



Colegio Médico
da la bienvenida a Banco Itaú.

Cecilia Ramos
Oficina Prat
Valparaíso
Teléfono: 2323200

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 Nº 71 Septiembre 2007



Colegio Médico
en ALERTA

Intégrese a MV Clinical

Beneficios para un Médico Socio de MV Clinical

- **Desarrollo Profesional.**
Formar parte de la mayor asociación privada de médicos de Chile.
- **El Mejor plan de salud.**
Mediante una alianza estratégica con Isapre Masvida, MV Clinical ofrece la posibilidad de acceder al plan de salud exclusivo para médicos y sus familias.



En Santiago: (02) 550 8317. • En V Región: (32) 2683 235. • En VIII Región: (41) 2262 174.

UNIDAD DE ACCIONISTAS
e-mail: acciones@mvclinical.cl



Panorama Médico

Director

Dr. Guillermo Arístides F. garistides@gmail.com

Comité Editorial

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

Colaboradores

Dr. Álvaro Carrizo A.
Dr. Mauricio Bronfman A.
Dr. Juan Eurolo M.
Dr. José Patricio Hono P.
Dr. Jaime Leyton Z.
Dr. Fernando Novoa S.
Dra. Carmen Noziglia D.
Dr. David Sabah J.
Sr. Alfredo Silva V.

Periodista

Paola Quezada Q.

Representante Legal

Dr. Juan Eurolo M.

Producción General e Impresión
Comunicación Global
www.cscomunicaciones.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.colegiomedicvalparaiso.cl

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



Palabras del Presidente

Colegio Médico y Ministerio de Salud: Reflexiones sobre la movilización médica

Los médicos y demás profesionales de la ley 19.664 y 15.076 han recibido por los medios de comunicación un bombardeo de informaciones acerca del conflicto entre el MINSAL y el Colegio Médico. La guerra comunicacional arrecia al momento del cierre de esta edición.

La Salud Pública está virtualmente en estado terminal. Años de no inversión, falta de mantención y el congelamiento de plantas de personal, han provocado frustración y éxodo de personal calificado y por otro lado han llevado a la paradoja de que equipamientos de alto costo recién adquiridos no pueden ser utilizados a plenitud para servir a la comunidad.

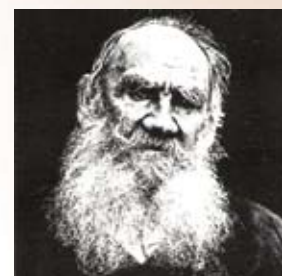
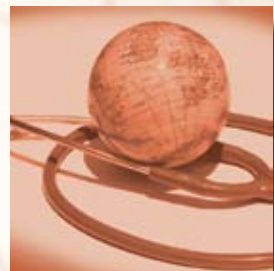
El Colegio planteó enérgicamente su postura crítica acerca del AUGE y de la Reforma en el 2003 ("El AUGE es puro cuento") lo que nos valió un insulto presidencial; y tanto en el 2006 como el 2007 hemos planteado a la Ministra Barría estos mismos problemas, por lo que esta segunda vez pusimos un plazo de 90 días para plantear compromisos de solución. El plazo se cumplió el 24 de julio recién pasado y no hubo ninguna propuesta seria desde el Ministerio para resolver el conflicto en ciernes.

El debate Ministerio-Colegio ha sido de gran dureza y con tristeza debemos reconocer que las autoridades, siendo colegas nuestros, no valoran para nada el trabajo del médico, y además han pretendido sobrecargarlo de labores que no le corresponde hacer, tanto de tipo administrativo como de exceso de atenciones extra para "solucionar" listas de espera provocadas precisamente por la falta de profesionales.

Como broche de oro: las remuneraciones médicas jamás han podido ser sinceradas, y hemos visto a la Ministra Barría faltar gravemente a la verdad cuando afirma que "los médicos ganan entre 1.200.000 y 1.600.000 pesos como promedio en el sector público" y por ello no nos conceden el reajuste del 30% solicitado.

Colegas: nuestras remuneraciones son muy bajas, tanto en comparación con las de profesiones semejantes como en relación a la responsabilidad que implican. El reajuste pedido no es ninguna exageración respecto de lo otorgado a otros sectores, y creo que es incluso de bajo monto para lo esperado por todos nosotros. Al cierre aún no sabemos lo que lograremos pero nuestro Regional está comprometido en lograr el mejor resultado posible..... que nos vaya bien.

Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso



Palabras del Presidente	01
Editorial Travesía en Solitario	03
Gremial	04
Tema Central Importación de Médicos	06
Historia La Participación de Médicos Extranjeros en las Primeras Escuelas de Chile	08
Ética Cerebro y Conducta Moral	10
Entrevista Nuevas Autoridades de Salud en Valparaíso y Viña del Mar	12
Perfiles Dr. Sergio de Tezanos Pinto	18
Actualidad Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente	19
Maestros Dr. Jaime Venezian Leigh	20
Centros Hospitalarios Hospital Naval "Almirante Nef"	22
Literatura Premio Nobel	24
Recomendamos	26
Tecnología El Computador o Yo: El Computador en el Bolsillo	28
Fotos del Recuerdo	29
Cartas al Director	30
Tribunal de Ética	30
Noticias	31
Humor	32



Travesía en Solitario

Hay ocasiones en las cuales el tomar decisiones en las cuales se ven involucradas otras personas hace cuestionarte para donde va el barco, cuál es nuestro norte. En ese momento el enfilar hacia uno u otro puerto afectará a mucha gente, por lo tanto es nuestro deber como Capitán (dirigente) estar al tanto de las mareas, las corrientes, los vientos, etc.

Pero esa información muchas veces no puede ser compartida y la decisión consecuente incomprendida o ignorada, se convierte en un acto intrínsecamente solitario. Es en esos momentos en que el Capitán apela a la disciplina de su tripulación para llevar a todos a buen puerto. Es por eso, colegas, que tenemos que estar atentos a las órdenes de nuestro Capitán: estamos en medio de una tormenta (lo más probable es que algunos ni se hallan dado cuenta) y si mostramos el más leve asomo de duda o "sordera" frente a lo que nos corresponde hacer a cada uno en su puesto estaremos en serios aprietos.

Los últimos números de nuestra revista han tratado de diseccionar una de las amenazas que se cierne sobre nuestro gremio, que es el aumento de la "oferta" médica. Tal como analizamos, este problema es multifactorial. El aumento de las Escuelas de Medicina sin ningún tipo de regulación salvo el de la oferta V/S demanda académica, el aumento del número de matrículas por Escuela de Medicina, y por último pero no menos importante, es el aumento progresivo y desregulado de médicos egresados en otros países que son atraídos por las bondades de nuestro país, tema de suyo sensible pero no menos preocupante. Quisimos abordar esta arista del problema desde la forma más objetiva posible y sin ánimo de incomodar a nadie. Demás esta decir que frente a cualquier duda o comentario la página Cartas al Director siempre estará abierta a todos ustedes.

Dr. Guillermo Arístides Fuentes
Director Revista Panorama Médico





MOVILIZACIÓN MÉDICA

Las Razones de un Largo Conflicto

Hace ya largos años que los médicos y otros profesionales de las leyes 19.664 y 15.076 percibimos que las condiciones de trabajo en el sector público se deterioran rápidamente día a día, sin que ninguna autoridad proponga o trate de hacer algo por evitarlo. La llegada de la Reforma de la Salud no hizo otra cosa que agudizar la situación, cumpliéndose el viejo precepto de las leyes de Murphy de que "toda situación pésima es susceptible de empeorar". Se siente en el aire una sensación de que toda la estructuración de estas leyes ha sido diseñada y planificada por alguien que odia a los médicos.

En la Asamblea Nacional Ordinaria del Colegio Médico en Puerto Montt el año 2006 se le hizo presente a la Ministra María Soledad Barría nuestras observaciones sobre las leyes de la Reforma y muy en especial sobre la Ley Médica o 19.664. Como siempre en estos casos la Autoridad adquirió una serie de compromisos para mejorar las condiciones de trabajo médico incluyendo nuestras remuneraciones.

Sin embargo, pasó todo el año 2006 y llegamos a Abril del 2007 en una nueva Asamblea Nacional Ordinaria de nuestro Colegio, esta vez en La Serena con la misma Ministra Barría y, desgraciadamente, con la misma situación del 2006; es decir, no se avanzó nada en un año respecto de lo planteado. Hubo muchas reuniones y "principios de acuerdo" (algo así como un "principio de resfrío"), sin que después se concretara nada.

Esta vez, junto con volver a plantear con más energía nuestras peticiones del año anterior, y añadir nuevas

proposiciones, le pusimos un plazo de 90 días al Ministerio para que nos respondiera nuestro petitorio de diez puntos, el cual se cumplió el 24 de julio.

Se han recibido dos cartas del Ministerio ofreciendo soluciones a nuestro petitorio, la última de las cuales con fecha 17 de Agosto, en la que no se percibe avance alguno respecto de la primera del 27 de julio. Considero importante para los colegas describir lo pedido por el Colegio y lo propuesto por el Ministerio:

En el primer punto, el Colegio ha pedido incluir a los médicos a contrata en los beneficios de la carrera funcionaria de la ley 19.664 en la Asignación de experiencia calificada. El Ministerio ingresó esta indicación al Congreso sólo bajo presión de la Comisión de Salud del Senado y de la Contraloría de Valparaíso, gracias a una presentación del Capítulo del Fricke de nuestro Regional.

En el segundo punto, el Colegio Médico ha pedido Estabilidad Laboral, exigiendo el cumplimiento de la ley que dice que en las plantas del sector público a lo menos el 80% de los cargos deben ser titulares, los que en la realidad no pasan del 44%, y que esto se extienda a los médicos de la salud municipalizada. El Ministerio propone contratos "plurianuales" de 4 a 5 años asociados con una serie de restricciones inaceptables, sin querer restaurar el 80% de titularidad pedido; y para la atención primaria no se ofrece nada. Sin comentarios.

En el tercer punto, el Colegio pide un incentivo al retiro de 20 sueldos o 622 UTM como piso desde la edad de

jubilación (60 o 65 años). El Ministerio propone una escala desde 8 a 14 remuneraciones con tope de 18 millones de pesos y dice que "este beneficio regirá sólo durante el actual Gobierno". Sin comentarios.

En el quinto punto, el Colegio pide la incorporación de los médicos de la atención primaria a la ley 19.664. El Ministerio no lo acepta y en cambio ofrece 62 becas de especialización. También sin comentarios.

En el 6° punto, de remuneraciones, hemos pedido un reajuste de 30% sobre el IPC y el Ministerio ha hecho una serie de ofertas todas en el orden de no más del 8% en promedio, con un rango entre 5,78% y 10,52%, y todas incluidas en las asignaciones ya existentes. Para la ley 15.076 ofrece sólo 4%. Otra vez sin comentarios.

En el punto 7, de Libre Elección, el Colegio pide que los bonos Fonasa sean nominativos para el médico que otorga la prestación y no para los Centros Privados de Salud con el objeto de controlar los descuentos que éstos hacen al honorario médico, lo que no ha sido contestado por el Ministerio. También se pidió permitir el cobro directo de copago a los médicos en hospitalizaciones en montos de hasta 60% del arancel tal como lo hacen las clínicas y pensionados de hospitales, lo que no se aceptó argumentando que "sería un cobro injusto para el beneficiario". Y ante la petición de incluir prestaciones nuevas aún no codificadas, el Ministerio propone una comisión de estudio. Huelgan los comentarios.

Los otros tres puntos, referidos a crear unidades de gestión de riesgos clínicos, financiamiento de becas de subespecialidad e incorporar residencias médicas a hospitales tipo IV no merecieron tampoco respuestas concretas del Ministerio por lo que también nos ahorramos comentarios.

Ante esta sordera ministerial, el Colegio inició una "Movilización creciente" en cuya primera parte se ha buscado "restaurar las funciones propias del médico" del



sector público; es decir, policlínicos con los pacientes que corresponden, sin "extras" no programados por el propio médico; un anestesista por pabellón; no hospitalizar en pasillos, sillones o camillas y si esto no es posible de evitar, advertir al paciente y familiares del riesgo que corren para que exijan a la Autoridad la solución al problema; y no llenar papelería administrativa ajena al quehacer médico, especialmente aquella del AUGE.

Y llegamos a una segunda parte, donde el centro de nuestra movilización es denunciar los incumplimientos AUGE, de los cuales tenemos informes elocuentes de Contraloría y del propio FONASA, y además denunciar las listas de espera de patología NO AUGE, que han aumentado dramáticamente.

A esta altura del movimiento hay un número creciente de médicos que consideran que hay que avanzar mucho más rápido y más eficazmente, y se han propuesto movilizaciones que van desde paros de actividades a renuncias masivas y actividades mediáticas fuertes como marchas públicas, de las cuales en nuestro Regional ya hicimos una exitosa con los Médicos Generales de Zona, y eventuales tomas de establecimientos.

Al cierre de esta edición, al 1° de Septiembre, el ambiente es tenso. Sabemos que hay ministros que han aconsejado a la Presidenta que nombre otro Ministro de Salud. El Parlamento a su vez, está exigiendo respuestas al Ministerio de Salud y la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados se apresta a pedir una "interpelación" para la Ministra Barría por todo lo denunciado por nuestro Colegio... Veremos lo que finalmente pasó en nuestro próximo número de Panorama Médico.

