



Colegio Médico
da la bienvenida a Banco Itaú.

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

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



Panorama Médico

Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 17 N° 72 Diciembre 2007



Celebración
Día Internacional del Médico

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.



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

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



Panorama Médico

Director

Dr. Guillermo Aristides F. garistides@gmail.com

Comité Editorial

Dr. Claudio Etcheverry P.
Dr. Héctor Opazo S.

Colaboradores

Dra. Rosa Behar A.
Dr. Álvaro Carrizo A.
Dr. Iván Durán E.
Dr. Juan Eurolo M.
Dra. Mónica Gutiérrez C.
Dra. Annabella Marchese P.
Dr. Fernando Novoa S.
Dr. Arturo Roizblatt S.

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.colegiomedicovalparaiso.cl

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

Fotos Portada

Urban Photo Press
Francisco Rivas



Palabras del Presidente

HIMNO DEL MÉDICO: Un símbolo que hacía falta

La Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico, en su sesión del 30 de Agosto del 2007, tomó el acuerdo N° 927 en el cual se me encargó la elaboración de un proyecto para editar una grabación profesional del Himno del Médico, obra del Dr. Horacio Espoz Valenzuela, quien la compusiera y editara por primera vez en el año 1957.

La idea de dirigir un proyecto como éste me entusiasmó lo suficiente como para diseñar una edición que estuviera a la altura de las circunstancias: se trataba de un himno que el propio Colegio ya había aprobado como oficial el 9 de mayo de 1957 y del cual ya existía una grabación en vinilo de 45 rpm. y que por circunstancias complejas fue injustamente olvidado. Esta composición, de gran belleza musical y literaria, ya había sido re-estrenada en la ceremonia solemne del Día del Médico del 2006 por el Coro de la Opera del Teatro Municipal, en la cual se homenajeó a los descendientes del colega autor de ésta y causó una grata sorpresa a los presentes. El otro detalle es que en este año 2007, este himno cumple 50 años como símbolo musical oficial de nuestro Colegio y por ello decidí hacer una edición de lujo.

Como base de operaciones para el proyecto opté por usar el equipo profesional de la Dirección de Extensión y Comunicaciones de la Universidad de Valparaíso dirigida por Hugo Pirovic. Elegí dos formatos para esta ocasión especial: uno en DVD y otro en CD. Para la versión DVD recibí la impagable colaboración del Consejo Regional Concepción, el cual cuenta con un Coro Polifónico que viajó sacrificadamente y sin cobro alguno desde el sur hasta nuestra ciudad para realizar la grabación, la cual es complementada con un corto reportaje sobre la historia del himno y los interesantes personajes involucrados. Para la versión en CD opté por grabar varias versiones de esta composición: una con coro y orquesta, otra con coro y orquesta con un recitado, una grabación sólo del acompañamiento orquestal sin el canto y por último una remasterización de la antigua versión de 1957. El proyecto ha sido terminado gracias al auspicio y patrocinio del Colegio Médico de Chile, y me siento altamente satisfecho de este logro porque lo considero de gran trascendencia para nuestro gremio.

Las grandes instituciones siempre poseen símbolos tanto visuales como musicales, y nuestro Colegio ya tiene un hermoso estandarte y una bella insignia, y ahora contará con una nueva versión, en sonido e imagen digital, de este otro símbolo que mediante su texto y música mostrará a las nuevas generaciones médicas que como Colegio tenemos una historia que contar y un mensaje que transmitir a través de ella.

Dr. Juan Eurolo Montecino Presidente Consejo Regional Valparaíso



	Palabras del Presidente	01
	Editorial Balance	03
	Gremial Resultados de la Movilización	04
	Tema Central Unidad de Emergencia Adultos de Valparaíso	06
	Perfiles Dr. Mario Schiaffino Iglesias	14
	Ética Código de Ética	16
	Centros Hospitalarios Hospital de Quilpué	18
	Celebración Día del Médico	21
	Maestros Dr. Gustavo Figueroa Cave	24
	Cartas al Director - Noticias	25
	Patología en el Arte Rose Beuret y Camille Claudel	26
	Recomendamos Libros, películas & música	28
	Actualidad Estrés Médico	30
	Humor Transanta Claus	32



BALANCE

El cierre de un ciclo o etapa tiene que tener un espacio para la reflexión, un tiempo para la introspección, la pregunta válida de ¿Cómo lo hicimos? O ¿Cómo podemos hacerlo mejor? Cómo seguir siendo fieles a nuestros principios en un mundo que a veces cambia tanto y tan rápido, donde la relación médico – paciente se transforma cada vez más frecuentemente en médico – cliente, donde corremos y corremos apretando botones, abriendo puertas de cualquier manera, cerrándonos a otros, saltando obstáculos, gritando en los semáforos si es que alguien se demora medio segundo más en reaccionar, sonriendo aunque a veces no tengamos ganas, ocupando nuestro tiempo en compromisos “ineludibles”, comprando lo más poderoso, lo más rápido, lo más plano, lo último.

Tarde o temprano nos damos cuenta que no importa lo chico o lo grande que sea el barco, lo nuevo o viejo, o la cantidad de mantenciones que le hagamos, siempre le va a entrar agua, (nada es impermeable a todo); entonces lo principal es percatarnos de que necesitamos un sistema para sacar el agua antes de que el barco se hunda. La pregunta que sigue es cuál es el mejor sistema para sacar de nuestras vidas la vorágine en la cual navegamos. Buscar un remanso, darnos cuenta qué es lo que nos hace respirar el alma (a veces menos de un minuto al día), lo que hace valer la pena el sacrificio diario, ese sueño no alcanzado, esa sonrisa de quien amas. Haz un balance y busca el equilibrio, nadie más lo hará por tí, pero en la medida que tú lo hagas sin duda que influirás en tu entorno.

Con ese espíritu queremos empezar el año nuevo, poniendo mas énfasis en lo positivo de nuestras características, en tratar de rescatar nuestra esencia, de hacerla más consciente. Es el compromiso de Panorama Médico.

Dr. Guillermo Arístides Fuentes
Director Revista Panorama Médico



Fin de Año ¿Qué podemos decir?

Fue un año movido para el Colegio, y particularmente para el Regional Valparaíso. Como lo comunicamos en su oportunidad, íbamos a dedicar el 2007 principalmente a desarrollar un proyecto destinado a profesionalizar la relación entre la actividad privada de los médicos ("prestadores") y las instituciones privadas de salud ("pagadores").

Para este efecto se llamó a algunos expertos que expusieron sus ideas de cómo desarrollar esta iniciativa y llegamos al punto en el cual había que conseguir los recursos que permitieran elaborar un proyecto que pudiera desarrollarse a corto o mediano plazo.

Pero nuestro destino nos marcó otro camino. En primer lugar, iniciamos el año con un conflicto entre el Regional y la Mesa Directiva Nacional por el crédito hipotecario de nuestra sede de Los Acacios 2324 de Viña. Hubo momentos de gran tensión; muchos de los pormenores fueron publicados en esta misma revista por nuestro tesorero regional Dr. David Lagos. Se pretendió cobrar una suma exorbitante tanto como cuota mensual (alrededor de 2 millones) como costo total del inmueble (alrededor de 450 millones).

La discusión llegó al Consejo General y finalmente llegamos a un acuerdo que, sin ser lo que esperábamos, por lo menos es razonable, mediante el cual nos comprometemos a pagar alrededor de 400 mil pesos mensuales y a su vez dar la deuda por pagada con la venta de los departamentos de calle Arlegui cuando ésta se materialice.

