diga su nombre y apellidos para que tenga a la vista en forma inmediata toda su ficha y atenderlo como si me acordara de cada detalle de todos mis pacientes, cosa que es humanamente imposible. Otra cosa que debo pedir a este sistema es el que me imprima la receta y órdenes de exámenes que entregaremos al paciente y que queden tal cual guardadas también en el sistema, como respaldo de lo que le decimos a un paciente. También le puedo pedir que me sirva para la administración de la consulta, toda vez que puedo ingresar los datos del modo de pago del paciente, su previsión, si dejó garantía, etc. Finalmente puedo pedirle también estadísticas de las atenciones, de todo tipo, ya sea de los diagnósticos, de las características de los pacientes, de mis ingresos, etc., etc.

¿Qué requisitos debe tener esta implementación?. Un computador adecuado, no necesariamente muy potente, con un buen disco duro y ojalá una pantalla LCD, que ocupe el mínimo de espacio. Pero por sobre todas las cosas, usted debe poder escribir razonablemente bien y rápido con el teclado, porque hacer el ridículo delante de los pacientes escribiendo dos palabras por minuto no es muy digno que digamos. Además, si su mala caligrafía esconde sus "horrores" ortográficos, mejor no escriba recetas impresas que dejen de manifiesto su falta de cultura.

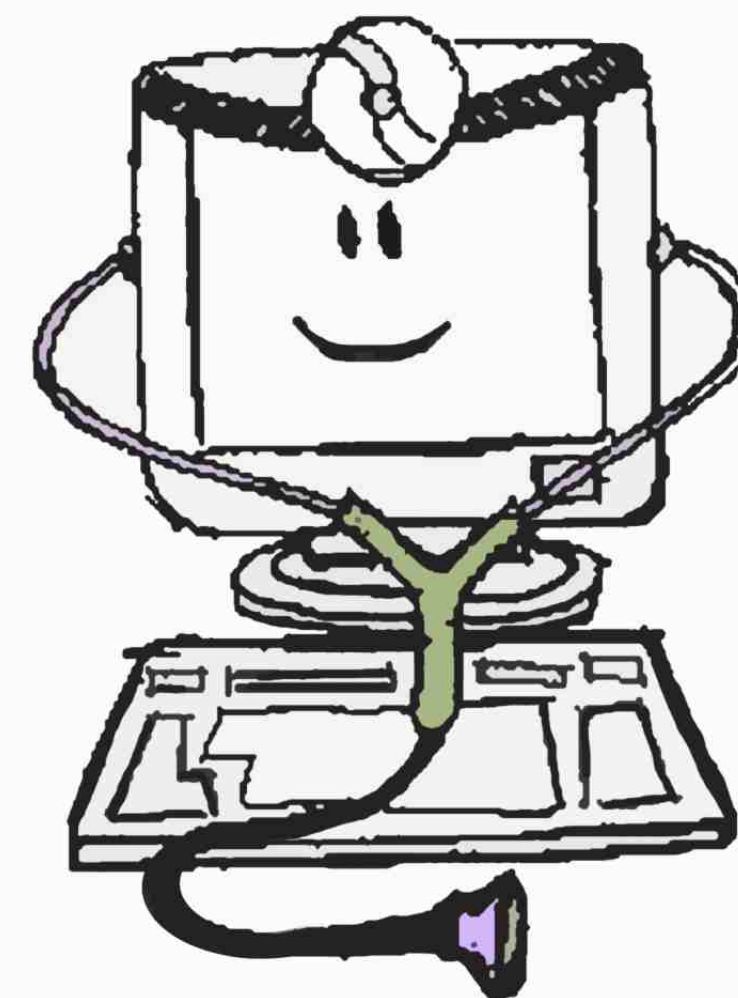
Pero el computador en la consulta sirve para muchas más cosas. Ya a esta altura, tener Internet en la consulta es tan común como tener teléfono, y eso nos amplía mucho el horizonte de uso del equipo. Podemos por ejemplo consultar en todo momento el medline, el vademécum o alguna enciclopedia médica en línea. Además, en el futuro cercano llegará la

licencia médica en línea, sin contar que ya existe la boleta de honorarios en línea.

Y si no llega un paciente, podemos leer las noticias online, jugar en los juegos incorporados o los que hay en la red o mantenerse en contacto con la casa o los amigos por el Messenger, incluso verlos por cámara web.

Como ven, el computador en la consulta tiene mucha utilidad que va más allá del trabajo. Créanme cuando les digo que un buen computador en línea puede ser un compañero inseparable en nuestro trabajo diario.