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

IMPORTACIÓN DE MÉDICOS

"Un asunto preocupante y no resuelto es el de la incorporación de médicos graduados en el extranjero al mercado laboral chileno, sin que sean sometidos a ningún procedimiento de evaluación de sus competencias. Esto se debe a que Chile ha suscrito convenios bilaterales con cuatro países latinoamericanos y con España, que reconocen los títulos profesionales sin otro requisito que el mero registro de sus respectivos títulos profesionales en el Ministerio de Relaciones Exteriores. Los 1297 médicos graduados en el extranjero que se han incorporado al campo laboral en Chile en los últimos 7 años, representan 29% del total de titulados por las Escuelas de Medicina nacionales en igual periodo".

Lo anterior, es una cita de un trabajo publicado por el Dr. Alejandro Goic en la Revista Médica de Chile en octubre de 1999. Desde esa fecha, la situación descrita se ha agudizado hasta constituir un problema del que debemos tomar conciencia.

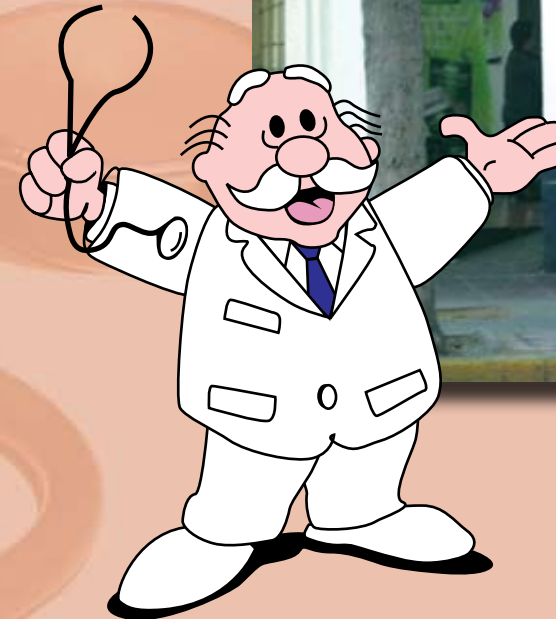
Tratar este asunto puede ser "políticamente incorrecto" y ciertamente no es grato, pues con facilidad puede confundirse con defensa de intereses corporativos o aún con cosas más impresentables, como chauvinismo o xenofobia. Declaramos desde la partida que esa no es la intención. Como país insular y relativamente joven, no olvidamos que múltiples médicos extranjeros fueron los grandes impulsores de la medicina en Chile, especialmente durante el siglo XIX. Respetamos y reconocemos el legado de personas como Sazié, Noé, Westenhoeffer, Blest, Cox y tantos otros

que prácticamente fundaron nuestra medicina. Para que quede meridianamente claro, destacamos ese aporte fundamental en artículo anexo.

El problema que planteamos es otro: en los últimos años se ha abierto la puerta a la libre inmigración médica, sin ningún mecanismo contralor de la calidad profesional de los recién llegados. Estos habitualmente provienen de países donde hay sobreproducción de profesionales médicos, y deciden venir a Chile por las malas remuneraciones y el escaso campo laboral implícitos a ese exceso de oferta. Como nos han contado varios colegas extranjeros, se sienten atraídos por el buen nivel de la medicina chilena y, ciertamente, por las facilidades para insertarse en nuestro medio, donde no se les exige más que un fácil trámite burocrático.

Es así que en la actualidad los profesionales extranjeros prácticamente copan la atención primaria, abundan en los servicios médicos domiciliarios y son legión entre los becados (por supuesto, sin intenciones de retorno, como antes), ayudado esto último por el evidente interés de lucro de las universidades.

La gota que ha rebasado el vaso en los últimos meses ha sido la proliferación de consultas médicas de trastienda, como las del "Dr. Simi" y el "Dr. Ahorro", donde por \$1000 ó \$2000 se entrega una atención rudimentaria, por decir lo menos. (Claro que cada una de estas consultas está al lado de la respectiva farmacia). ¿Qué calidad profesional tiene un médico que acepta



atender en esas condiciones?. A cualquier profesional de la salud nacional que abra una consulta o un pabellón de procedimientos menores le caen una serie de fiscalizaciones severas. ¿Las autoridades sanitarias municipales o ministeriales controlan con el mismo rigor estas nuevas "consultas", donde no se cumplen normas mínimas?.

Al margen de la conversación anecdótica, ¿que hemos hecho los médicos para impedir esta situación?. Peor aún, ¿cuánto de lo que pasa es de nuestra directa responsabilidad, pues hacemos oídos sordos, trabajamos aislados y no nos preocupamos? ¿Lo haremos cuando llegue el día en que será demasiado tarde para reaccionar?.

Las autoridades de la salud no pueden o no quieren controlar tal situación. Es más, da la impresión que ni siquiera tienen una visión clara de lo que está pasando. Panorama Médico consultó repetidamente a las instancias regionales correspondientes acerca del número y condiciones de trabajo de los médicos extranjeros que laboran en nuestro medio y no se logró una respuesta clara y definida, sólo evasivas.

Desde luego, no desconocemos las modernas condiciones de integración mundial y que los fenómenos económicos no reconocen fronteras. Está claro que la mejor manera de abaratar un producto es aumentar su oferta: ya hemos analizado en números anteriores el negocio de producir grandes cantidades de médicos, a

lo que ahora se agrega su "libre importación". Todavía no queremos creer que haya una especie de "plan maquiavélico" para menoscabar nuestra actividad, pero sí pensamos que hay descuido y que ese descuido lo pagan nuestros pacientes, como lamentablemente ya ha sido varias veces comprobado.

El vocablo "extranjero" proviene del latín *extraneus*, que aparte de "exterior" tenía un segundo significado como "el que no forma parte de la familia". Propugnamos que los profesionales extranjeros que quieran integrarse a la familia médica nacional se sometan a las mismas reglas de calificación que cualquiera de nuestros internos, con exámenes reglados y comprobación imparcial de excelencia académica. (Y por supuesto, que se integran al Colegio Médico). Por lo demás, eso es lo que se exige en cualquier país serio y son los requisitos que han debido cumplir los médicos chilenos que han querido trabajar en aquellas naciones que se preocupan por la calidad de su medicina.

En tiempos pasados, el gran "custodio de la calidad" de nuestra profesión era el Colegio Médico, pero gracias a la actual Ley de Colegios Profesionales este filtro se puede evitar con facilidad. Como principales responsables de la salud de la población chilena, sería bueno que pasáramos del lamento a la acción.

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



Max Westenhofer

PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS EXTRANJEROS En Las Primeras Escuelas de Medicina de Chile

Si bien en el siglo XVII, durante la Colonia, se fundaron en Chile dos Universidades Pontificias –la de Nuestra Señora del Rosario o Universidad Pontificia de Santo Tomás de Aquino, de los Dominicos, en 1619 y la Universidad de San Miguel, de los Jesuitas, en 1621, sin embargo ninguna de éstas tuvieron la carrera de Medicina.

Con gran retraso en relación con los virreinos de México y Perú, en 1738 una Real Cédula de Felipe V creó la Universidad de San Felipe, que abrió sus puertas en 1756 dictando las carreras de Teología, Cánones, Leyes y Medicina. Como se comprenderá, en aquel tiempo todos los médicos de formación universitaria – médicos latinos, porque habían estudiado a Hipócrates, Galeno y Avicena en latín y las prescripciones las hacían en dicho idioma- habían estudiado Medicina fuera de Chile. En esta primera Escuela de Medicina, el primer Profesor de la Cátedra de Prima Medicina fue el médico irlandés don Domingo Nevin, que asumió dicho cargo en 1770; en 1761 asumió como Protomédico del Reino de Chile, cargo que llevaba aparejada la responsabilidad de supervigilar el ejercicio profesional de médicos, cirujanos, boticarios y parteras; asesoró al gobierno en materias de higiene, epidemiología, cuarentenas, control de medicamentos y aranceles de farmacia. Tras su fallecimiento en 1770 fue sucedido por el médico peruano don Ignacio Jesús Zambrano, llegado a Chile en 1775.

La Universidad de San Felipe sólo logró graduar a 7 médicos durante su existencia, el último de los cuales recibió su título en el año 1800. A pesar de ello, los últimos años de la Colonia fueron de gran actividad

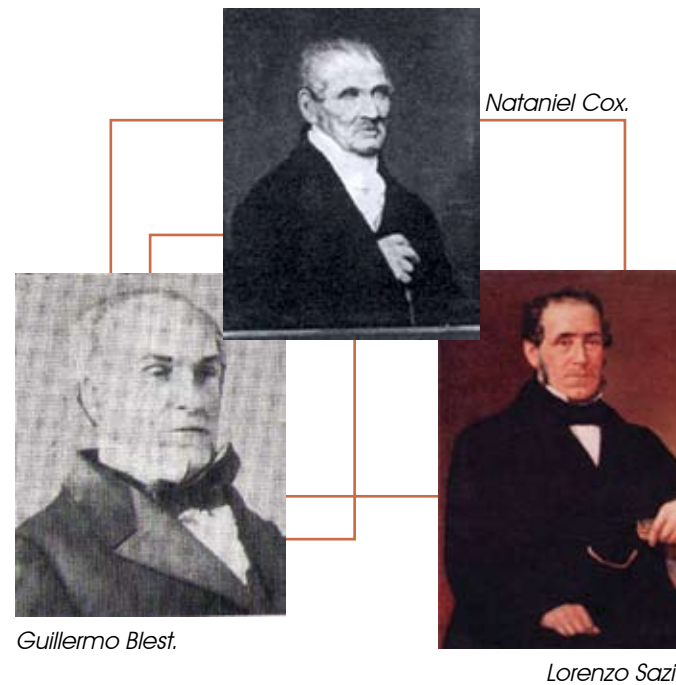
médica extranjera.

En las luchas por la independencia tomaron parte cirujanos militares extranjeros, entre ellos Santiago Deblin, Juan Clark, Juan Morgan, Juan Green y Jorge Edwards, destacando especialmente el inglés James Paroissien.

En 1819, después de la Independencia, se reinstaló el Instituto Nacional, que había sido creado en 1813 fusionando las instituciones educacionales existentes que a la fecha eran el Seminario, la Academia de San Luis, el Convictorio Carolino y la Universidad de San Felipe, y suprimido durante la Reconquista. Pero a pesar de que otras profesiones lograron organizarse en el Instituto Nacional, sólo hubo un alumno que se inscribió para estudiar Medicina, desistiendo al cabo de un año y pese a los esfuerzos de los doctores Eusebio Oliva (chileno) y Manuel Grajales (español) nadie más quiso matricularse en esta carrera.

Entre los extranjeros de prestigio se encontraba el cirujano español Manuel Julián Grajales, llegado a Chile en 1808, con la expedición de Balmes, que trajo a Chile la vacuna y el cirujano inglés doctor Agustín Nataniel Cox, llegado al país en 1814.

En los años siguientes ejercieron diversos médicos extranjeros, entre ellos el peruano José Mariano Polar, los españoles Juan Miquel, Bartolomé Coronillas, Juan Crous y José Antonio Torres, el cirujano francés Carlos María Buston, los irlandeses Juan y Guillermo Blest, los ingleses Santiago Michael, Roberto Wiley –que se estableció en La Serena-, los doctores Tomás Leighton, Antonio Torres, Blas Saldy y Jorge Walter – que ejercieron en Valparaíso.



Ni el gobierno de O'Higgins ni los siguientes lograron fundar una escuela de Medicina. Manuel Julián Grajales presentó en 1819 un Plan de Estudios Médicos para ser realizado en el Instituto Nacional, plan al que con sólidos argumentos se opuso el doctor Cox y que en definitiva no tuvo éxito. Tampoco hubo un intento por parte del doctor Cox junto a otros médicos chilenos de enseñar Ciencias Médicas Básicas y Clínica en el hospital San Juan de Dios. El gobierno chileno hizo gestiones en Londres para contratar al médico español don José de Passaman, que había estudiado Medicina en París y Montpellier, para que asumiera como profesor titular de Medicina y Cirugía en el Instituto Nacional. Sin embargo estas iniciativas así como varias otras no fructificaron y no lograron convertirse en realidad. El último intento frustrado se realizó en 1832, con el doctor Tomás Armstrong, profesor de Anatomía, quien no pudo realizar el curso por falta de alumnos.

El doctor Guillermo Blest –padre del novelista Alberto Blest Gana y abuelo del sindicalista Clotario Blest- con gran visión escribió en 1826 el ensayo Observaciones sobre el actual estado de la Medicina en Chile, en que hace ver “el despreciable estado en que se halla la educación médica del país”. Sostiene que en Chile la Medicina no se mira como una ciencia sino como un mero arte y sus profesores como miembros inferiores de la sociedad, a su modo de ver por tres causas que enumera: la falta de educación liberal (en aquel tiempo no se exigía como requisito haber completado la educación secundaria para entrar a estudiar medicina), la falta de un sistema arreglado de educación médica y la “mezquina asignación o remuneración” con que se premiaba la asistencia médica. El doctor Blest no se quedó en el diagnóstico sino que propuso requisitos para ingresar y para los catedráticos, un programa de seis años de estudio con las disciplinas a tratar en cada uno

de ellos, la práctica de hospital y el tipo de exámenes, además del pago a los profesores, estipulando las obligaciones de éstos.