Otra situación que nos obligó a distraer nuestra atención fue el presupuesto general del Colegio Médico, el cual fue presentado por el tesorero subrogante Dr. Enrique Paris en la Asamblea Anual del Colegio Médico efectuada en La Serena en abril, donde se aprobó un presupuesto que presentaba

un desfinanciamiento que sería solventado de a poco con el Fondo de Solidaridad Gremial, que como sabemos, tiene otro propósito. La aprobación se logró con el voto en contra de Valparaíso y del Regional Santiago.

Estas dos situaciones produjeron obviamente un distanciamiento con los dirigentes nacionales y recibimos muchas sugerencias y opiniones de nuestros afiliados en el sentido de aumentar el grado de independencia regional. De más está decir que nosotros hemos privilegiado la unidad del Gremio y lo seguiremos haciendo mientras no haya una excepcional situación de catástrofe gremial que haga recomendable tomar otra decisión.

Pero hubo factores de unión más importantes, pues en la misma Asamblea Nacional (ex -Convención) pudimos dialogar con la Ministra de Salud María Soledad Barría, con la cual, después de un apasionado debate, llegamos a un conjunto de acuerdos que en general eran los mismos que tomamos con ella en la Asamblea del año anterior, pero esta vez pusimos un plazo de 90 días para su cumplimiento, lo que ocurrió el 27 de Julio, sin que se hubiera obtenido ni un solo resultado de las gestiones realizadas.

Comenzó entonces un conflicto con el Ministerio de carácter creciente del cual hemos informado ampliamente en números anteriores, el cual culminó en un paro de advertencia de los médicos generales de zona y al poco tiempo un paro total de los médicos del sector público.

En relación a este movimiento gremial es necesario destacar la estrategia seguida por el Regional Santiago, que privilegió la "renuncia" como arma de presión. Es fácil deducir la enorme fuerza gremial de más de mil renuncias de especialistas de alta formación de todos los grandes hospitales



de Santiago y de especialidades irremplazables a corto y aun a mediano plazo, tales como uciastas, cardiocirujanos, neurocirujanos, radiólogos de subespecialidad, etc., todos renunciando casi al mismo tiempo de sus cargos públicos.

Las renuncias eran sin elástico ("mi renuncia la entrego al Dr. Tisné, presidente regional para que la haga efectiva cuando lo estime conveniente") y contribuyó fuertemente al resultado final firmado en el Ministerio.

La otra fuerza gremial fue indudablemente la Unidad. Deponiendo legítimas diferencias, conocidas probablemente en el Ministerio, se hizo una estrategia comunicacional en conjunto que culminó en una gran Asamblea en el Hospital Gustavo Fricke y una gran marcha por las calles de Viña del Mar en conjunto los dirigentes regionales con los nacionales encabezados por los respectivos presidentes, y unidos además a las directivas de los otros colegios profesionales movilizadas, de odontólogos y de químico-farmacéuticos.

Al cierre de esta edición existe un activo diálogo para "precisar" el acuerdo, ya que ha habido varias diferencias de interpretación entre el Ministerio y nosotros ante la redacción de los acuerdos, así como diferencias en el modo en que éstos deberían tramitarse o aplicarse.

En nuestra región (así como en varias otras) también se han fundado varias agrupaciones denominadas "Asociaciones de Médicos Funcionarios" que corresponden a estructuras organizadas bajo una ley diferente de la de Asociaciones Gremiales y que pueden ser homologadas en cierto sentido a las asociaciones que tienen APRUS y FENATS, lo que significa que sus directivos poseen fuero gremial, el que no poseemos nosotros. Además no dependen jerárquicamente del Colegio y varios colegas nos han señalado la existencia de un cierto peligro de divisionismo del cuerpo médico. El Colegio, en su última Asamblea Nacional efectuada en La Serena discutió esta situación, y llegó a la convicción que éstas se iban a fundar de todas maneras, por lo que tomó el acuerdo de apoyar e incluso incentivar si es necesario, estas asociaciones con el objeto de interactuar activamente con ellas y así conocer mejor los problemas que existen en la base médica, pero puso algunas

condiciones mínimas para dar este apoyo, las que han sido descritas en números anteriores de esta revista. En ese sentido, ya existen en el hospital San Martín de Quillota, Gustavo Fricke de Viña y Carlos Van Buren de Valparaíso.

En los últimos días antes de escribir estas líneas, surgió desde la Tesorería General en Santiago otra iniciativa que rebaja beneficios vigentes de los médicos, en este caso por su permanencia ininterrumpida en el Colegio, cual es la de exención de pago de la cuota social al cumplir 35 años de afiliación continua desde el primer año de egresado y sin períodos sin pago. Este beneficio corre desde los 40 años de afiliación al colegio con cuotas al día pero se había establecido el beneficio de los 35 años para premiar la constancia y pertenencia a nuestro gremio. Finalmente, con la activa discusión y oposición del Regional, tanto en la Mesa Directiva Nacional como en el Consejo General, se llegó a un acuerdo intermedio que se fijó en 38 años continuos de colegiatura para obtener el beneficio antes de los 40 años. La razón básica de este cambio, como siempre, es la de obtener más recursos para el Colegio. El camino elegido me merece muchas dudas y esperamos que no signifique un "boomerang" que afecte el interés por la permanencia en el Colegio de las generaciones médicas que pudieran sentirse afectadas. Indudablemente que sería mejor visto el incentivar más creativamente la afiliación de las generaciones más jóvenes y recién egresados.

En Agosto la Mesa Directiva Nacional me encomendó un proyecto musical destinado a realizar una grabación profesional del "Himno al Médico", recién re-estrenado, y que había sido aprobado como himno oficial del Colegio en 1957 y del que sólo había un antiguo registro discográfico en vinilo. De más está decir que tengo la inmensa satisfacción de haber culminado con éxito esta misión y muy pronto estará disponible tanto en DVD como en CD en las sedes del Colegio.

En el año 2008 corresponde hacer elecciones en el Colegio para renovar directivas tanto a nivel nacional como regional, así como en los capítulos hospitalarios. El actual período finaliza para las actuales dirigentes en mayo-junio del próximo año y estaremos trabajando sin pausa hasta el último día y esperamos que los nuevos dirigentes que lleguen continúen trabajando con ahínco por todos los médicos colegiados de la región y que promuevan iniciativas que beneficien a la profesión médica en general.

Dr. Juan Eurolo M.



Unidad de Emergencia Adultos Hospital Carlos Van Buren

El día 14 de febrero de este año se cumplieron 100 años de la Unidad de Emergencia (U.E.) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Panorama Médico no podía estar ajeno a la celebración de tan importante fecha y pensando cuál es el mejor regalo, que le permita existir 100 años más, fue que se gestó este artículo que pretende determinar cuál es su realidad actual, vista por uno de sus integrantes, cuáles son las perspectivas de cambio o mejoras desde el punto de vista de las autoridades y por último cómo se relaciona con la atención primaria de salud, hecho que no deja de ser menor si conocemos que fue creada mediante un decreto de la alcaldía de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, fundamentando su creación, y cito textual:

“Teniendo presente y considerando:

“Que velar por la salud de los pobres es obra que debe iniciar y realizar la autoridad;

“Que en Valparaíso vive una enorme masa de población enferma, ignorante, dominada por la rutina, explotada por curanderos e incapaz de comprender los beneficios de la ciencia médica;

“Que esa población tiene derecho a la vida, constituye una fuerza viva de la nación y es poderoso elemento de progreso.

“Que los accidentes del trabajo merecen la atención también preferente de la autoridad, con el fin de prestar la asistencia inmediata a los accidentados, hacer la traslación de los heridos en ambulancia, sin demora a un lugar apropiado y salvar así la vida a muchos desgraciados que mueren hoy desangrándose en las calles de la ciudad” El Mercurio, viernes 15 de febrero de 1907.