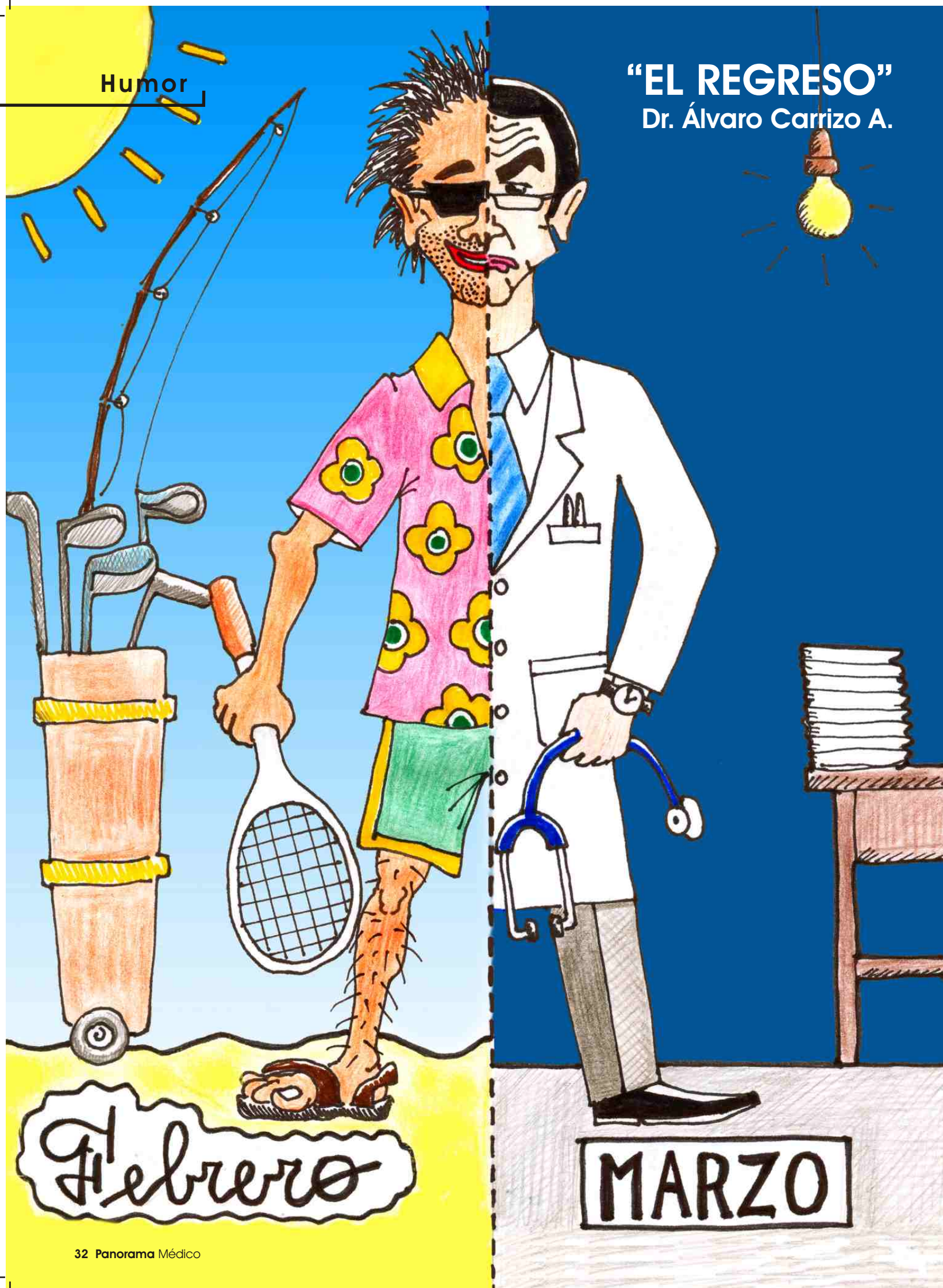
Dr. José Hono P.



Humor

"EL REGRESO"

Dr. Álvaro Carrizo A.



Hágase socio del Club Hippocampus

El Club privado más completo y entretenido de la V región, con beneficios que ningún otro Club le puede ofrecer

- » Piscina exterior con tobogán
- » Canchas de tenis
- » Gimnasio
- » Sala de juegos para adultos
- » Piscina temperada
- » Restaurant y Snack bar
- » Parvulario
- » Sala de juegos para niños
- » Multicancha de arena
- » Intercambio Internacional
- » Salones de eventos
- » Alojamiento

¡ Venga a conocernos !



Resort: Las Pimpinelas 763, subida Playa Los Lilenes, Concón
Teléfono: (32) 232 5000

www.hippocampus.cl - club@hippocampus.cl