Ante tantos fracasos, el Presidente Joaquín Prieto y el Ministro del Interior don Joaquín Tocornal decidieron crear las escuelas de Farmacia (1833), Medicina (1833) y Obstetricia (1834). En la creación del primer curso de Ciencias Médicas del Instituto Nacional participaron autoridades nacionales y destacados médicos extranjeros. Hay que considerar la ausencia de médicos chilenos con estudios universitarios pues habían pasado 33 años desde que la Universidad de San Felipe graduó al último médico. Los profesores extranjeros fueron Guillermo Blest en Medicina, y el doctor Lorenzo Sazie en Cirugía y Obstetricia, contratado en Francia especialmente con este propósito. En ese curso se inscribieron 11 alumnos, de los que sólo se graduaron 4, en 1842, en la Universidad de Chile recientemente creada. El Instituto Nacional abrió un segundo curso 5 años más tarde y un tercero 4 años después, cuyos alumnos continuaron sus estudios en la nueva Universidad cuyo primer Rector, el venezolano Andrés Bello, había estudiado Medicina en su país sin graduarse. El doctor Blest enseñaba Clínica Interna y Patología; el doctor Cox Patología Quirúrgica; Anatomía y Cirugía el médico francés Julio Lafargue.

Muchos de estos médicos extranjeros además del éxito profesional también alcanzaron importantes cargos políticos. Es así como el doctor Jorge Edwards y el doctor Guillermo Blest fueron elegidos diputados, el doctor Andrés Blest fue regidor. Ellos fueron un ejemplo a imitar por lo que la profesión de médico pasó a ser muy bien considerada socialmente.

En los años siguientes, continuaron llegando médicos y otros profesionales al país, muchos de los cuales fueron destacados docentes de la Universidad. El sabio polaco Ignacio Domeyko fue profesor de Química pero además enseñó Mineralogía, Geología y explotación de minas; posteriormente sucedió a Andrés Bello como Rector de la Universidad; el naturalista alemán don Rodolfo Philippi fue profesor de Botánica y Director del Museo Nacional; el médico alemán nacido en Varsovia don José Juan Brunner hizo clases de Histología; el doctor Germán Schneider fue profesor de Clínica Médica; el médico francés Jorge Hércules Petit fue profesor de Clínica Médica e introdujo el oftalmoscopio al país; el doctor Alfonso Thévenot, también francés, enseñó Cirugía; el cirujano catalán Ildefonso Raventos fue miembro de la Facultad. A todos ellos se refiere detalladamente el doctor Augusto Orrego Luco (1848-1933) en su libro Recuerdos de la Escuela.

En su gran mayoría, se integraron plenamente al país y fundaron familias cuyos descendientes están presentes en la sociedad actual. Todos ellos contribuyeron a la formación de nuestros primeros médicos, de quienes somos herederos, al mismo tiempo que dieron prestigio a la Medicina como ciencia y al ejercicio de la profesión.

Dra. Carmen Noziglia D.

CEREBRO Y CONDUCTA MORAL

Un colega que tiene como especialidad la neurología del adulto me comentaba que recientemente había atendido a un paciente de modales distinguidos y de cierta cultura a quien controlaba desde hacía algún tiempo y que consultaba por una complicación relacionada al SIDA que había contraído años atrás. Una vez concluida la consulta, la conversación se había prolongado en términos informales y surgió la pregunta acerca de cómo él había contraído la enfermedad. Después de unos instantes de silencio, el paciente continuó diciendo que ese era un tema que consideraba importante, y que estimaba que el neurólogo debía estudiar seriamente hasta encontrar una explicación. Continuó su relato haciendo ver que en una etapa de su vida habría experimentado fuertes sentimientos de homosexualidad, que fueron imposibles de controlar. A ellos siguió la promiscuidad y el relajamiento moral, que finalmente fue la causa por la cual contrajo esta grave enfermedad.

Teniendo presente que no todos los casos son iguales, este paciente junto a otros plantean la necesidad de revisar las bases biológicas de la conducta moral del ser humano, debido a que la conducta moral es esencial para que la sociedad sea sustentable.

Este tema es particularmente relevante en la profesión médica ya que debido a las características que tiene la relación médico paciente, resulta imperioso que aquellos que la ejercen deben contar con los más altos estándares morales exigibles a las personas.

En este aspecto es atinente lo que escribía Charles Darwin en el año 1871: "No debemos olvidar que aunque un alto estándar de moralidad da al individuo y a sus hijos una muy leve ventaja sobre los otros miembros de la tribu, un gran número de hombres bien intencionados dentro de una tribu otorga una enorme ventaja a esa con respecto a otras. Una tribu que cuenta con elevado número de miembros que tienen espíritu de patriotismo, fidelidad, obediencia, dispuestos a colaborar y posponer su propia gratificación por el bien común, va a ser victoriosa sobre la mayoría de las otras tribus; y esto será selección natural. Y como la

moralidad es un importante elemento para lograr el éxito, el estándar de moralidad y el número de hombres bien intencionados va a ir en aumento ya que aquellas tribus que cuenten con miembros con esas características se van a mantener". (Descent of man. 1871 Chapter 5)

NEUROBIOLOGÍA DE LA CONDUCTA MORAL

El estudio de las bases neurobiológicas de la moralidad ha adquirido una gran importancia como resultado de los progresos de la neurociencia. Se dice que tenemos brazos y piernas, pero somos nuestro cerebro.

A fines de la década pasada un empleado que tenía un buen comportamiento anterior inició inexplicablemente una conducta que consistía en recolectar obsesivamente pornografía infantil y molestar sexualmente a los niños. El día anterior a ser condenado a prisión por este delito se practicó un TAC cerebral que demostró la presencia de un tumor ubicado en el lóbulo frontal de su cerebro. Una vez que el tumor fue extirpado, la atracción sexual hacia los niños desapareció completamente. Después de mantener por algunos años una conducta adecuada, cuando el tumor recidivó, apareció nuevamente la conducta anterior. ¿Quién era entonces el culpable del abuso infantil en este caso? ("Right Orbitofrontal Tumor With Pedophilia Symptom and Constructional Apraxia Sign. Burns J., Swerdlow R Arch Neurol. 2003;60:437-440)

Desde hace muchos años que se reconoce la importancia de determinadas estructuras del sistema nervioso que serían especialmente relevantes en la conducta moral de las personas. Como ejemplo, cabe mencionar que en el siglo XIX fue extensamente estudiado el caso de Phineas Gage quien trabajó durante algún tiempo en Valparaíso. Era un obrero que sufrió un daño en la corteza prefrontal producto de un accidente. Su lenguaje e inteligencia se mantuvieron sin modificaciones. Pero, Phineas tuvo un cambio radical en su conducta moral que lo transformó en una persona irreconocible para los que eran sus amigos y familiares. Se han publicado varios

pacientes con lesiones semejantes y que han tenido cambios similares en sus comportamientos, lo que ilustra la importancia de determinadas estructuras en esta función. Esta información proveniente de la clínica se ha enriquecido con investigaciones de RNM funcional en base a estudios hechos tanto en personas normales como en pacientes portadores de diversas patologías, expuestos a decidir ante un dilema moral. Producto de este conocimiento ha surgido el concepto del "cerebro moral".

Las situaciones descritas ponen un marco de duda sobre la condición básica para poder calificar desde el punto de vista moral las acciones de las personas. Este requisito es la libertad del agente para decidir. ¿Hasta donde somos totalmente libres? ¿Hasta donde alguien es culpable de un acto reñido con la moral?. Por esta razón, en el caso de la justicia criminal se ha propuesto que algunas legislaciones incluyan el concepto de "responsabilidad parcial" cuando se va a dictar la pena por un acto delictual.

IMPLICANCIA DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LA CONDUCTA MORAL

En nuestro país ya se presentó el caso en que la justicia dejó en libertad con indicación de tratamiento médico a un individuo que había delinquido, porque la defensa hábilmente presentó al juez una técnica especial de imagen cerebral de su defendido que coincidía con lo descrito en la literatura en esquizofrenia. El juez acogió la prueba, a pesar que la persona no tenía clínica de psicosis.

Estas situaciones nos plantean la necesidad de revisar un tema central en moral, que es la libertad que tenemos para decidir ante una alternativa determinada, y por lo tanto concluir que somos culpables o inocentes de las consecuencias de nuestra decisión ya que la libertad para decidir y el tener un conocimiento adecuado de la situación, son dos condiciones básicas necesarias para culpar o exculpar a las personas por sus acciones. Este tema es significativo para los médicos, jueces y legisladores.

Muchos autores han argumentado que el comportamiento criminal a veces es causado por deficiencias neurobiológicas. Basado en esta concepción neurobiológica el determinismo de todas las conductas humanas se ve fortalecido, volviendo al presente la controversia que se ha mantenido durante siglos entre el determinismo y el indeterminismo. Actualmente prevalece la postura de que ninguna de las dos posturas es válida, al menos en términos absolutos. El tema es complejo y se habla de casos en que ha existido una libertad reducida para decidir.

Durante milenios el tema de la libertad de las personas para actuar se restringió al área de la filosofía y de la teología. En los últimos 15 años ha sido posible apreciar el cerebro humano vivo en pleno funcionamiento. Este hecho ha significado algo más que agregar nuevos conocimientos a los ya existentes. La neurociencia está haciendo importantes aportes que tienden a explicar trascendentales aspectos del comportamiento humano. Se estima que en el futuro se va a poder predecir en base a estudios genéticos y de imágenes cerebrales funcionales aquellos individuos que

tienen un mayor riesgo de presentar conductas antisociales. Incluso en base a estos conocimientos el gobierno británico está confeccionando una base de datos nacional de DNA de personas que va a permitir identificar a los individuos que tengan especial predisposición a tener conductas violentas. Si el estado británico opta por hacer un control especial de ellas, estaría reconociendo que no son culpables de sus conductas.

La utopía consiste en que en el futuro se podría tener bajo vigilancia especial a aquellos miembros de la sociedad que tienen un riesgo predecible de que van a delinquir. Actuar antes de que el delito se haya cometido. (The Perils of Predicting Behaviour. Robert D Stone Vanderbilt Law Review; Oct 2003; 56, 5; ABI/INFORM Global pg. 1557)

REFLEXIONES FINALES

Reflexionar sobre la libertad del ser humano y los límites que éste tiene en el momento de actuar es una necesidad en el juicio moral de la conducta de las personas y para aplicar adecuadamente la justicia. Para ilustrar lo afirmado, es interesante considerar lo variado que es lo que ocurre en algunos individuos que vemos en clínica. Consiste en la discordancia que puede existir entre la capacidad teórica de distinguir lo que es moralmente correcto incluso ante situaciones de gran complejidad moral, y ser a su vez incapaz de actuar de acuerdo a ese conocimiento en una situación dada. ("Preserved access and processing of social knowledge in a patient with acquired sociopathy due to ventromedial frontal damage" Saver JL & Damasio A. Neuropsychologia. 1991;29(12):1241-9)

Ya hace 2500 años Sócrates planteaba cómo "el cuerpo engaña a la mente". El placer o el dolor la perturban, y cuando estas emociones son de gran intensidad le impiden actuar en forma correcta. Las personas tienen diferentes umbrales en que su conducta y racionalidad son alteradas por las emociones.

Un aspecto promisorio de estas consideraciones es que se ha demostrado que el ambiente tiene una significativa participación para que determinadas conductas que forman parte de la constitución del individuo se expresen o no. Esto constituye lo que se denomina Epigenética. Un ambiente especialmente diseñado para enfatizar la conducta apropiada y rechazar aquellas que se apartan de las normas para la buena convivencia permite atenuar o impedir que se presenten comportamientos perturbadores. Esto ha sido particularmente demostrado en relación a familias que tienen una mutación del DNA que altera el metabolismo de determinados neurotransmisores que se manifiesta por una especial propensión a la violencia descontrolada.

La conducta moral es el resultado de factores constitucionales y ambientales, lo que es una demostración más de la plasticidad cerebral.

Dr. Fernando Novoa S.

NUEVAS AUTORIDADES DE SALUD En Valparaíso y Viña del Mar

La Atención Primaria y los cambios en la Nueva Reforma a la Salud, se han convertido en el gran norte de los Servicios de Salud Valparaíso - San Antonio y Viña del Mar - Quillota, los cuales hoy se encuentran a cargo de los doctores Dagoberto Duarte y Dafne Secul respectivamente. Con una visión positiva y considerable experiencia de respaldo, las autoridades en salud responden abiertamente sobre la implementación, medición, necesidades y proyecciones del actual Sistema de Salud en Chile.

Dr. Dagoberto Duarte Q.

Director del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio

¿Qué beneficios ha traído a los usuarios la nueva Reforma de Salud?

Los beneficios para este servicio son los mismos beneficios que se han descrito a nivel nacional y han significado una reorientación de las actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, el Auge da cuenta de un 80% de las enfermedades en el país. El sistema de garantía explícita que surge con el Auge hace patente los derechos de salud, en el sentido de que hay tiempos de espera, calidad asegurada en ciertas patologías y cobertura financiera. Por otra parte, la Reforma de Salud trabaja una serie de iniciativas que están en desarrollo, por ejemplo, el tema de la autoridad sanitaria versus concepto redes de atención es un gran avance, por otro lado está la creación de la Intendencia de Prestadores y la Intendencia de Seguros, algo muy importante, pues el tema de los Prestadores de Salud siempre estaba en el aire, algunas personas montaban una clínica con autorización inicial pero después de un tiempo nadie las supervisaba.

¿Ha habido algún sistema de medición objetiva de la implementación de esta Reforma?