Al parecer hay cosas que no cambian con el tiempo, pues sigue existiendo la enorme masa de población enferma. Sin embargo, actualmente tienen muy pocas oportunidades de ser atendidos en otro lugar que no sea la UE. Este último dato ha sido objetivado desde que se introdujera la categorización de pacientes consultantes a la U.E., estableciéndose que a los que les correspondería atenderse en un consultorio de atención primaria fluctúan entre un 70 a un 80 % de los 1000 pacientes diarios que consultan en la U.E. ■

Dr. Guillermo Arístides F.



Reflexiones de un Postero El Trabajo Médico de la U.E.A.

El 5 de mayo de 2007 el Dr. Iván Durán E., médico internista del V turno de la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Carlos Van Buren, entregó a su jefe de turno una carta donde describía las difíciles condiciones de trabajo de los profesionales de esa unidad, solicitando que este testimonio fuera conocido por los distintos colegas, los representantes del Colegio Médico y las autoridades, con el objeto de “generar los cambios necesarios desde nosotros mismos”. Con la expresa autorización de su autor, Panorama Médico presenta aquí un resumen de dicho documento.

Me ha parecido indispensable comunicar estas reflexiones en virtud de ser el médico más antiguo de nuestro turno, con más de 17 años en el servicio, todo lo cual me hace sentir no sólo en el derecho, sino que también en la obligación ética y moral de representar a las autoridades de nuestra Unidad de Emergencia y de nuestro Hospital las siguientes respetuosas reflexiones:

No es para nadie un misterio que el trabajo médico y de enfermería de nuestro servicio ha ido rápida, progresiva y peligrosamente aumentando sin que podamos hacer mucho para evitarlo. Lo anterior debido a que no sólo el número general de consultantes ha aumentado cada vez más, sino que también lo han hecho los pacientes graves y con ello las hospitalizaciones, llevando la situación a un estado de saturación no sólo de la Unidad de Emergencia sino que también de los demás servicios a los cuales trasladamos a nuestros pacientes, como así mismo las distintas unidades de apoyo. Prácticamente todo el hospital se ve de alguna manera colapsado por nuestro accionar.

La intención de estas palabras es más que una mera catarsis. Quisiera hacer llegar a la autoridad la visión de quienes nos enfrentamos a diario con la impotencia de no poder hacer más y sentir que no sólo somos criticados, sino que también descalificados por lo que no alcanzamos a hacer. Sería para nosotros un importante aliciente sentirnos valorados por todo

aquello que sí hemos sido capaces de hacer bajo las actuales circunstancias y escasos recursos disponibles, que es mucho más de lo que se pudiera esperar.

¿Esperaremos un desastre para reaccionar?

Permítanme asegurarles que no estamos en disposición de recursos humanos ni materiales, ni siquiera en un estado anímico de equipo, que nos permita enfrentar una situación de catástrofe mayor, entiéndase terremoto, tsunamis u otro similar. Actualmente colapsamos con urgencias menores, que nos tienen en rigor asfixiados.

No es posible que se nos siga evaluando en nuestra eficiencia por el número de pacientes que dejamos pendientes de atender al final de cada turno, sin considerar la cantidad o gravedad de todos aquellos a los que sí hemos atendido, así como por las cirugías pendientes, aunque se haya operado por horas. He aprendido a reconocer y admirar la resistencia física de los cirujanos y anestesiólogos que, sin descanso, muchas veces entran a cirugía tras cirugía. No es posible aceptar que se nos exija mayor celeridad en la atención de los consultantes, toda vez que no existe una norma establecida para ello, sin considerar que muchas, por no decir que una amplia mayoría de las atenciones, tanto de box como de sala, son efectuadas en un tiempo que no resistiría ningún análisis y que nos deja indefensos ante cualquier reclamo o queja. Ni hablar de la

posición ética y/o legal en la que quedamos.

¡Nuestra única responsabilidad es y debe seguir siendo el paciente que tenemos enfrente!

También quisiera llamar la atención acerca de las condiciones en que estamos realizando nuestra labor. Se ha transformado en algo rutinario el que tengamos en gran parte del tiempo de los turnos todas las camas y camillas ocupadas, debiendo atender a los pacientes de pie, o en la camilla de tratamientos, de electrocardiogramas o incluso en la mesa de reanimación. Ni hablar de la situación de la sala de observación, donde la cantidad de camas y camillas nos obliga a hacer malabares para acceder a los pacientes y en situaciones de emergencias, como reanimaciones u otros procedimientos, accionar en condiciones técnicas muy riesgosas para el paciente. No es ético no ofrecer condiciones de seguridad a nuestros pacientes. Sumado a esto, la entrada de un número de familiares que durante largos periodos impiden la atención y le dan un carácter de caos total al lugar y la situación, por cuanto el derecho a la visita supera el derecho a ser atendido o de efectuar nuestro trabajo. No es posible que un lugar diseñado para 18 pacientes se mantenga con un promedio que excede los 30, considerando además que a todos ellos hay que atenderlos prioritariamente, pues son obviamente los más graves. Debo agregar la cantidad de personas, muchos de ellos estudiantes sin formación del área médica, que con su presencia sólo consiguen obstaculizar y dificultar la labor. ¿Se nos ha olvidado el derecho a la privacidad? Los familiares entran y se pasean por los boxes de atención como si fuera una plaza, muchas veces increpando a los médicos y personal, reclamando por la demora o condiciones de la atención, generando situaciones de grave conflicto que en algunas ocasiones han terminado en agresiones físicas hacia el personal, con lo que la tensión emocional llega a ser máxima y nos pone en riesgo de cometer errores no sólo en lo social, sino que también en lo técnico.

¡También nosotros tenemos derechos, y hemos dejado de ejercerlos!

La falta de materiales básicos de trabajo ha llegado a niveles que me es muy difícil de calificar sin caer en dramatismo sensacionalista. No hay camas ni camillas suficientes. No hay monitores en condición de dejar registro de los eventos o respuestas terapéuticas, hay un alicaído otoscopio para todo el servicio, escasean las sábanas y las frazadas. Sucias y raídas cortinas separan las camillas entre sí en un pálido intento de dar privacidad a un acto médico propio de una pesadilla. El laboratorio y el servicio de radiología no podrían estar ubicados más lejos. Jamás se nos ha entregado un lápiz.

¡Hemos perdido toda capacidad de asombro y hemos caído en la peligrosa conformidad! Quizás se deba a que no hemos sido escuchados, o bien hemos sido muy mal interpretados. Las respetuosas sugerencias se califican como oposición; solicitar derechos básicos mínimos, como flojera; la solicitud de condiciones mínimas de trabajo, como comodidad; la necesidad de recursos mínimos, como inadaptabilidad y excesivo idealismo.

Cuántas horas debemos permanecer de pie, sin tener a nuestro alcance una silla donde sentarnos, y cuando lo hacemos para poder efectuar anotaciones en fichas clínicas

somos agredidos verbalmente por quienes esperan y creen que no estamos haciendo nuestro trabajo. O, lo que llega a ser más triste, autoridades a veces de paso por la unidad así lo han creído. Ocupamos gran parte de nuestro tiempo dando irrelevantes explicaciones e informaciones a quien se le quiere ocurrir que para eso estamos los médicos de urgencia. A veces utilizo más tiempo dando información o atendiendo reclamos. No tenemos un lugar digno donde hacer ingresos. Si tengo la mala idea de ir a hacerlo a la residencia corro el riesgo de pasar por flojo o inconsciente con mis compañeros de labor. Hemos llegado al extremo de que médicos de otros servicios que acuden en interconsultas nos critican en las mismas fichas o nos dejan irónicos comentarios.

Si hasta para alimentarnos debemos hacerlo en lugar poco digno y con alimentación inadecuada que nosotros mismos debemos mejorar, además de costear la alimentación de los alumnos e internos que no son considerados para esos menesteres. Pareciera ser parte del aprendizaje de la medicina de urgencia: no necesita comer. Los cirujanos pasan peligrosamente del box a pabellón y de éste de regreso al box. Los internistas del box a la sala y de ésta a reanimación y de allí nuevamente al box o a los pisos. Como si las cirugías, anestias, reanimaciones u otros procedimientos fueran tan simples y no afectaran el estado anímico y físico del personal. Comuniqué a un hijo el sensible fallecimiento de su padre y al segundo siguiente siga atendiendo. No se afecte ni desconcentre.

Cada vez tenemos más dificultades para conseguir permisos administrativos, derecho establecido en el estatuto administrativo. Se ha transformado en una obligación personal conseguir un reemplazante para tomar vacaciones, situación cada vez más difícil por cuanto son también cada vez menos los interesados en trabajar en este servicio. Hemos preguntado formal e informalmente a las autoridades si están en conocimiento cabal de lo que está sucediendo y sólo recibimos por respuesta, en el mejor de los casos, palabras de aliento para seguir trabajando en las mismas condiciones, y no pocas veces el consabido "al que no le guste que se vaya". Como antiguo médico de este servicio de urgencia, soy disciplinado y he aprendido a respetar a cada una de las autoridades del hospital, pero somos merecedores del mismo respeto, por lo que no podemos seguir aceptando situaciones como las anteriormente descritas. Ni gritos ni amenazas. Nadie se atrevería a pedir amparo a la negligencia, pero necesitamos del apoyo y comprensión de nuestras autoridades.

Estoy muy consciente de mi condición humana y con ello de la posibilidad de olvidar algunas indicaciones de las tantas que últimamente llegan y cambian antes de que logre internalizarlas, o incluso de cometer errores, pero nada de ello puede autorizar el maltrato. Si lo hace nuestra autoridad, ¿qué podemos esperar de los consultantes y sus familiares? ¿O de nuestros alumnos o del personal a nuestro cargo? Somos en primer lugar personas, en segundo lugar médicos, en tercer lugar colegas y en cuarto lugar adultos, por lo que nada justifica las situaciones descritas.

Con el fin de poder seguir realizando nuestra labor con un mínimo de profesionalismo, ética y seguridad, al menos necesitamos:

- Condiciones mínimas de seguridad física y de clima laboral: Necesitamos un espacio que nos permita la



tranquilidad que la actividad médica amerita, poder realizar un interrogatorio, escribir fichas médicas, pensar lo que se hará con un paciente, discutir un caso difícil, tomar asiento mientras atendemos. Mantener un verdadero control sobre el espacio físico, libre de personas ajenas, defendernos en todas sus formas de los agresores.

- Derechos básicos de descanso, alimentación, reemplazos, permisos, perfeccionamiento: Debemos tener derecho a descansar al interior de los turnos. No podemos seguir atendiendo por horas y horas ininterrumpidamente. Debemos cuidar nuestra salud. Necesitamos tener tiempos mínimos para nuestras colaciones, las que deben estar más acordes a nuestra condición y necesidad. Las mermeladas y el azúcar del desayuno no alcanzan más que para dos o tres de las diez personas que tenemos derecho a desayunar. No debemos seguir utilizando nuestros días de vacaciones para poder asistir a cursos de perfeccionamiento en urgencia. El servicio debe buscar un staff de médicos reemplazantes. Si nos han de calificar por conocimiento se nos debe perfeccionar al interior de los turnos o enviarnos a capacitarnos, pero con derecho a un reemplazante, de tal forma de no recargar aún más la labor de nuestros colegas.

- Recursos humanos y materiales mínimos: No es seguro para un paciente ser atendido en reanimación, en pabellón o sometido a procedimientos de riesgo, por médicos, enfermeros y personal que no han tenido por horas unos momentos de descanso. Una vez más no es flojera ni comodidad. Es una necesidad fisiológica y un derecho irrenunciable. Se necesitan camillas en buenas condiciones, sábanas y frazadas. Necesitamos más ambulancias en las cuales poder trasladar nuestros pacientes a los hospitales u otros servicios de destino con el fin de descongestionar la unidad. Necesitamos más camillas de examen en buenas condiciones y que nos den un

"drenaje" más expedito de los pacientes que ingresamos.

- Condiciones de dignidad para la atención de los pacientes en box y hospitalizados: Se debe terminar con la escandalosa promiscuidad en la que debemos atender a nuestros pacientes, no más salas mixtas, no más pacientes hospitalizados en el box, terminar con un régimen innecesario de visitas toda vez que los pacientes no permanecerán más de 24 horas en el servicio. Otra cosa es una tremenda contradicción, una sería falta de consideración para los pacientes graves que no pueden ser adecuadamente atendidos y un atentado al pudor de los pacientes que deben orinar, defecar y satisfacer otras necesidades privadas en medio de una multitud inconsciente. No es falta de humanidad, sino que precisamente lo contrario.

- Participación en el diagnóstico del problema y proposición de medidas de cambio: Más que un sueño me parece una necesidad. Más aún después de ver los resultados de muchas de las medidas impuestas en los últimos tiempos. Los negativos resultados no se deben a que las aplicamos mal, como reiteradamente se nos ha sugerido como explicación a los fracasos. Creo que los problemas están claros y las soluciones se diluyen por un problema de recursos. No hay nada más difícil que administrar la pobreza, para ello se requieren genios y sólo somos médicos de urgencia.

De todo lo anteriormente expuesto me declaro como único autor y responsable, sin otro ánimo que el de generar en mis colegas y la autoridad, la necesaria y respetuosa reflexión de la problemática que nos aflige.

■ **Dr. Iván Durán E.**

Dr. Alejandro Yáñez V.

Corporación Municipal de Valparaíso
Área Salud



Es conocido que gran parte de la alta demanda que agobia a la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Van Buren proviene de pacientes que no son atendidos en los policlínicos de atención primaria. Con el objeto de analizar este problema, conversamos con el Dr. Alejandro Yáñez V., Director del Área Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso.

¿Cuál es el origen de la atención municipal en salud?

Como reseña histórica, a partir de la década de los '80 se hace el traspaso oficial de la atención primaria de salud desde el servicio de salud hacia las municipalidades. Posterior a esto se crearon las Corporaciones Municipales, cuya función es administrar la atención primaria de salud en cada comuna. Tienen la misma figura de las sociedades anónimas, con un directorio y por ley el presidente del directorio es el alcalde. Este es un ente de derecho privado, por lo tanto no está afecto a todas las regulaciones que tiene el sistema público actualmente. En Valparaíso administra doce de los catorce consultorios.

¿Cómo se financia el área de salud?

El área de salud sigue los lineamientos del Ministerio de Salud en la cosa técnica sobre las prestaciones a realizar. Se financia con el presupuesto que le envía el ministerio, que corresponde a \$ 1.500 por persona inscrita en el consultorio, más \$ 300 por los mayores de 65 años, y con ese total se debe hacer todo lo que el programa señala. Otra vía de financiamiento es la que entrega el ministerio para programas específicos y por último un financiamiento municipal, el cual varía de acuerdo a los ingresos de cada comuna.

No obstante, la situación patrimonial de la Corporación de Valparaíso es muy deficiente: después de la administración del alcalde Pinto quedó una deuda que llegaba a casi los

diez mil millones de pesos, que por negociaciones hemos rebajado a cinco mil. Con esa deuda es impresentable hacer cosas adicionales, sobre todo porque incluye deudas en las cotizaciones de los propios trabajadores. La municipalidad está muy complicada, pues tiene el problema de la pasarela y no tiene como pagarlo; entonces imagínate, si hay un juicio que está ejecutoriado y hay orden de pago, qué queda para nosotros, que somos salud municipal. Es injusto que la municipalidad se lleve la carga de lo que es un derecho del cual el Estado debe hacerse cargo.