La primera evaluación que uno puede hacer en el tema de las patologías Auge, es respecto a los tiempos de espera; cuando uno mira la cantidad de exámenes que se han hecho y el grado de incumplimiento, uno puede decir si está o no funcionando el sistema. La visión que nosotros tenemos es que sí está funcionando, porque se han detectado incumplimientos pero son los mínimos. En los otros temas como el de la Intendencia, hay un cronograma que está muy establecido y que también se está cumpliendo. Ahora, esto es un proceso largo; en el caso de los prestadores, primero hay definir quiénes son los Prestadores de Salud y luego quién los acredita, en fin.

¿Cree que existe algún tipo de discriminación, ya sea etérea o de otro tipo, en la definición de las patologías Auge?

Lo que ocurre en el Auge, es que cuando se seleccionan los problemas de salud, se hace una



priorización, con un criterio técnico, y la definición de los grupos etéreos no es algo que se haga en forma antojadiza. Cabe destacar que el sistema de salud chileno, cuando comenzó a funcionar, era exactamente igual, con la única diferencia de que no fue informado a la comunidad. Por ejemplo en los años 50' se dijo que la necesidad era bajar la mortalidad materna e infantil, entonces focalizaron todos los esfuerzos en el área infantil, dejando fuera todas aquellas patologías que no afectaban directamente ni en la mortalidad materna ni en la infantil, que afectó de paso a todo el sector masculino. El sistema de salud siempre funciona con prioridades, las cuales se definen en grupos, la única diferencia es que ahora se ha difundido a la comunidad.

¿Y cómo se trabajó la difusión de esto a la comunidad?

Todo esto es perfectible, hay que realizar correcciones, ampliar los grupos, de hecho la Presidenta de la República así lo ha propuesto. Por otra parte, hoy existe un Consejo Nacional, donde se da una fuerte participación de la comunidad, una comunidad informada que opina constantemente.

¿Y cómo se ve reflejada esta priorización en la V Región?

Bueno, Valparaíso es una región con características promedio en todo el país, por tanto, no hay grandes diferencias, no así como en la II región, donde el nivel de cáncer pulmonar es muy alto debido a la gran concentración de arsénico. Yo creo que esta región debe conocer lo que se está discutiendo.



Dada la importancia que tiene la Atención Primaria en nuestro país: ¿Cuáles son las estrategias para reforzarla?

La verdad es que uno de los puntos flacos del Servicio de Salud es principalmente la Atención Primaria. Esto a raíz de que Valparaíso tiene una gran cantidad de establecimientos y eso genera dificultades en la gestión. Con este notable aumento de establecimientos y de población, es necesario estudiar muy bien los pasos a seguir, y eso es lo que estamos haciendo actualmente con la Municipalidad de Valparaíso.

¿Qué tipo de motivación y herramientas profesionales se les otorga a los médicos, sobre todo a los más jóvenes, quienes desean superarse tanto en conocimientos como en experiencia?

Por ahora, estamos resolviendo otros temas de carácter más urgente, sin embargo estamos pensando a futuro tratar este asunto con los médicos, ofrecerles no sólo una mejor renta sino que también una oportunidad de continuar perfeccionándose.

¿Cómo es la interrelación entre los niveles de atención? ¿La red funciona?

En algunas situaciones funciona bien, mientras que en otras no. Por ejemplo funciona bien cuando hay que atender personas en situación de urgencia, en época de invierno, sin embargo, no funciona bien en cierto tipo de patologías donde se requieren procedimientos más

complejos. Todavía falta una mayor y mejor comunicación entre las partes que componen esta red.

¿Qué piensa sobre la importancia del sistema de Atención Primaria?

Primero que todo yo soy primarista, en el sentido de que soy fanático de la Atención Primaria, creo que no solamente en Valparaíso sino que a nivel mundial, hoy día, la atención de salud va por el lado de la Atención Primaria y los organismos internacionales están conscientes de ello. La principal razón tiene que ver con un tema de cobertura, accesibilidad y continuidad; la Atención Primaria busca darle a la gente un cuidado más Integral, no quiero decir que los hospitales no sirvan, pero por sus características no logran ver el conjunto de problemas de salud de las personas. También es importante recordar que la Atención Primaria, no es sólo los consultorios, sino que además, involucra potenciar la intervención preventiva en la comunidad.

¿Cuál es su nivel de responsabilidad e injerencia en este tema?

El Servicio de Salud, tiene la tuición técnica y es algo que está amparado por la ley, por lo tanto, nosotros podemos hacer muchas cosas, así mismo sucede en la educación. No obstante, todo lo que se relaciona con la administración que se realice en el Sistema de Salud, depende del municipio.

¿A qué se debe el poco interés de los médicos por ingresar a los centros de Atención Primaria, al punto de que hoy la gran mayoría la conforman médicos extranjeros?

Hay varias razones para explicar eso: primero, en materia de salarios no sé si se gana más o se gana menos, pero yo creo que hay una tendencia que viene desde que el médico comienza a formarse como tal. Cuando el médico está cursando en pregrado, casi nunca se dirige a la Atención Primaria, puesto que cerca de un 100% se forma en el hospital. Entonces, cuando el doctor se titula, sólo desea volver donde lo formaron; sin embargo, hoy en día algunas universidades están organizando visitas a consultorios para mostrar esa otra realidad. También hay una percepción social peyorativa frente a la Atención Primaria: el médico de Atención Primaria es mirado en menos, tanto por la sociedad como por los especialistas. Esto hace más difícil que el médico se mantenga, pues al poco tiempo desean continuar sus estudios.

¿Qué control de calidad hay para los médicos con poca experiencia, quienes no pueden discriminar entre situaciones de rutina y casos que merecen mayor investigación?

Creo que los errores de apreciación son comunes a todos los médicos; nosotros cotidianamente, recibimos una serie de reclamos que la gente establece, gracias a un mecanismo que trajo la Nueva Reforma, el cual revisamos constantemente para tomar las medidas correspondientes.

¿Cuál es la política de control de horario médico y con qué herramientas se aplica? ¿De quién depende? ¿Cómo ven este control versus las metas del servicio?

Más que establecer normas rígidas de cumplimiento de horarios, la gestión moderna hoy busca resultados. Y esto se mide generalmente con algo denominado "Sistema de Compromiso de Gestión", el cual es revisado periódicamente y que contiene como principales ítems: cantidad de personas atendidas, cantidad de exámenes realizados, entre otros, es decir, el Ministerio de Salud va detectando situaciones que desea abordar y atacar.

¿Qué le parece su designación como nuevo Director de este Servicio de Salud? ¿Era algo a lo que usted aspiraba?

No había pensado venir a Valparaíso, yo soy de Valdivia, sigo radicado allá, de hecho mi familia continúa viviendo en esa ciudad, yo sólo estoy en calidad de suplente.

Entonces, ¿su cargo no fue concursado?

No, me pidieron que me hiciera cargo mientras simultáneamente se abría el concurso y espero que eso se resuelva de aquí a un par de meses más. En estos momentos los encargados se encuentran en proceso de evaluación de los candidatos.

¿Qué opinión le merece la infraestructura hospitalaria del Servicio que actualmente dirige?

En términos de infraestructura, creo que hay una carencia muy grande, en el sentido de que hoy día hay una tremenda oportunidad para invertir en aquello, sin embargo al llegar, percibí que este servicio no tenía proyectos relacionados con esta necesidad. Es por esto que hoy estamos levantando un "Carter de inversiones" con ideas que esperamos se puedan acoger y ejecutar.

Ficha Técnica

Nombre: Dagoberto Duarte Quapper.
Actividad: Director Servicio Salud Valparaíso-San Antonio.
Ciudad de residencia: Valdivia.

Estudios Universitarios

Licencia de Medicina 1979.

Título Médico Cirujano, 1981. Facultad Medicina, Universidad de Chile.

Licencia complementaria (Master of Sciences) en Ciencias Familiares y Sexológicas. Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas, Universidad Católica de Lovaina, junio de 1989.

Médico de Familia, reconocido por CONACEM el 19 de abril del 2001.

Doctor en Ciencias de la Psicología, Ciencias de la Familia y la Sexualidad, octubre 2006, Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

Experiencia Laboral

Desde abril de 1985 hasta mayo de 1996: Atención como Médico General en el Servicio Médico de la Universidad Católica Blas Cañas. Desde abril de 1990 hasta mayo de 1996 Jefe del Servicio Médico.

Consultor en Salud Pública de AISPO (Associazione Internazionale per lo Sviluppo et la Solidarietà tra i Popoli), Santiago, noviembre 1992 a julio 1993.

Presidente de la Comisión Ministerial para la evaluación de la Atención Primaria (1996).

Jefe del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, desde marzo de 1997 a junio del 2000.

Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos, a contar del 27 de septiembre de 2004.

Paola Quezada Q.



Dra. Dafne Secul T.

Directora Servicio Salud Viña del Mar- Quillota

¿Qué beneficios ha traído a los usuarios la nueva Reforma de Salud?

La Reforma tiene dos ámbitos fundamentales en los que se han visto beneficiados los usuarios de nuestro sistema, como por ejemplo la gran cantidad de recursos invertidos en la Atención Primaria, principalmente en el desarrollo del Modelo de Salud Familiar, que es un modelo con un componente preventivo y profesional muy importante. La población envejece y las enfermedades han cambiado, y eso nos obliga a querer prevenir que se produzcan enfermedades asociadas a estilos de vida, o que no se compliquen las enfermedades crónicas en los pacientes de mayor edad. Está claramente definido que si nos preocupamos solamente de la medicina curativa y no de la prevención, la carga de enfermedades destruiría el Sistema de Salud cualquiera que este sea.

¿Ha habido algún sistema de medición objetiva de la implementación de esta Reforma?

Desde el año 2005 aproximadamente, se han estado implementando unos indicadores que se llaman Índices de Atención Primaria de Salud, los cuales anteriormente estaban dirigidos más hacia la cobertura de problemas de salud, sin embargo hoy en día estos indicadores van más enfocados hacia la compensación y esto efectivamente ha sido así, por lo que la Atención Primaria ha hecho un gran esfuerzo por captar los pacientes y mantenerlos sin descompensaciones en sus cuadros crónicos. En el ámbito de los hospitales de mayor complejidad, se ha evolucionado muchísimo con el GES; por ejemplo, años atrás en Chile eran muy pocos los lugares donde se podía diagnosticar y tratar un infarto

agudo al miocardio, no obstante hoy en día en todos los Servicios de Atención Primaria está la telemedicina, para hacer este tipo de diagnóstico e iniciar el tratamiento específico para acabar con el problema.

¿Cree que existe algún tipo de discriminación, ya sea etérea o de otro tipo, en la definición de las patologías AUGE?

La salud es un sistema extraordinariamente caro, por lo tanto es imposible en un país como Chile tener todos los recursos para cubrir todos los problemas de salud, con toda la tecnología, infraestructura y farmacología que se necesita. Por lo tanto, hay que priorizar y esto no significa que se dejen de lado ciertas cosas, sino que tenemos que poner garantía en ciertos problemas de salud, que de algún modo significan un mayor deterioro para la población. Luego de esta priorización, podemos ir avanzando en los otros problemas y así optimizar el uso de los recursos. Hoy se considera que al estar los 56 problemas de salud, se está cubriendo casi un 80% de las enfermedades.

Dada la importancia que tiene la Atención Primaria en nuestro país: ¿Cuáles son las estrategias para reforzarla? ¿Qué tipo de motivación y herramientas profesionales se les otorga a los médicos, sobre todo a los más jóvenes, quienes desean superarse tanto en conocimientos como en experiencia?

Creo que hay un tema de intersectorialidad que se está vislumbrando pero se necesita enfatizarlo mucho más. Esto tiene relación con los estilos de vida saludable, donde se hace urgente trabajar con varios sectores para que todo el entorno sea más saludable. Tenemos todavía muchos accidentes, gente mal alimentada, por

tanto hay mucho por hacer para cambiar este aspecto de la cultura.

Con respecto a la motivación a los profesionales, pienso que lamentablemente hemos tenido en Chile un modelo hospitalocéntrico, en el que la expectativa del estudiante de medicina es llegar a ser un súper especialista. Sin embargo, es necesario que tengamos Médicos de Familia, que armemos esta gran base que se requiere en el Sistema de Salud, donde este Médico de Familia es el encargado de mantener sana a su población.

¿Cómo es la interrelación entre los niveles de atención? ¿La red funciona?

A la red le queda mucho todavía, esta reforma lleva pocos años, es un cambio absoluto en el modelo de gestión clínica, por lo tanto es un cambio cultural y estos cambios son tremendamente difíciles. Hemos estado 50 años haciendo las cosas de una forma y cuesta mucho que todo el equipo de salud comprenda que ahora es necesario hacerlo de otra manera. Ya no se habla de pacientes sino que de usuarios, los problemas para los que nos preparábamos como médicos ya no tienen el mismo peso que años atrás, la población está envejeciendo, los estilos de vida han cambiado radicalmente, en fin, según mi experiencia, he notado, que en la medida que el equipo de salud comprende estos cambios, son capaces de sumarse rápidamente a este nuevo modelo.

¿Qué piensa sobre la importancia del sistema de Atención Primaria?

La Atención Primaria es lo más importante, tiene que dar cuenta de sobre el 70% de los problemas de salud, controlarlos y resolverlos allí, antes de que se agrave la situación personalmente creo que ésta es la llave para solucionar gran cantidad de problemas de salud en la actualidad.