¿Cuáles son las soluciones para esta situación?

Existe una idea, que está basada en qué es lo que funciona mejor. Por ejemplo, si se nos pregunta qué funciona mejor, el sistema centralizado o descentralizado, la respuesta es que en el caso de las corporaciones el mejor sistema, si la gestión es buena, es el descentralizado.

Respecto a los recursos humanos, una cosa es el parámetro ideal según criterio de la OMS y otro es lo que nosotros de acuerdo a nuestras necesidades debemos tener. Además, el Estatuto de Salud Municipal favorece al trabajador en términos de rigidez laboral: imposible echar a un funcionario, aunque sea malo. Y con la llegada de un alcalde nuevo vamos poniendo gente que ha trabajado en la campaña, gente que no sirve de nada en una organización rígida en que no tienes cómo echarlos.

Por otro lado, este año tuvimos una crisis y se nos fueron las horas médicas para abajo y en algún momento tuvimos cuatrocientas horas médicas faltantes, como seis jornadas completas, lo que es demasiado y la gente reclama. Con esto del AUGE hemos tenido que priorizar las actividades que tenemos que realizar. Así es que si se llenan los cupos de atención les decimos "ándate a la posta".

Hay que aclarar que no es estrictamente necesario contar con más puntos de atención, sino que lo urgente es aumentar las horas de atención. Los consultorios de Valparaíso y de todo el país tienen que atender las 24 horas. Ese es el sentido que hay que darle a la atención en salud. Sin embargo, hay que destacar que en términos económicos la demanda se hace infinita y siempre va a superar a la oferta. Además, aquí lo que importa son los indicadores duros de salud: la mortalidad infantil, la mortalidad por enfermedad respiratoria, la mortalidad cardiovascular. Si eso mejora, entonces estamos bien. Esto se justifica de la siguiente manera: Si yo me dedicara a atender morbilidad, es decir dolencias que no tienen riesgo vital, repercutiría deteriorando los indicadores de salud. Se estaría atendiendo morbilidad a costa de la salud de la población, por lo tanto el sistema ha priorizado adecuadamente.

¿La Corporación Municipal difunde información a los usuarios sobre el problema de salud local?

Yo celebro tu entusiasmo en cuanto a la expectativa

de que la gente entienda el problema, presuntamente no es tan así. Ahora la comunidad se organiza en torno a distintas circunstancias, como los Consejos Locales de Salud, cosa que yo no tengo claro cuál es el grado real de representatividad que tienen dichos consejos; cuando eligen la directiva hay más candidatos que votantes, entonces hay que tener cuidado también con eso.

Considerando la situación económica que hoy tiene Chile, ¿sería posible un aumento del dinero per cápita que supere los \$ 1.500 que actualmente el ministerio otorga?

No creo, sería un gran error, porque con el tiempo la plata se acaba. El periodo que vivimos actualmente, con el cobre a 3.5, sabemos que tiene fin, entonces este excedente tiene que ser calendarizado en cosas que no signifiquen flujo de gasto permanente; si hubiera una remuneración con esa plata sería perjudicial. ■



Dr. Patricio Weitz

Jefe de la Unidad de Emergencia Adultos · Hospital Carlos Van Buren

Desde la perspectiva de un profesional con vasta experiencia en la Unidad de Emergencia de Valparaíso, el Dr. Patricio Weitz, expresa su postura frente a la evolución del sistema de atención pública.

¿Desde cuándo comenzó en la Unidad de Emergencia?

Desde febrero de 1973, en el último concurso antes del Gobierno Militar.

¿Cómo era el contexto de la Unidad de Emergencia en ese tiempo?

En aquél entonces se ocupaba el edificio de Oncología, habían tres cirujanos, un internista, no había anestesiólogo, ni traumatólogo. La demanda era de 180 atenciones en el día, lo cual hoy ha cambiado, pues hemos llegado a tener alrededor de 600 atenciones al día; sin embargo la diferencia es que ahora tenemos más personal para atenderlos.

¿Cómo describiría usted la evolución que ha tenido la Unidad de Emergencia?

Los grandes cambios fueron por ejemplo obtener mayor número de personal, así como también el diseñar y potenciar un plan de emergencia ante cualquier catástrofe, el cual nos ha funcionado muy bien cada vez que lo hemos necesitado. También hemos cambiado en el sentido de que, por ejemplo, el nivel de la violencia, los accidentes de tránsito han aumentado considerablemente, así como también llegan muchos pacientes con problemas que requieren asistencia de neurocirugía. Por otra parte, en el momento que los policlínicos se hicieron municipalizados, los pacientes incrementaron, ya que se presentó una notable escasez de médicos en los policlínicos. Ante esta situación, nosotros hemos promovido las charlas en las juntas de vecinos con el objetivo de que la comunidad comprenda el sistema y sepa a quién debe recurrir de acuerdo a su necesidad. Sin embargo, la gente sigue asistiendo en gran cantidad al hospital, pero nosotros tenemos que comprender y atender a estos pacientes de todas maneras, aunque no sean necesariamente pacientes de urgencia.

¿Qué opina sobre la problemática de la red de atención pública?

Estamos concientes de este problema, por lo tanto hemos tomado ciertas iniciativas como realizar cursos con la red de urgencia del Servicio de Salud a doctores extranjeros. Esto no dio muchos frutos, puesto que esos doctores emigraron a otros centros de salud o bien se trasladaron al ámbito privado. No obstante, es importante destacar que nosotros nunca hemos suspendido la atención de urgencia. Lógicamente esto significa que el proceso no sea tan rápido, pero contamos con un adecuado sistema de priorización ante la gran demanda que existe.



Dra. Beatriz Bueno

Directora Hospital Carlos Van Buren

En conmemoración de los 100 años de la Unidad de Emergencia, la Dra. Beatriz Bueno, Directora del Hospital Carlos Van Buren, comunica a toda la comunidad médica de la Región de Valparaíso, la visión del hospital que actualmente dirige, frente a temáticas como la atención pública y proyecciones de mejoramiento para el hospital.

¿Cómo vive el Hospital Carlos Van Buren los 100 años de la Unidad de Emergencia?

Cumplir 100 años da la posibilidad de poder ver la evolución de lo que ha sido parte de la historia de la Salud Pública de nuestro país, estamos hablando de una Unidad de Emergencia que ha tenido que vivir distintos procesos, y ha debido adaptarse a nuevas realidades demográficas y epidemiológicas que va adquiriendo el país. Además esta Unidad de Emergencia ha debido flexibilizar su actuar para poder dar mejor respuesta a la población. Hoy, la Unidad de Emergencia de adulto en toda la red pública constituye una de las puertas de entrada a un hospital de alta complejidad, como el Carlos Van Buren, que tiene aproximadamente 500 consultas, 40 hospitalizaciones diarias, por lo tanto, ingresan a través de esta unidad el 80% de los pacientes que se hospitalizan.

¿Cómo enfrentan el problema con la red asistencial?

Nosotros básicamente buscamos dar respuesta a las necesidades de la población, siempre enfocados en contribuir a mejorar su salud. Indudablemente hay grandes desafíos para la red de atención, tanto pública como privada. Esto significa que hoy debemos modificar nuestra estrategia de modo que nos permita abrirnos hacia la comunidad e interactuar en forma dinámica y permanente con ellos. El 40 % de las patologías que se atienden en la Unidad de Emergencia son perfectamente solucionables en otros niveles de la red y eso significaría poder focalizar mejor los recursos hacia los pacientes que tienen mayor riesgo.

¿Cómo se está trabajando en estas estrategias?

Nosotros presentamos un planteamiento a la Dirección del Servicio del Ministerio para ver cómo mejorar las condiciones de la unidad de Emergencia actual, que son bastante deficientes, sobre todo en infraestructura. Nosotros lo licitamos y ya está adjudicada, lo cual ayudará también a la normalización del hospital. En los próximos meses tendremos un mejoramiento del hábitat de la Unidad de Emergencia, donde vamos a poder modificar los flujos de atención y también replantearnos cómo va a ser nuestro modelo de atención a nuestros usuarios.

¿Cómo es la respuesta de las autoridades?

Las relaciones con las autoridades tienen un mismo fin, que es velar por el bien común de toda la población, y en eso nos hemos sentido apoyados. Así lo sentimos, por ejemplo, cuando nos aprobaron el proyecto de infraestructura en la Unidad de Emergencia. Sin embargo es importante aclarar que esto no es responsabilidad única de las autoridades, sino que también se necesita el respaldo de todo el equipo de salud y la comunidad.

En Conclusión...

Pareciera que existe un divorcio en el modo que los distintos actores, perciben una misma realidad o hasta un mismo concepto, por ejemplo gestión, y mientras no se pongan de acuerdo no se vislumbrará (lo que para algunos es una situación cómoda y barata) una solución acorde a las necesidades de los que más sufren.

¿Qué es lo que falla? ¿El modelo?

Se suponía que la reforma de la salud vendría acompañada de un fortalecimiento de la atención primaria de salud y no hablemos de los centros de salud familiar que a juicio del director de la Corporación Municipal de Salud de Valparaíso no son un aporte significativo, tampoco una solución de fondo sería implementar más S.A.P.U. (Servicio de Atención Primaria de Urgencia). No, una salud primaria firme tiene que estar sustentada en lo más básico e importante de nuestra profesión: la relación médico – paciente. Para eso lo primero que tiene que haber son más médicos en la ecuación y en un número adecuado a las necesidades establecidas por la O.M.S. y no por un contador encerrado en alguna oficina.

Pensemos ahora cómo puede haber confianza en un médico mal pagado, que permanece poco tiempo (migra a la municipalidad de el lado o al extrasistema), que no tiene una estructura para seguir aprendiendo, que no tiene al alcance la tecnología para ser resolutivo de una forma oportuna. Todo esto en su conjunto no permite que el paciente confíe en su médico, cuando tiene la escasa oportunidad de encontrarlo.

Pero el problema del paciente y la frustración que pesa más que una mochila con piedras tiene que ser descargada



en alguna parte y qué mejor que la "Posta" y el médico que lo hizo esperar más de 3 horas. Entonces el vaso se rebasa y cuál es la forma en la cual el gestor del hospital resuelve el problema? Fácil: "El que no le gusta se va". Lo más penoso es que muchos se van.

Tratar de resolver todo lo anterior significa aumentar el gasto en salud y aquí aparecen los iluminados con M.B.A. o sin M.B.A. que confunden buena gestión con ahorro. Bien por ellos, mal por los pacientes. Pero en este punto tampoco reacciona la autoridad pues es más fácil no darse cuenta del problema y dejar el peso de la responsabilidad en un ente que no tiene de donde sacar recursos a pesar que la desmunicipalización de la salud fue bandera vendida en más de una elección.

Lo que realmente mantiene a la unidad de emergencia y esperamos que la mantenga 100 años más es la MISTICA, concepto no dimensionado ni menos cuantificado por los "gestores", que nace a partir de las enseñanzas de los que tienen más experiencia y de la cual se nutren los que dan sus primeros pasos en la atención de urgencia. Ahí templados en el esfuerzo de la lucha constante contra el "monstruo", se forjan lazos que duran toda una vida (mal que mal por cada año trabajado se pasan 60 días "hospitalizados"), se aprenden conceptos como lealtad, equipo, sacrificio, humildad y respeto, que no son meros adornos de una vitrina o pared sino que se transforman en armas a la hora de tratar de resolver los problemas que en la mayoría de los casos le correspondía una solución en otro lado. ■

Dr. Guillermo Arístides F.





DR. MARIO SCHIAFFINO IGLESIAS

1929-2007

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. Se apasionó con la política estudiantil y el deporte, dedicando poco tiempo a los estudios. Luego de repetir los dos primeros años, su padre lo puso en la disyuntiva de cambiarse a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en Santiago, o irse a trabajar de minero.

Luego de elegir la primera opción, se trasladó nuevamente a Santiago, donde asumió su responsabilidad como estudiante, cumpliendo con las exigencias y dedicación que los estudios requerían. Durante su internado trabajó en el Hospital Militar, y se casó antes de recibirse con María Mercedes Luna Cartagena, a quien había conocido en Concepción. Se tituló de médico-cirujano en 1956, mismo año en que nació su primera hija, María Pía. La familia se completaría posteriormente con Mario y Juan Pablo.

Su tesis de grado fue "Uso de un test de inteligencia y otro de neuroticismo en la selección de candidatos a ingreso en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile", aprobada con el máximo puntaje y posteriormente publicada en el Journal of Medical Education, en Enero de 1958.

Realizó su beca de formación en Medicina Interna durante 3 años en la Cátedra del Dr. Rodolfo Armas Cruz, en

el Hospital San Juan de Dios, donde ejerció también como Ayudante 2º en la misma Cátedra, iniciando una vocación docente que mantendría toda su vida. Quedó muy motivado por la medicina psicosomática, por lo que fue destinado al Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, donde existía Servicio de Psiquiatría. Sin embargo, finalmente no se dedicó a esta disciplina y siguió trabajando como médico internista.

En 1963 asume en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, donde se requiere un neumotisiólogo. Por ello, acude nuevamente al Hospital San Juan de Dios, donde fue recibido por los doctores Victorino Farga y Edgardo Carrasco, con quienes realiza una estadía de formación en Neumotisiología y Enfermedades Alérgicas.

Posteriormente desempeña su cargo en Valparaíso, y en forma paralela, sus actividades docentes en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, sede Valparaíso. Estuvo muchos años a cargo de los Cursos de Medicina Interna y de la Unidad de Fisiopatología Respiratoria y también hizo clases en las Escuelas de Odontología y de Enfermería.

Fue un gran profesor, con una intensa capacidad de trabajo, un inagotable entusiasmo y una permanente innovación. Muchas generaciones de médicos recuerdan con cariño sus amenas clases, en las que creaba una atmósfera especial, en que mantenía "cautivo" al auditorio, interactuando con los alumnos con gran creatividad. Entre los temas que más lo entusiasmaban estaba la lucha contra el tabaquismo, la tuberculosis y el SIDA. Para entusiasmar a los estudiantes desarrolló conceptos tales como "Tabaquismo: enfermedad hereditaria y contagiosa", enseñando a sus alumnos mediante un paralelo con lo que ocurría con la tuberculosis. La reflexión que buscaba

en el alumno con este tipo de estrategias constituye lo que hoy conocemos como aprendizaje significativo. Una metodología docente adelantada para la época.

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. Siempre mantuvo su condición de Médico Internista y destacaba por su perfeccionismo en la confección de las historias clínicas. Nos enseñó a saludar con un buen apretón de manos, mirando a los ojos y a preocuparnos principalmente por la persona más que por la enfermedad. Y de esa forma ejercía, ya que sus pacientes lo recuerdan como un amigo, que parecía tener todo el tiempo del mundo para escucharlos. Como alguien que era capaz de prescribir con toda seriedad un "Pacientil" y un "Aguantol", cuando la enfermedad era autolimitada y solamente había que esperar con paciencia. Como alguien que los llamaba después a su casa para saber como habían evolucionado.