¿Cuál es su nivel de responsabilidad e injerencia en este tema?

La Salud Primaria se ha ido entregando a la gestión municipal en los últimos años, lo que ha sido a mi juicio, bastante bueno en la mayoría del país, no en todas las comunas porque para que haya Salud Primaria tiene que haber alcaldes y consejos municipales comprometidos y dispuestos a trabajar en ella. Lamentablemente, en algunos municipios existe el concepto de que la salud va a generar un gran forado financiero, cosa que a esta altura se sabe que no es así, ya que se transfieren grandes cantidades de recursos para los usuarios que están inscritos y eso permite controlarlos con programas bastante adecuados. No obstante lo anterior, existe una gran cantidad de municipios donde se palpa compromiso y esfuerzo por trabajar en forma

Ficha Técnica

Nombre: Dafne Secul Tahan.
Actividad: Directora Servicio Salud Valparaíso - San Antonio.
Ciudad de residencia: Viña del Mar.

Estudios Superiores

Médico Cirujano Universidad de Chile.
Especialidad Pediatría Universidad de Chile.
Subespecialista Ginecología Infanto-Juvenil Universidad de Chile.

Post Título o Diplomados

Diplomado en Gestión Hospitalaria de la Universidad Austral de Valdivia.

Cargos Desempeñados

Directora Regional Hospital Punta Arenas 2000-2004.
Subdirectora Médica Subrogante Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota 2005.
Directora Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso 2006-mayo 2007.
Directora Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota desde el 8 de mayo 2007.

complementaria con los Servicios de Salud, por lo tanto, siento que se ha avanzado muchísimo, pero aún queda por hacer.

¿A qué se debe el poco interés de los médicos por ingresar a los centros de Atención Primaria, al punto de que hoy la gran mayoría la conforman médicos extranjeros?

Durante muchas generaciones, lo bien visto ha sido que los médicos sean especialistas, como un símbolo de alto status, entonces, en ocasiones los médicos generales son considerados dentro de un status inferior. Hay que entender que la Medicina Familiar es una especialidad más, las universidades deben empezar a formar Médicos de Familia, que son los que se requieren en gran cantidad; de esta manera, el problema de déficit de médicos chilenos se irá acabando, ya que hay varias Facultades de Medicina acreditadas y es probable que tengamos una oferta importante de médicos nivelados de acuerdo al Examen Médico Nacional.

¿Cuál es la política de control de horario médico y con qué herramientas se aplica? ¿De quién depende? ¿Cómo ven este control versus las metas del servicio?

Creo que más importante que el control de horario, es la producción. Los médicos deben tener un compromiso con sus usuarios, con el Sistema de Salud Público y cuando ese compromiso existe, el control de horarios pierde bastante importancia. La verdad es que hay de todo, hay colegas que quizás no están muy interesados y en ellos es donde este tema adquiere mayor importancia, pero es muy importante el criterio que use la jefatura para ver que los médicos produzcan



las prestaciones que están en condiciones de hacer y para las cuales están contratados. También es importante respetar a los usuarios, si el paciente está citado para una hora, atendámoslo a esa hora y no dos o tres horas después.

¿Qué control de calidad hay para los médicos con poca experiencia, quienes no pueden discriminar entre situaciones de rutina y casos que merecen mayor investigación?

Cuando hablamos de redes, tenemos que hablar de redes en distintos niveles; las redes no son sólo los establecimientos que conforman el Servicio de Salud, pues hay que contemplar también a los especialistas. Todos aquellos profesionales involucrados en la red, tendrán que compartir experiencias, protocolos, reuniones clínicas, donde los médicos de menor experiencia podrán llevar sus casos y resolver dudas, así mismo en la Atención Primaria, con los Médicos de Familia. Es decir, se tienen que dar espacios de discusión para poder enriquecer a todo el equipo. Entonces debemos referirnos a redes, no sólo de establecimientos, sino que también de conocimientos.

¿Qué le parece su designación como nueva Directora de este Servicio de Salud? ¿Era algo a lo que usted aspiraba?

Es un desafío gigantesco, éste es un Servicio de Salud enorme, muy carenciado, con una tremenda brecha de recursos, tanto humanos, como financieros y de infraestructura. Cuenta además con un territorio muy

amplio y disperso, con un alto porcentaje de ruralidad, en fin, tiene una cantidad enorme de factores que lo hacen muy vulnerable.

¿Su cargo fue concursado?

Sí, éste es un cargo de Alta Dirección Pública y la verdad es que yo antes he estado en otros cargos directivos, pero puedo asegurar que nunca me había enfrentado a una carga de trabajo como la que actualmente llevo, es por eso que siento que hay muchísimo por hacer.

¿Qué opinión le merece la infraestructura hospitalaria del Servicio que actualmente dirige?

En este Servicio de Salud hay 11 hospitales y más de 30 consultorios. Dentro de los hospitales, tres son los de mayor complejidad: Hospital Gustavo Fricke, Hospital de Quillota y Hospital de Quilpué, los cuales están muy sobrepasados, no tienen la dotación suficiente en recursos humanos, equipamiento, por tanto, no tienen las condiciones para dar una respuesta adecuada a la población que atienden. Nuestro deber es potenciar estos tres hospitales, hay mucho por hacer e invertir, por lo que esperamos que las autoridades así lo entiendan y para eso estamos preparando una cartera de proyectos grande para poder solucionar estas necesidades muy pronto.

Paola Quezada Q.

SEMBLANZA DEL DR. SERGIO DE TEZANOS PINTO

Hondo pesar causó en el cuerpo médico, sus antiguos pacientes y sus amigos el lamentable deceso del destacado académico e historiador de la medicina Dr. Sergio de Tezanos Pinto.

Nació en Valparaíso en 1922 y realizó sus estudios primarios y secundarios en el Colegio de los Padres Franceses SSCC de Viña del Mar entre los años 1931 y 1940 y los de medicina en la Pontificia Universidad Católica de Santiago, finalizándolos en la Universidad de Chile, donde obtiene su título de Médico Cirujano en 1948.

Recién recibido, por una invitación de la Embajada de Francia realiza una estadía en el Hospital Brussais y la Universidad de la Sorbonne en París.

En 1949, de vuelta a Chile, se incorpora al Servicio de Medicina Interna del viejo Hospital Dr. Enrique Deformes de Valparaíso y entre 1953 y 1954 realiza una estadía de estudios en el Hospital San Carlos y el Instituto de Investigaciones Médicas de Madrid, bajo la dirección de los reputados Profesores Carlos Jiménez Díaz y Gregorio Marañón.

Se especializa en Gastroenterología y Hepatología y se reincorpora al Hospital Deformes como médico asistencial e instala técnicas de diagnóstico e investigación en el Laboratorio de Especialidades Médicas creado por el Dr. Mario Alessandri.

Pero uno de sus grandes amores fue la docencia, iniciándose como profesor de Biología e Higiene Pública en la Escuela de Arquitectura de la Universidad Católica de Valparaíso en 1950 y de Patología en la Escuela de Servicio Social de la misma entre 1957 y 1970. En la sede Valparaíso de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, llega a Profesor Titular de Patología en la Facultad de Odontología y creada la Escuela de Medicina, Profesor de Medicina de la Cátedra del Hospital Deformes y Jefe de la Carrera entre 1969 y 1971. Creada la Universidad de Valparaíso ocupa la dirección del Departamento de Medicina y nuevamente Jefe de Carrera los años 1976 y 1977, Secretario General de

la Universidad entre 1976 y 1980, culminando como Protector entre 1981 y 1986.

Se reincorpora a la docencia creando las Cátedras de Historia de la Medicina y Ética, las primeras entre las Escuelas de Medicina del país, las que ejerció hasta el año 2000 en que se acogió a jubilación, siendo honrado como Profesor Emérito de la Universidad de Valparaíso.

Su gran pasión fue la Historia de la Medicina, tanto Universal como Nacional, la que plasmó en numerosos libros: "Historia de la Medicina Universal", "Breve Historia de la Medicina en Chile", "Historia y Personajes de la Medicina Universal" y una historia biográfica de médicos de Valparaíso y Viña del Mar que tituló "Iluminando el Olvido".

Fue miembro de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina y por sus méritos, Académico Correspondiente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Presidente de la Sociedad Médica de Valparaíso entre 1968 y 1969 y el Capítulo Valparaíso de la Sociedad Chilena de Medicina Interna lo honró como "Maestro de la Medicina" el año 2005.

Su gran interés por la Ética Médica y la Bioética, lo llevó a crear la Cátedra correspondiente y a confeccionar unos "Apuntes de Ética" para los estudiantes. Formó parte de los Comités de Ética de la Escuela de Medicina, Colegio Médico, Hospital G. Fricke y Fundación Lucas Sierra.

De carácter recio e intransigente en cuanto a sus valores, recibió la incompreensión de unos pocos y el respeto y reconocimiento de la mayoría de sus pares y de sus alumnos.

Su trayectoria académica constituye un ejemplo para las nuevas generaciones de médicos y estudiantes.

Dr. David Sabah J.



Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente (XDR-TB)

La Tuberculosis Multirresistente (MR-TB por sus siglas en inglés) es una forma de tuberculosis en la que el bacilo tiene la resistencia a la Isoniacida y a la Rifampicina, los dos principales medicamentos antituberculosos de primera línea.

En el Weekly que salió a la luz conmemorando un año más de la comunicación de Roberto Koch sobre el descubrimiento del *Micobacterium Tuberculosis*, el día 24 de marzo del 2006 aparece un artículo sobre la emergencia de una nueva enfermedad tuberculosa en la que el bacilo además de ser multirresistente, tiene resistencia a las drogas de segunda línea o excepción, denominándola "Extensive Resistance to Second-Line Drugs".

Posteriormente la OMS, en octubre 2006, acordó llamar "Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente" (XDR-TB por sus siglas en inglés) a aquella que además de ser multirresistente (MR), presente resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos a una de las tres drogas inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina, amikacina).

La XDR-TB no es un problema nuevo; en la revisión de 17.690 cultivos aislados en 49 países entre el 2000-2004 se encontró un 20% de TB-MDR y de éstas un 2% fueron TB-XDR. La Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente se encontró en el 4% de las Tuberculosis multirresistente de los Estados Unidos, en el 19% de las TB-MDR de Letonia y el 15% en Corea del Sur.

Pero lo que resulta alarmante es que este brote se está produciendo en países con alta prevalencia del VIH, y existe el riesgo que se propague rápidamente entre las personas VIH negativas.

En la XVI Conferencia Internacional del SIDA, efectuada en Toronto, Canadá, en agosto del 2006, Gandhi y Col, presentaron un estudio realizado en KwaZulu-Natal, Sudáfrica, entre los meses de enero del 2005 y marzo del 2006 en pacientes portadores de tuberculosis, reveló que de 544 pacientes cuyos cultivos fueron positivos, 221 (un 41%) estaban infectados por cepas multirresistentes.

De estos 221 pacientes, 53 (un 24% de los MDR

ó también un 10% del total), estaban infectados con cepas de XDR-TB. El 51% de los pacientes con Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente no habían recibido jamás tratamiento para la tuberculosis, lo que indicaba que recientemente habían contraído la infección por la cepa XDR por primera vez y que la resistencia no se había desarrollado durante el tratamiento.

De los 53 pacientes con XDR-TB, fallecieron 52. La combinación de XDR-TB y VIH hace que los pacientes desarrollen una forma muy agresiva de tuberculosis que lleva a la muerte en un corto tiempo.

Este fenómeno es una demostración de las limitaciones de los programas de control de la Tuberculosis que dependen de herramientas obsoletas para diagnosticar y tratar la enfermedad.

Es urgente movilizar todos los recursos necesarios para disponer a corto plazo de nuevas herramientas diagnósticas y medicamentos y no sólo preocuparnos de fortalecer los programas existentes, tal como viene sucediendo.

Con relación a las drogas antituberculosas es necesario que se desarrollen nuevos fármacos que actúen a través de mecanismos nuevos a fin de evitar la resistencia cruzada con los medicamentos en actual uso.

Hoy una de nuestras grandes limitaciones es el diagnóstico oportuno de los pacientes con tuberculosis y se agudiza aún más cuando se trata de diagnosticar la MDR ó la XDR pues las consecuencias fatales de la enfermedad son tan rápidas que la mayoría de los enfermos fallecen antes de que conozcamos los resultados de su diagnóstico.

Es apremiante desarrollar herramientas rápidas, fiables y fáciles de llevar a terreno para diagnosticar la tuberculosis y las formas resistentes de ella.

Dr. Jaime Leyton Z.

DR. JAIME VENEZIAN LEIGH

RESEÑA DE UN MAESTRO

Las ideas y métodos que emplea la cirugía como profesión son fascinantes desde cualquier punto de vista, sin embargo, puede ser más útil para comprender los acontecimientos de un determinado periodo hacerlo a través de las personas, en este caso en particular, del ser humano que hay tras la mascarilla de cirujano.

Es muy grato para mí escribir estas líneas sobre el Dr. Jaime Venezian, maestro, amigo, y compañero de tantas jornadas de trabajo, docente y gran profesional, esposo, padre y abuelo, un ser humano completo, raza en extinción en la actualidad.

Hizo sus estudios básicos en la Escuela Italiana de Valparaíso, y los universitarios en la U. Católica de Santiago, recibiendo el título de Médico Cirujano con distinción en 1955.