En su vida profesional buscó siempre la aplicación correcta del conocimiento, y le preocupaba la falta de evidencia científica que avalara el uso algunos fármacos con alta prescripción, como los mucolíticos. Por ello, fue un defensor vehemente de los "vahos de manzanilla", que tendrían este efecto, con un menor costo y sin efectos colaterales. Su teoría la defendió brillantemente en las recordadas controversias sobre el tema en el Congreso Chileno de Enfermedades Respiratorias en 1993.

Fue un activo participante en la Sociedad Médica de Valparaíso y en la Sociedad Médica de Santiago. Se incorporó también al American College of Chest Physicians, así como a la Academia de Medicina de Buenos Aires, entre otras. Participó en numerosos cursos de perfeccionamiento, como alumno y como profesor, así como en cursos de extensión a la comunidad. En esto último dedicó mucho tiempo, participando en cursos organizados por la Comisión Tabaco o Salud, del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, en los que difundía, de manera inigualable, los peligros del Tabaquismo.

Fue también un precursor en la incorporación de nuevos tratamientos. Así, fue uno de los primeros en la Región de Valparaíso en realizar tratamientos de inmunoterapia a los pacientes alérgicos y también uno de los primeros en dejar de hacerlos por el desencanto internacional.

En realidad su vida fue dedicada a la medicina. Su

hija recuerda que cuando eran chicos iban todos los fines de semana y en las vacaciones a Algarrobo. Rápidamente entre la población se divulgó que había médico los fines de semana, y hacía un verdadero policlínico todos los domingos, en la pieza de los niños. Ellos debían levantarse temprano, para dejar que el papá atendiera a gran cantidad de lugareños. Cuando le llevaban niños enfermos, los derivaba en interconsulta a la Marujita, su señora, que con sus conocimientos de mamá y nutricionista resolvía habitualmente el problema.

Los enfermos no pagaban con dinero, pero siempre le llevaban regalos: pescados, mariscos, frutas, etc. Según sus hijos, el Papá era dichoso y disfrutaba este trabajo diferente de los domingos en la mañana.

En realidad él fue una persona que disfrutaba lo que hacía, hacer el bien. Que disfrutaba de su familia, y cada vez que podía se reunía con ellos.

Su ejercicio profesional lo llevó en 1971 a la Jefatura del Servicio del Área Valparaíso San Antonio, siendo uno de sus logros la transformación del Sanatorio Valparaíso en Hospital con Servicio de Medicina Interna. Posteriormente fue nombrado Sub Director Médico del Área y finalmente Director del nuevo Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en 1980, jubilando en 1982.

Sin embargo, no se retiró de la docencia. Por el contrario, preocupado por la tecnificación de la medicina y el efecto que estaba teniendo en las nuevas generaciones, abrazó el lema de la humanización de la medicina, participando desde 1997 en la Oficina de Educación Médica y luego en el proceso de Innovación Curricular en la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, heredera de la sede de la Universidad de Chile. Este tuvo como uno de sus objetivos principales potenciar el desarrollo de contenidos de medicina humanista en la malla curricular.

Como parte de este proceso, participó en la creación de talleres de reflexión vocacional para alumnos de Primer Año de la Escuela de Medicina, con la importante colaboración de la Dra. Vilma Armengol, y talleres de capacitación para profesores que se incorporaban a la docencia.

El Dr. Mario Schiaffino Iglesias fue un hombre ejemplar. Aunque lamentamos profundamente su partida cuando aún tenía mucho que entregar a sus familiares, alumnos, pacientes y colegas, debemos estar felices de haber tenido el privilegio de compartir con una persona de grandes virtudes, que mejoró las vidas de muchas personas. ■

Dra. Mónica Gutiérrez C.

¿Para qué sirve el Código de Ética del Colegio Médico?

Los códigos de ética (también llamados deontológicos, o de ética profesional) son documentos que recogen un conjunto más o menos amplio de criterios y normas de comportamiento de carácter moral, que formulan y asumen el compromiso de seguir, quienes llevan a cabo una determinada actividad profesional. A diferencia de los códigos de conducta que a veces regulan los aspectos más formales, concretos y superficiales de un determinado ejercicio laboral (como hábitos de trabajo, trato hacia las personas, indumentaria, horarios, etc.), los códigos deontológicos como es el Código de Ética del Colegio Médico abordan los aspectos más sustanciales y fundamentales de un ejercicio profesional, es decir, aquellos que conforman o entrañan su específica dimensión ética. Por esto mismo, este tipo de códigos son más necesarios en aquellas actividades laborales en las que el profesional dispone de un mayor margen de decisión personal al realizar su labor y asume una mayor responsabilidad por la índole de su cometido y los efectos que éste tiene para otras personas como es el caso de la profesión médica.

DEFENSORES Y DETRACTORES DE LOS CÓDIGOS DE ÉTICA

Existen diferentes opiniones respecto a la utilidad de los códigos de ética. Una reflexión sobre las ventajas y limitaciones de los códigos de ética puede contribuir a comprender que es lo que podemos esperar de ellos y sus limitaciones.

Sus detractores insisten en que las personas establecen su propio sistema de valores desde que son muy jóvenes, por lo que cualquier esfuerzo para modificarlos es inútil. Además sostienen que las decisiones en el campo de la ética son relativas y muy dependientes de las circunstancias. Y además, estas últimas serían tan variadas y complejas en Medicina que ningún código podría considerarlas a todas.

Además, se ha objetado que los códigos deontológicos sólo sirven para mejorar la imagen pública de un determinado grupo profesional, como un simple ejercicio de relaciones públicas. Y es cierto que en ocasiones se han convertido más en una cuestión de estética que de ética.

Los defensores de los códigos de ética sostienen que cuando se promulga uno, se haga sinceramente o no, se está reconociendo públicamente que su actuación tiene una dimensión ética, lo que constituye un progreso.

Desde ese momento sabemos que en una determinada actividad hay implicados aspectos morales que reconocen incluso quienes la llevan a cabo. Y al tratarse de una función social, ese reconocimiento faculta al resto de la sociedad a reclamar con mayor fuerza si cabe el cumplimiento de ese compromiso moral.

Los códigos deontológicos contribuyen pues de manera fundamental a crear y afirmar una conciencia moral colectiva dentro de la profesión. Junto a los conocimientos técnicos, frente a las exigencias económicas, están también las normas y los principios morales de la profesión. A partir de ahora esas normas éticas pueden o no ser cumplidas, pero lo que ya no pueden es ser ignoradas sin más.

Además, sus defensores señalan que los valores pueden aprenderse en todo momento y un código puede acoger los aspectos morales fundamentales de la actividad profesional y de ellos derivar recomendaciones para ser aplicadas en distintas circunstancias. Por estos últimos motivos los códigos de ética médica constituyen hoy en día una herramienta útil en aras de la construcción de hábitos profesionales acordes con las normas morales socialmente aceptadas. Frente a los escándalos que ocurren con cierta regularidad y que son profusamente destacados por los medios de comunicación de masas, el tema del código de ética se muestra como una respuesta adecuada. ¿En qué se beneficia la profesión con el hecho de tener un código ético?

La primera utilidad que conlleva el contar con un código deontológico es que supone el reconocimiento público de la dimensión ética de la profesión. En nuestras sociedades capitalistas y tecnológicas los valores del éxito económico y la eficacia técnica tienen una posición social preferente. Los profesionales suelen otorgar a los aspectos técnicos, estratégicos y económicos de su actividad una atención casi exclusiva que hace que los aspectos morales queden relegados a un segundo plano o sean simplemente ignorados. A menudo concebimos el buen profesional como un experto con gran dominio técnico en su trabajo profesional y además capacitado para obtener un elevado rendimiento económico de su actividad. La dimensión ética suele estar ausente de esta imagen de lo que debe ser un buen profesional. Si pensamos que con este código se beneficiarán desde los pacientes hasta los propios médicos, pasando por los proveedores de salud, ya merece la pena tenerlo.