Desde 1956-58 trabajó en el Servicio de Cirugía de Viña del Mar y también de Quillota. En 1959 se contrata con 4 horas en el Sanatorio Valparaíso, actual Hospital Dr. Eduardo Pereira, realizando un policlínico de angiología en el HCVB. Desde el año 1962 hasta 1971 tiene horario completo con residencia en el Sanatorio, ganando este último año la sub-jefatura de cirugía por concurso. En 1974 queda como jefe Subrogante al ser designado el titular Dr. Törnvall como embajador de Chile ante los países escandinavos. Asume el cargo de jefe en propiedad en 1975, desempeñándolo ininterrumpidamente hasta 1997, en que se jubila de la actividad asistencial.

Simultáneamente a la actividad hospitalaria, realiza una destacada labor docente, comenzando en 1964 como ayudante de cirugía, llegando a profesor titular de la Cátedra A en 1974. Desde el año 1980 hasta el 2000 es jefe del Departamento de Cirugía de la recién creada Universidad de Valparaíso, siendo además miembro permanente del Consejo de la Facultad de Medicina y miembro de la Junta Directiva de la Universidad de Valparaíso.

Bajo su mandato le correspondió "fusionar" la actividad docente y asistencial de los hospitales Deformes y Van Buren, concentrando la actividad quirúrgica en el Hospital Valparaíso, con un servicio de Cirugía de 170 camas, remodelando el 5° piso del hospital donde se estructuraron los actuales recintos universitarios.

En su periodo formativo el Dr. Venezian hizo un post grado en Roma, durante 8 meses, y la beca de la Fundación Brown en Italia, Francia, Inglaterra y Alemania durante 5 meses; en esa época ya enfocado a la cirugía vascular.

Fue generoso con su tiempo, desempeñando innumerables cargos en distintas sociedades científicas, de las cuales merecen destacarse las presidencias de la Sociedad Médica de Valparaíso, la Sociedad Cardiovascular de Chile y la Sociedad de Cirujanos de Chile filial V región.

Toda esta trayectoria la plasmó con la participación en congresos, seminarios y conferencias en todo el mundo,

con 138 publicaciones en el país y en el extranjero.

A pesar de tener una formación quirúrgica integral, desde muy temprano, por esos designios misteriosos de nuestra mente, se orientó a la cirugía vascular periférica, donde se le reconoce como un pionero y maestro formado. En el año 1948-1950 aparecieron las primeras publicaciones en nuestro país, en Santiago, sobre la administración de fármacos intra arteriales en el tratamiento de la enfermedad arterial oclusiva. Desde ahí en lo sucesivo, el grupo porteño encabezado por el Dr. Venezian fue gestor del perfeccionamiento y difusión de esta útil técnica, culminando con una publicación y película de circulación mundial.

El doctor Venezian forma parte de la historia de la Cirugía Vascular de Chile. En 1957 se operó el primer aneurisma de la aorta abdominal roto en nuestro país, y fue en el Hospital Valparaíso, hace ya 50 años el equipo de cirujanos lo formaban: Törnvall, Pattillo, Uribe, Venezian, Jackson.

En 1959 se publicó en Valparaíso el trabajo "Uso de la Aorta Plástica en Coartación. Caso Clínico Operado", Drs. Törnvall, Jackson, Venezian. En esa misma fecha 1959-1961 se realizaron las primeras cirugías con Circulación Extracorporea de Chile en el Sanatorio Valparaíso (9). En 1964 se publican los primeros casos de casuística de cirugía arterial por el Dr. Venezian; el año 1967 ingresa a la Sociedad de Cirujanos de Chile con el trabajo "Cirugía Arterial en la Obstrucción Fémoro Poplítea".

En esa época se hicieron esfuerzos para tratar la Hipertensión Maligna y la Reno Vascular mediante operaciones, en las cuales por supuesto cooperó el Dr. Venezian, entregando además una valiosa ayuda a los urólogos en la implementación de las linfadenectomías abdominales en los cánceres testiculares.

En 1985 la Sociedad de Cirujanos de Chile le otorga el premio Juan Gandulfo por el trabajo "Cirugía Arterial de Salvataje en la Isquemia Crítica de las Extremidades Inferiores". Sin embargo su aporte más valioso fue en la patología venosa que durante largos años fue menospreciada en nuestro país, siendo reconocida merecidamente su calidad tanto en el medio nacional como internacional, debido a su contribución en el estudio y tratamiento de las Várices, Úlceras Venosas, Comunicaciones Arterio Venosas, Técnicas Flebográficas, Cirugía Venosa Profunda Reconstructiva y otras más; falta aún la perspectiva del tiempo para valorar la real dimensión de este aporte al quehacer científico nacional.

Para conocer al ser humano completo, le quitamos la mascarilla al cirujano apareciendo las otras facetas de su distinguida personalidad.

El Dr. Jaime Venezian L. está casado con la Sra. Margarita Arrieta, distinguida dama y deportista viñamarina, con quien tuvo cinco hijos, conformando una familia de excelencia: Sergio y Claudia médicos, Pablo Ingeniero Agrónomo, Magdalena Ingeniero Comercial y Alicia Abogada.

Viajero incansable, son muy pocos los lugares del

mundo que no conoce; esto, unido a su afición a la lectura y a la música le dió un reconocido y destacado bagaje cultural e intelectual. Súmese a lo anterior su afición agrícola y a los deportes no competitivos, lo que lo transforma en un ser humano integral. Pero como todo ser viviente el doctor también tiene sus debilidades: es distraído y "metedor de pata" insigne, cualidades que suaviza con su ingenio.

La familia Venezian tiene tierras en Llico; por esa causa Jaime viajaba con frecuencia a dicha localidad, donde el doctor era esperado con regocijo pues realizaba un verdadero policlínico a los campesinos, inquilinos y familiares, incluida muestras médicas, todo lo cual hacía la atención muy atractiva. Uno de estos pacientes asiduos era el "Bauchita", quien padecía de artrosis y al cual el doctor surtía con vitaminas. En una de estas consultas se le habían agotado las muestras de vitaminas y para no defraudar al Bauchita le entregó una caja de anovulatorios, pensando que serían inofensivos farmacológicamente y probablemente muy útiles desde el punto de vista psicológico. Desde esa fecha en controles ulteriores el Bauchita exigía el remedio formidable que lo hacía sentirse mejor que todos los anteriores. El Bauchita murió con más de 90 años a raíz de caer de un árbol.

En otra ocasión, con motivo de un congreso de cirugía en Pucón, recién llegados, relajados y en rueda de amigos, conversando con colegas de Santiago, el Dr. Venezian "escogió visualmente a su presa", la esposa de un querido amigo cirujano vascular a la cual en presencia de todos y ante nuestro nerviosismo fue paulatinamente acorralando con elogios – que te ves bien, ¿qué te hiciste?, te cortaste el pelo, lo peinaste distinto, cambiaste el maquillaje, bueno lo que sea pero te ves mejor, todo esto sin quitarle la vista. Los allí presentes ya preveíamos el desenlace: la señora en cuestión tuvo que confesar a viva voz que se había hecho un lifting, avergonzada y sonrojada.

El paso del Dr. Venezian por la vida, en todas sus facetas ha dejado una huella estelar. Como amigo no puedo dejar de destacar sus bellas cualidades profesionales y humanas, que lo convierten en un personaje de excelencia, virtuoso, sencillo y culto, personas cada vez más difíciles de encontrar en este mundo actual materialista, egoísta y superficial.



Jaime Venezian, Juan Bombin y Mauricio Bronfman A.

Dr. Mauricio Bronfman A.

Hospital Naval "Almirante Nef"

Un servicio de salud dotado de prestigio y calidez

Su imponente estructura y natural entorno, hacen de este hospital un lugar confiable para la comunidad uniformada y civil de la Quinta Región. El Hospital Naval "Almirante Nef", durante años, ha demostrando un alto nivel de excelencia y profesionalismo, prestigio que en la actualidad le otorga la confianza de los más de 15.000 usuarios que al año se atienden en este recinto.

El concepto de Hospital Naval nace con la necesidad de atender a los heridos de guerra en el año 1879. Como solución, el municipio de la época asignó dos salas en el segundo piso del antiguo Hospital San Juan de Dios, actual Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. El "Pabellón de Marina", como fue llamado este sector destinado exclusivamente a los marinos enfermos y sus familiares, funcionó en estas dependencias hasta fines del año 1927, fecha en que se inauguró el primer Hospital Naval en la Calle General del Canto del Cerro Playa Ancha.

Su equipo directivo lo constituyeron el Teniente SN Don Samuel Avendaño; el Capitán de Navío SN Don Santiago Medel, quien fuera Director del Hospitales ese entonces; el Almirante Alberto Adriaola Azuero, Director de Sanidad de la Armada y el Almirante Francisco Nef Jara, Ministro de Hacienda y principal gestor de este proyecto. Levantar este edificio tardó alrededor de siete años, misión que no fue sencilla, ya que el contexto de la época generó más de alguna dificultad, tanto en el traslado de materiales, como en el proceso de aprobación por parte de las autoridades.

El Hospital Naval "Almirante Nef" funcionó en estas dependencias hasta el año 1950; durante este periodo se inauguró un segundo edificio, destinado a los servicios de

urgencia y pensionado de maternidad. Posteriormente, en el año 1968, durante el Gobierno de Eduardo Frei Montalva, se aprobó la construcción del edificio INIME (Instituto Naval de Investigaciones Médicas Especializadas), el cual nace a raíz de los primeros trasplantes cardiacos y las investigaciones realizadas por los profesionales de este hospital.

UN NUEVO HOSPITAL

Con el pasar de los años, y de acuerdo a estudios de la Dirección de Sanidad de la Armada, se detectó que las dependencias del Hospital Naval ubicadas en Playa Ancha eran insuficientes, por lo que se dispuso generar un nuevo proyecto de edificación. Fue así como el 14 de diciembre de 1990, se inauguró el Hospital Naval "Almirante Nef" de Viña del Mar, presidiendo la ceremonia el Ministro de Defensa Nacional, Patricio Rojas Saavedra y el Almirante Jorge Martínez Bush, Comandante en Jefe de la Armada en aquella época.

Como una respuesta a las constantes necesidades, el Hospital Naval fue desarrollándose paralelamente con el crecimiento de la salud en el país. Uno de los hitos memorables que marcan a este centro hospitalario fue el primer Trasplante Cardíaco realizado en Chile y América, en el año 1968. Este hecho sin duda significó un impulso tecnológico que permitió madurar definitivamente al Hospital Naval como una importante entidad prestadora de salud, poseedora de una infraestructura adecuada al concepto de atención progresiva de complejidad y de gravedad de los pacientes, otorgando distintos niveles de atención con el fin último de recuperarles la salud, siempre dentro de un ámbito de humanización. Al respecto, el actual

Director de este Centro Hospitalario, Capitán de Navío y Cirujano Vascular Periférico Eduardo Labarca Mellado, comenta: "En aquel entonces, los atributos de este hospital lograron posicionarlo como un gran referente de salud en la V Región, gracias a una moderna infraestructura, a nuevos procesos clínicos e implementación de avanzada tecnología, ejemplo de esto, fue el nuevo concepto de Central de Distribución, modernos pabellones quirúrgicos y equipamiento para procedimientos de esterilización de punta, entre tantas otras cosas".

PRÓXIMOS DESAFÍOS

Una de las directrices más importantes para este hospital, es la consolidación de una buena relación médico-paciente. Pues un recinto hospitalario puede contar con un excelente cuerpo técnico y profesional, no obstante esto es irrelevante si no existe una buena relación con la persona que ha de recibir aquella atención de salud y que además ha puesto su entera confianza en el equipo profesional que la atiende. Así mismo, el Comandante Labarca afirma: "Es fundamental mantener una buena comunicación, que sea directa, simple y con un lenguaje que se entienda. Una relación que haga sentir más humanos a los pacientes, a pesar de que éstos puedan ser sometidos a múltiples procedimientos tecnológicos. Es importante que no se pierda de vista que estamos trabajado por recuperar su condición de salud de una manera integral y no sólo salvar un órgano en específico".



Hospital Naval de Valparaíso (1927)

Hospital Naval "Almirante Nef" (1952)



Pabellón de Marina, Hospital San Juan de Dios de Valparaíso (1900)

Otro de los principales desafíos para el Hospital Naval "Almirante Nef", es alcanzar y mantener un nivel de excelencia técnico profesional, en el marco de humanidad, sin perder la calidez de atención, consiguiendo a la vez un rendimiento acorde con los estándares internacionales.

Un ejemplo de lo anterior, es la positiva calificación que obtuvo el hospital en el proceso de acreditación realizado por el Ministerio de Salud en mayo del presente año, el cual involucró a todos los servicios y secciones de la institución.

Conocer la historia del Hospital Naval, es en definitiva, conocer la historia de miles de personas que han entregado su fe y esperanza en las manos de profesionales de prestigio, pioneros en experiencias quirúrgicas de alta complejidad, siempre abiertos a crecer como una entidad de salud, no sólo orientada para el personal de marina, sino que para toda la comunidad que requiera de un servicio médico de excelencia.

Paola Quezada Q.

**Agradecimientos a:
Dr. Eduardo Labarca M.
y RR. PP. Hospital Naval "Almirante Nef".**

PREMIO NOBEL: La injusta distribución de la gloria

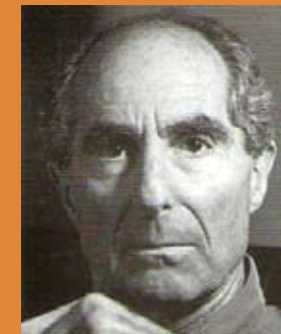
En el próximo mes de octubre la Academia Sueca dará a conocer el nombre del ganador del Premio Nobel de Literatura. Para el galardonado los beneficios serán múltiples: la atención mundial, sólidas ventas y el ingreso a un sitio de fama imperecedera al que sólo algo más de un centenar de escritores han accedido.

Pero si empieza a mirara quienes lo acompañarán en ese sitio elegido, se dará cuenta que hay muchos incluidos de difícil justificación y mérito discutible y que muchas de las auténticas glorias literarias del último siglo no fueron consideradas en la lista del Nobel.

Porque ¿alguien puede decir cuál es el aporte fundamental a la literatura de Von Heidenstam, Pontoppidan, Sillanpää, Prudhomme y tantos otros, que han resistido mal el paso del tiempo y son ahora insignes desconocidos a quienes nadie lee?.

¿Pueden compararse las dulzonas novelas de Pearl Buck con las obras capitales de Tolstoi, Proust, Kafka, Rilke, Chejov y Joyce, que nunca recibieron el reconocimiento sueco? ¿Cómo es posible que nunca obtuvieran el premio Stefan Zweig, Rubén Darío, Graham Greene, Henry James, García Lorca, Virginia Woolf, Henrik Ibsen, Italo Calvino?.

Es cierto que hay muchos casos en que el Nobel ha recaído en autores fundamentales, como Thomas Mann, William Faulkner, Pablo Neruda, Albert Camus, Isaac Bashevis Singer o Gabriel García Márquez. Esto le ha permitido mantener su prestigio, pero en muchos otros casos ha sido el Nobel el que ha perdido al no incluir ciertos autores: tal es el caso reciente de Marguerite Yourcenar, el de Ezra Pound y el de Jorge Luis Borges, que no ganó el premio por una tonta circunstancia extra literaria.



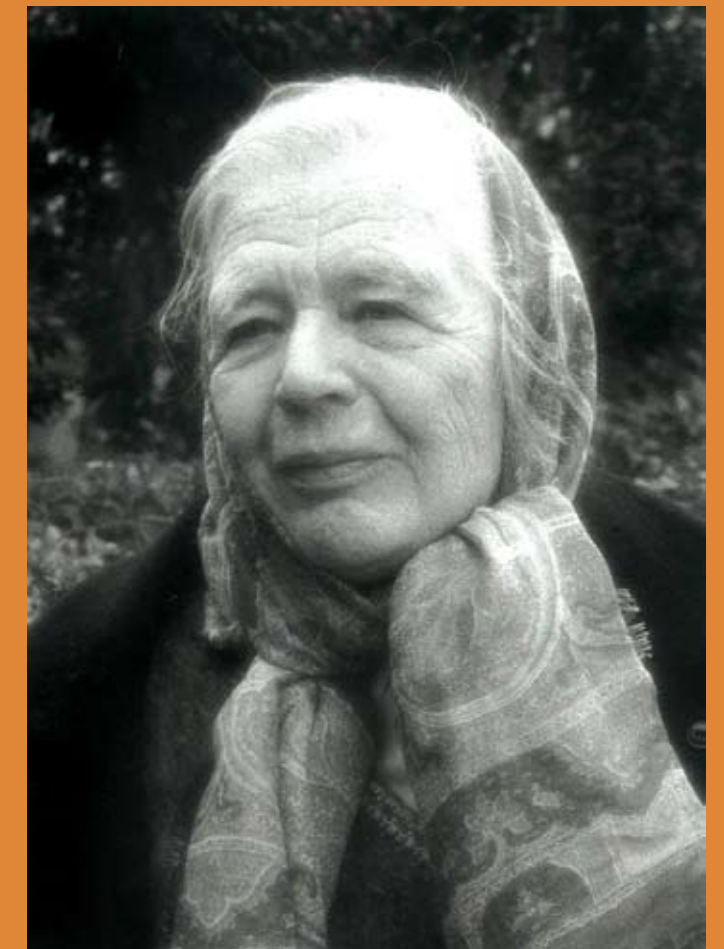
Philip Roth



Marcel Proust



Izaq. León Tolstoi



Marguerite Yourcenar

El criterio de la Academia parece ser distribuir el galardón entre la mayor cantidad de países, a veces sin importar el peso relativo de las obras premiadas en el conjunto de la literatura. También hay una tendencia a reconocer a escritores rupturistas e incómodos para sus sociedades, como Pasternak o Soljenitzin para las autoridades soviéticas de la época, Gao Xingjian para las chinas actuales, Orhan Pamuk para las turcas, Dario Fo, para el Vaticano.

Pese a saber que a nadie le interesa mi pronóstico, me voy a atrever a hacer una apuesta para el premiado de este año: Philip Roth, el gran novelista norteamericano. Aunque podría ser el momento de Mario Vargas Llosa, pues hace ya varios años que no se destaca a un autor en lengua española. Al final, es muy posible que la Academia nos de una sorpresa con otro ilustre desconocido y sea el momento de un nuevo poeta de Mongolia Exterior o de un emergente dramaturgo de Uzbekistán.

Dr. Héctor Opazo S.

Recomendamos

libros

música

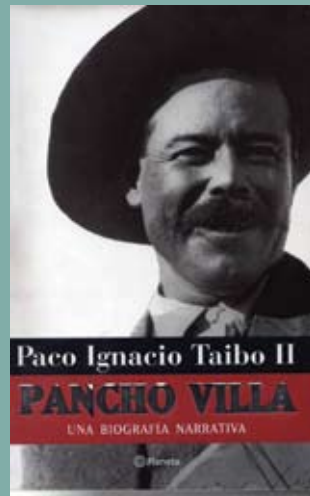
PANCHO VILLA, una biografía narrativa **Paco Ignacio Taibo II** **Editorial Planeta** **2006**

Excelente biografía de un personaje que ha desatado las pasiones en México a lo largo del siglo XX. Se lo ha admirado y despreciado con igual empeño. Muere asesinado el 20 de julio de 1923, pero recién en 1976 sus restos son llevados al Monumento de la Revolución.

¿Como un hombre analfabeto, bandolero, ladrón, cuatrero, asaltante de caminos, logra abrirse camino en la Revolución hasta convertirse en el Comandante de la División del Norte y en algún momento rozar la presidencia?. Abstemio, buen jinete y extraordinario tirador. Junto con Zapata, son los máximos exponentes del revolucionario popular.

Logró resonantes victorias militares, pero nunca se le perdonó su oscuro pasado. Ha sido el único extranjero que ha invadido el territorio de Estados Unidos al asaltar el pueblo de Columbus.

Libro muy ameno, con una extensa bibliografía y más de 400 fotografías.



Dr. Claudio Etcheverry P.

CLAUDIO ARRAU **El Emperador**

Claudio Arrau León, el gran pianista chileno, es considerado hoy como uno de los más grandes intérpretes de la música de Beethoven, y sus interpretaciones de las sonatas y conciertos de este autor son aún "Best Sellers" en todo el mundo.

Distanciado de Chile por los aspectos políticos durante los años 70 y 80, visitó nuestro país por última vez el año 1984, a sus 81 años de edad, dando una serie de conciertos legendarios, los que estuvieron rodeados de vicisitudes y grandes tensiones.

Tal vez el mejor de todos estos conciertos fue el que dio en la Catedral de Santiago, junto a la Sinfónica de Chile dirigida por el ya fallecido maestro Víctor Tevah, en el cual tocó los conciertos N° 4 y N° 5, "El Emperador", ambos del genio de Bonn. De ese evento, el sello Kultur, perteneciente a Classical Video Productions, Inc y Peter Rosen Productions, Inc, de



Estados Unidos han editado un DVD con el Concierto Emperador, en Mi bemol mayor, el cual está disponible en Chile desde hace algunos meses. Tanto la imagen como el audio stereo son excelentes y nos permiten ver al maestro en acción en una de sus obras favoritas junto a nuestra orquesta chilena y al enfervorizado público de 6000 espectadores, cuyo aplauso cerrado y prolongado fue un justo tributo a lo que significó su visita tanto desde el punto de vista musical como de la fuerza moral que representaba su presencia en el país en ese momento.

Un DVD recomendable de uno de los más grandes músicos del siglo XX, y además uno de los escasos motivos de orgullo para nuestro país.

HISTORIA DEL CUERPO **Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine** **Georges Vigarello, directores** **Editorial Taurus** **2005**

Materia prima del quehacer médico, el cuerpo permite muchas miradas: la anatómica, la artística, la religiosa, la social, la deportiva.

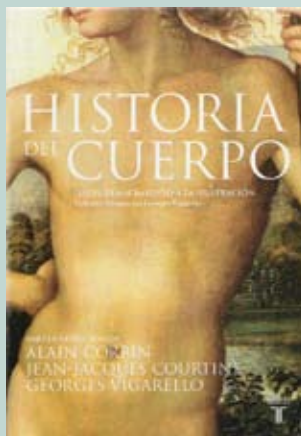
A través de tres tomos que van del Renacimiento hasta la época actual, en esta obra se suceden una serie de ensayos que analizan el cuerpo desde distintas visiones, mostrando un caleidoscopio fascinante y complejo.

Tal vez porque los médicos estamos tan centrados en los aspectos anatómicos y patológicos de esta entidad, es que a veces no nos damos cuenta de las otras múltiples facetas que implica la corporalidad. Como ejemplo, baste sólo meditar en el profundo significado que tiene en el misterio cristiano.

Así, cada capítulo va mostrando nuevos

aspectos: el erotismo, las perversiones, la tortura, la higiene, las representaciones artísticas, la disposición de los cadáveres, el escrutinio médico en las distintas épocas, las disecciones, los ejercicios, los milagros, las reliquias, lo monstruoso, lo bello...

Atractivo, entretenido e inagotable, el tema da para mucho y sus múltiples autores así lo demuestran.



Dr. Héctor Opazo S.

MÚSICA SINFÓNICA CHILENA **Ediciones Bicentenario**

Ha aparecido recientemente a la venta el tercer volumen en formato CD de una colección de música sinfónica chilena, el que contiene obras de Pedro Humberto Allende, Jorge Urrutia Blondel y de Carlos Riesco, quien aún está en actividad.

El mérito de esta colección, que comenzó a editarse el año 2003 bajo el patrocinio de la Academia Chilena de Bellas Artes, es la gran calidad de las ediciones, tanto en la selección de las obras como en la interpretación musical, en la cual la Sinfónica de Chile ha sido conducida por David del Pino Klinge. Este Director, que lamentablemente dejó la orquesta para tomar otras actividades musicales en Europa, se caracterizó por ejecuciones de gran claridad melódica y armónica, y por una comprensión notable del discurso musical de cada obra, lo que es más evidente cuando conduce obras conocidas de autores clásicos.

En estos volúmenes se pone a disposición del público obras chilenas que hace largo rato esperaban



una edición nueva: los "Tres Aires Chilenos" de Enrique Soro, publicados en 1942, el poema sinfónico "La Muerte de Alsino", de Alfonso Leng, del año 1920, el "Concierto para Violoncello" de Pedro Humberto Allende, que data de 1914, la "Pastoral de Alhué", de Jorge Urrutia Blondel, quien la escribió como homenaje a Ravel en su fallecimiento en 1937, el Concierto para flauta y cuerdas de Gustavo Becerra, de 1957 y las "Cuatro Danzas Para Orquesta", de Carlos Riesco, escritas en 1953.

Estos discos constituyen parte de nuestro mejor patrimonio musical y son recomendables desde todo punto de vista y se encuentran disponibles en el mercado disquero de nuestro país.

Dr. Juan Eurolo M.



EL COMPUTADOR O YO: EL COMPUTADOR EN EL BOLSILLO

Hay pocas cosas de las cuales los hombres estamos orgullosos de tenerlo cada vez más chico... una de ellas es el computador, porque es un reflejo de que estamos con lo último en tecnología al respecto.

Es que las PDAs (Personal Digital Assistants) han evolucionado una enormidad desde que aparecieron en el mercado a mediados de los 90. De ser simples agendas electrónicas han agregado una serie de funcionalidades que las han convertido en un verdadero centro digital de trabajo y comunicación.

¿Qué podemos encontrar en estos equipos?, bueno mucho y poco a la vez, porque obviamente no tienen la capacidad de almacenamiento de un Notebook ni el porte de pantalla del mismo, así es que hay que saber adaptarse a su escala. Lo primero es que es necesario, pero no imprescindible, aprender a escribir nuevamente, porque tienen un sistema de pantalla táctil en que uno escribe con un puntero y reconoce nuestra "letra" manuscrita, eso sí en su alfabeto. Para quienes no quieren aprender esa forma, despliega un teclado en la pantalla en que uno pulsa una a una las letras deseadas y, para los que necesitan digitar gran cantidad de texto, existen teclados portátiles desplegable que se comunican con el equipo, incluso por vía inalámbrica.

¿En qué nos pueden ayudar? Bueno, la primera y más obvia es que son excelentes agendas, con muy buena capacidad y buenos programas para manejar esos datos, pero usar una PDA sólo para eso es como tener un Mercedes sólo para ir a comprar el pan... sirve pero le podríamos sacar más provecho. Y en eso ya empiezan a haber diferencias entre cada modelo. Porque mientras algunas están enfocadas a los negocios y tienen excelentes programas de cálculo, otras están enfocadas a la comunicación permanente y van a ofrecer muy buenos programas de navegación por Internet y de correo. Existe una gran gama de programas para Palm o para otras PDAs, algunos gratuitos y otros que cuestan tanto como un programa para PCs. Así es que ojo con entusiasmarse con cada chuchería que le ofrecen, la mayoría le ocuparán memoria, lo gratuito durará poco y al poco tiempo podría dejar de funcionar a menos que usted pague un aporte por activarlo. ¿Algo especial para los médicos?: por supuesto, existe el vademécum para Palm.

Entonces, nuevamente la eterna pregunta: ¿Cuál elegir? Bien, en el actual estado de las cosas tiene que ser un centro de comunicación e información como mínimo, o sea servir de teléfono por lo menos (para no cargar con dos equipos), permitir comunicación WiFi para navegar por Internet en cualquier lugar donde se disponga, recibiendo además nuestros correos y sin tener que pagar por llamadas de celular para navegar, tener enlace Bluetooth y/o Infrarrojo, para poder comunicarse con dispositivos periféricos, tales como teclados, audífonos, manos libres, el auto, otro computador o PDA, etc. A esta altura todos traen la posibilidad de reproducir música MP3 y unos cuantos tienen cámara fotográfica.

Por cierto, quien mucho abarca poco aprieta, y como computador se queda chico en capacidad, como teléfono es grande de tamaño y menos manejable, como reproductor de MP3 tiene poco espacio de memoria para almacenar muchas canciones... comparado con un Ipod de 30 Gb, y como cámara fotográfica o de video... bueno si su estándar de calidad no va más allá de que se noten las imágenes está bien, pero no pida después impresiones nítidas.

Obviamente, cuando este artículo salga publicado ya va a haber un equipo con doble capacidad, más funcionalidad y mejor calidad y no tengo ninguna duda que todo lo dicho en el párrafo anterior será falso en un tiempo más, pero eso es lo que hay por el momento. ¡Ah!, un sólo detalle antes de que se compre una PDA... piense dónde la va a llevar, porque son más grandes que un celular convencional, por lo que es incómodo llevarlas en el cinturón; las doctoras tienen solucionado el problema llevándolas en su carteras, pero estos equipos están diseñados para los hombres de negocio de chaqueta, así es que llevarlas dentro del maletín no es muy útil si es además teléfono y si la lleva en el bolsillo del pantalón... bueno no diga que no se lo advertí cuando rompa la pantalla por un mal movimiento.

Dr. José Patricio Hono P.

Esta sección estará destinada a publicar fotos que den un testimonio de nuestra historia común. Suponemos que muchos lectores guardan algunas imágenes de nuestro pasado como comunidad médica y los invitamos a enviárnoslas para así formar un archivo compartido por todos.

Día del Médico

Pérgola Club Naval Las Salinas c. 1980



Violeta Figueroa
Sergio Valderrama
Heriberto Pérez
José Toro
Germán Rey
Emilio Sotomayor
Cecilia Penha
Germán Dazzarola
Alicia Morales

Hotel San Martín 1977



De pie:

Federico Johow
David Mahan
Alfonso Aguirre
-
Hernán Krause
Alicia Vera
Jorge Bartolucci
Jaime Venezian

Sentados:

Julio Costa
Luis Vicuña
Jorge Oyarzún

De mi consideración:

Hace más de un año le hice llegar parte de mi vida artística como pintora, poeta, escritora, además de desarrollar un tremendo trabajo como medioambientalista y protectora de todos los animales del mundo.

He leído con mucho interés todas las revistas "Panorama Médico" que Ud. dirige y lamentablemente me he dado cuenta que las colegas mujeres no tienen espacio en su publicación.

Estoy editando mi último libro "Historia de la Medicina en Casablanca" Siglo XX. Es un trabajo de investigación de más de 5 años y en cuyo lanzamiento serán invitadas autoridades de Salud Pública, colegas escritores y representantes comunales. Es la primera vez en Chile que se hace este tipo de trabajo, que abarca la Historia de la Medicina de un siglo en una comuna, integrando todos los actores que colaboraron en su desarrollo.

Pronto inauguraré la "Fundación Talía Ifisa Alvarez Gallardo" que incluirá mi Galería de Arte Talía con mis pinturas que suman varios cientos, Museo, antigüedades y un parque de naturaleza autóctona. Entre sus actividades se harán eventos artístico-culturales, talleres artísticos y literarios para la formación de futuros representantes culturales de Casablanca.

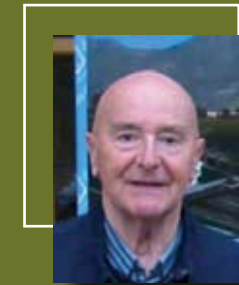
Hago llegar a Ud. mi impresión. Falta de cortesía e interés hacia una colega que quiso que se le conozca en otra dimensión.

Por lo expuesto solicito la devolución de la documentación que envié con mi secretaria.

Solicito la publicación de esta queja.

Atentamente
Dra. Talía Ifisa Alvarez G.

Dr. Mario Schiaffino Iglesias 1929-2007



Se comunica el fallecimiento del Doctor Mario Schiaffino Iglesias, quien dejó de existir el pasado 23 de julio. Schiaffino nació en Concepción en 1929, hijo único de Mario Schiaffino

Massa, inmigrante de Camogli y Matilde Iglesias Rojas.

Estudió interno en el Liceo Juan Bosco, de los Salesianos en Santiago, desde primera preparatoria, completando sus cursos de humanidades en el Internado Nacional Barros Arana. Dueño de una gran simpatía, y con gran facilidad para relacionarse con los demás, ingresó a estudiar Medicina en la Universidad de Concepción. Luego se trasladó a

la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde se tituló como Médico-Cirujano en 1956.

En 1963 asume en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, donde se requería un neumotisiólogo. Posteriormente desempeña actividades docentes en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, sede Valparaíso. En 1984 fue nombrado Profesor Adjunto y en 2005, en una emotiva ceremonia que contó con la presencia de sus colegas, alumnos y familiares, recibió el más alto honor que otorga la Universidad: Profesor Emérito.

Se caracterizó también por su amor por la clínica médica, destacando por el tiempo que dedicaba a los pacientes, por su capacidad de escuchar y aconsejar, por su férrea defensa de la historia clínica completa y la necesidad de un médico de cabecera.

Pero sin duda, las principales características del Dr. Schiaffino fueron su bonhomía, simpatía y arrollador optimismo, cualidades que dejaron huella en quienes tuvieron la dicha de conocerlo.

Tribunal de Ética

Sentencia Tribunal Regional de Ética Médica

En cumplimiento a lo dispuesto por los arts. 84 y 78 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.) se ha dispuesto la publicación de la sentencia ejecutoriada pronunciada en contra del Dr. JOSE FRANCISCO ROJAS ARAYA, a quien se le ha aplicado la sanción de censura por cuanto su conducta ha vulnerado las normas éticas que rigen las relaciones entre colegas, en razón de haber formulado afirmaciones inconvenientes y apartadas de la práctica médica, lesivas de la honra y el decoro profesional del Dr. Gustavo Linderman García, agravado por la circunstancia de expresar las mismas ante paciente y terceros.

En consecuencia se reprocha a dicho médico colegiado su conducta y se le advierte en orden a que ponga el debido cuidado en su comportamiento profesional, el que será objeto de atención en lo sucesivo.

Viña del Mar, 06 de agosto de 2007.

Eventos año 2007

Patrocinados – Auspiciados

por el Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile

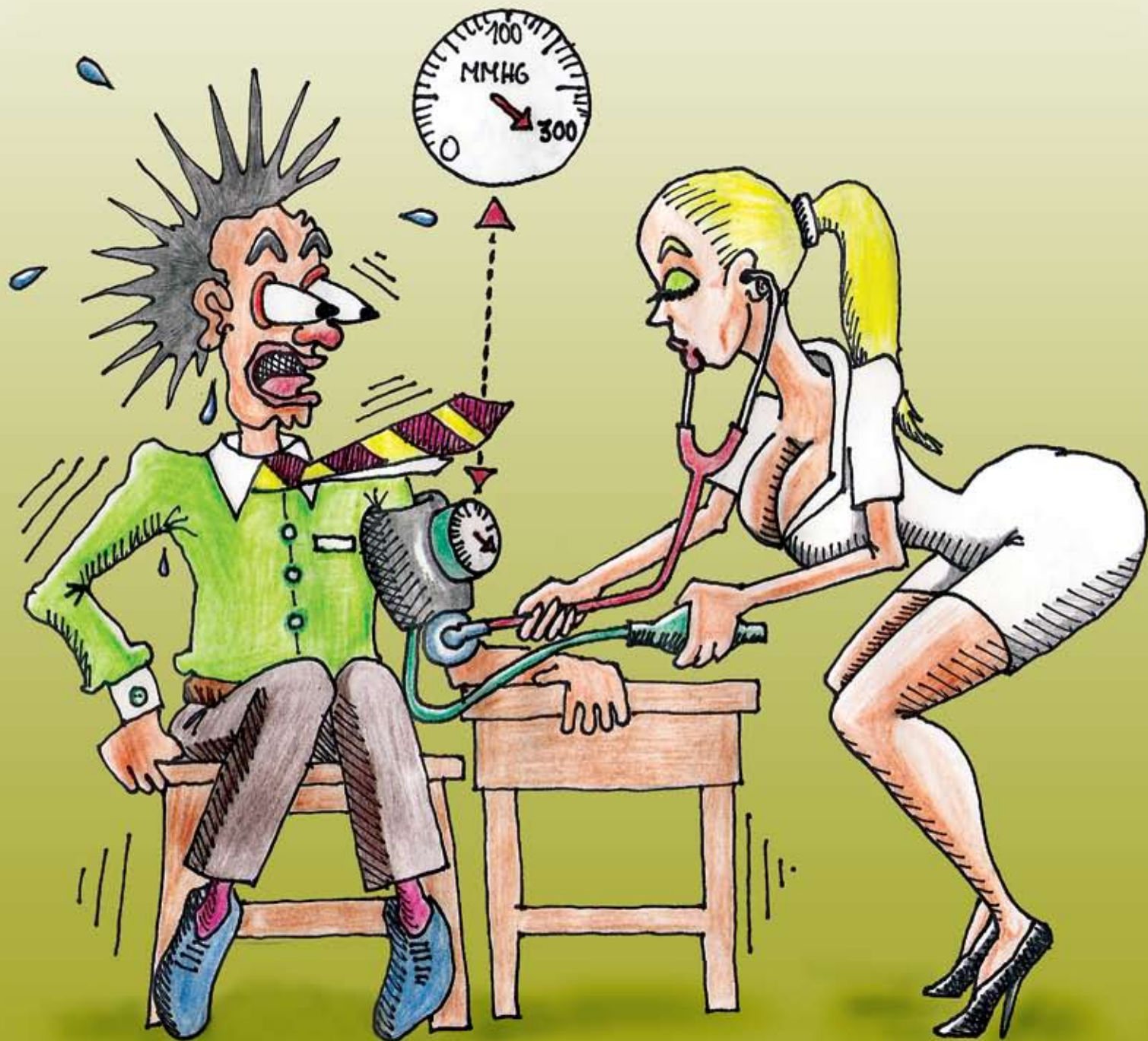
Con el tema "Salud y Medicina desde el cuerpo a la sociedad", se celebró el XXX Congreso Científico de Estudiantes de Medicina los días 24, 25, 26 y 27 de Julio en las dependencias de la Universidad de Valparaíso. A la actividad asistieron cerca de 1000 estudiantes de todo el país, quienes participaron con la finalidad de potenciar el desarrollo de la medicina preventiva y contribuir a una sociedad más sana, física, psíquica y socialmente.

Desde el 3 al 10 de agosto, toda la comunidad estudiantil de la Universidad de Valparaíso celebró la Semana Uribiana. Este evento contempló diversas actividades recreativas e integradoras para los alumnos, docentes y miembros del Colegio Médico, quienes en conjunto lograron manifestar una mayor representatividad de la Escuela de Medicina dentro de la V Región.

Los próximos días 25, 26 y 27 de octubre se llevará a cabo el XIV Congreso Nacional y IX Congreso Científico Gremial de la agrupación de Médicos Generales de Zona.

Crisis Hipertensiva

Dr. Álvaro Carrizo A.



2do Campeonato de Tenis

“Revista Panorama Médico”

Médicos a la cancha

Interesados comunicarse hasta el 30 de septiembre del 2007 con Osvaldo Gaete, Gerente General.

Oficinas del Consejo Regional:
Los Acacios N° 2324,
Miraflores Bajo, Viña del Mar,
e-mail : reg.valparaiso@colegiomedico.cl o al teléfono 2677982.

En la V región la salud tiene cuatro colores ¡ elije el tuyo !



... y para los más osados, también puedes elegir otros modelos.

La librería Ltda. Calle Valparaíso 328 Viña del mar.	Librería Comercial Ltda. Esmeralda 315 Los Andes	Maipú Autoservicio Maipú 225 Los Andes	Com.Express del Pacifico Condell 1378 Valparaíso
--	--	--	--

Librería El Buen Pastor Arlegui 545 Calle Valparaíso 208 Viña del Mar	Librería Comercial Ltda. Coimas 214 San Felipe	Maipú Autoservicio Prat 193 San Felipe
--	--	--

LAMY
No design writes better

www.libesa.cl