El Colegio Médico, como cualquier otra organización de personas, no sólo es un conjunto de bienes materiales dispuestos para la producción de unos resultados. Las personas que lo integran reciben mensajes sobre la forma de ser del colegio y a su vez, con su actuar y con su forma de relacionarse con los pacientes, y demás, transmiten esa cultura ética hacia el exterior. Los códigos de ética son una herramienta de gestión que permite definir y mantener de manera homogénea la cultura corporativa que el colegio quiere transmitir como su señal de identidad.

Además, debido a que la ambigüedad en cuanto a lo que es ético puede convertirse en un problema para los médicos, los códigos de ética son una respuesta para reducir esa ambigüedad. Un código de ética es un documento formal que establece los valores principales del colegio y las reglas éticas que espera que sus colegiados sigan. Plantean y explican cuál es la cultura corporativa en este campo de acción. Eso sí que los códigos deben ser lo bastante específicos para mostrar con claridad el espíritu bajo el cual deben hacerse las cosas.

Actualmente el Código de Ética es el medio más extensamente utilizado de auto-control ético del profesional en el campo de la Medicina en todos los países.

CÓDIGOS DE ÉTICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL

La falta de contenidos de Ética Médica en los programas de muchas de las escuelas de Medicina ha terminado por afectar también al proceso de formación de los futuros médicos, ya que por lo general los programas de pregrado otorgan a los problemas éticos una escasa o nula atención. Se considera que un licenciado en Medicina debe dominar o al menos estar familiarizado con los conocimientos teóricos y las tecnologías asociadas a su profesión; pero seguramente no se habrá planteado a lo largo de todos sus estudios los problemas éticos de esta actividad. Los futuros profesionales se forman desconociendo casi por entero las implicaciones éticas de su actividad, aquella a la cual van a dedicar en adelante la mayor parte de su tiempo. Y tampoco el entorno laboral y profesional en el que se integran favorece en la mayoría de los casos la toma de conciencia de las implicaciones éticas de su trabajo.

Debido a lo anterior es necesario destacar qué hoy debemos entender por profesional: ser alguien capaz de hacer algo técnicamente irreprochable pero también capaz de tener muy presente la dimensión moral de esa misma acción.

El médico es un profesional que cada vez más trabaja rodeado de gran variedad de recursos técnicos y además en todo momento debe considerar la dimensión moral que tienen sus decisiones. Es necesario estar consciente que el trabajo actualmente se hace cada día más técnico y sujeto a rutinas y exigencias económicas que tienden a deshumanizarlo y a hacer perder de vista su dimensión personal. Esta va a ser la primera e importante función de los códigos deontológicos: permiten reconocer y asumir que el ejercicio de una profesión conlleva una serie de valores y obligaciones morales que deben acompañar y guiar su desempeño.

Pero no basta contar con un código, también se requiere de un instrumento que vigile su adecuado cumplimiento. Ese instrumento es el Tribunal de Ética.

¿PARA QUÉ SIRVE EL TRIBUNAL DE ÉTICA?

La eficacia del Código de Ética depende en mayor grado de si la autoridad del colegio lo apoya y de cómo se

trata a los médicos que transgreden esos códigos.

A nivel del Tribunal de Ética a menudo se reciben reclamos que más bien se refieren a aspectos técnicos de la actividad médica y que no son fallas a la ética profesional. Corresponde a los jueces que componen el tribunal, distinguir los unos de los otros. En cambio, otros reclamos son faltas flagrantes a la ética y que están explícitamente consignadas en nuestro código.

En este aspecto hay que distinguir que la moral designa el campo de las normas, de lo permitido y lo prohibido, y por otra parte, el sentimiento de obligación del sujeto hacia ellas.

Esto implica:

- Existencia de normas que están expresamente definidas en el código.
- Sujeto responsable de sus actos. En este caso el médico tratante.

Una acción es moral si implica el bien de la sociedad como un todo o del paciente que recibió la acción. Considerando este aspecto, en general las conductas pueden ser clasificadas en tres categorías diferentes:

1. Conductas morales: Si reflejan los valores de la persona o de la sociedad. Tal como no ocultar la verdad al paciente.
2. Conductas inmorales: Si van en contra de los valores de la persona o de la sociedad. Tal como engañar al paciente.
3. Conductas amorales: Si no están comprometidos los valores o las normas sociales, tales como son los aspectos técnicos.

Puede constituir una complicación quirúrgica, habiéndose respetado el protocolo respectivo.

Una vez que el tribunal ha definido a cual de estos tres grupos pertenece la conducta planteada se revisan los artículos pertinentes de nuestro código y se decide lo que corresponde en justicia. Esta función del Tribunal tiene a su vez tres dimensiones: informativa, argumentativa y de aprendizaje.

En nuestras sociedades han crecido las dificultades para que la conciencia moral de los individuos pueda llegar por sí sola a determinar las normas que deben guiar su actividad profesional. Es posible que antes, cuando el nivel de complejidad y especialización era menor, bastase con el sentido común para aplicar los valores y normas morales generales a una esfera de actividad específica.

Pero hoy las cosas no siempre son tan sencillas y puede ser arriesgado dejar estas cuestiones exclusivamente en manos de la conciencia de cada profesional. Por este motivo cada vez es más necesario contar con un Tribunal que decida ante diversas situaciones.

Se puede decir así que la labor del Tribunal cumple también una función argumentativa, al proveer los fundamentos que tuvo para tomar una decisión determinada. Además, es necesario tener presente el carácter pedagógico de los castigos que aplica el Tribunal ante la falta de cumplimiento de la norma por el hecho comprobado que la despenalización multiplica la infracción.

Por estos motivos, contar con un Código de Ética y además con la función del Tribunal de Ética constituye una necesidad en la profesión médica. ■

Dr. Fernando Novoa S.



Pasillo del Hospital



Vista aérea del Hospital de Quilpué, 1960.



Servicio de Asistencia Pública



Acceso a Pensionados

Centros Hospitalarios

Hospital de Quilpué Creciendo a través de la historia

El Hospital de Quilpué, inició sus actividades en abril del año 1964, en el edificio que otrora fue construido originalmente como casa de reposo. Comenzó bajo la administración del Hospital de Peña Blanca ofreciendo servicios de posta de primeros auxilios. No obstante, con el pasar de los años, se fueron incorporando nuevas especialidades como las unidades de Neonatología y Ginecología. También se sumaron más enfermeros, pabellones quirúrgicos, banco de sangre, esterilización y en menos de dos años ya se contaba con médicos permanentes en el hospital.

En junio de 1964 se inauguró oficialmente el Hospital de Quilpué, siendo su primer director el Dr. Ramón López Vargas, también director del Sanatorio Juana Ross de Edwards, actualmente conocido como Hospital de Peña Blanca.

Inicialmente contaba con los servicios de Medicina, Maternidad, Aislamiento, la Posta de Primeros Auxilios y una matrona de turno. El establecimiento estaba destinado para atender a cerca de 40.000 habitantes, puesto que siempre existía la necesidad de complementar muchas de las atenciones con el hospital Gustavo Fricke y el Hospital de Peña Blanca.

Este hospital, comenzó con un diseño básico que consistía en tres bloques que se interconectaban por medio de rampas, para cubrir el área administrativa, urgencia y Pediatría. Tiene tres sólidos pisos, los cuales han soportado las inclemencias del terremoto del 85.

En 1966 ingresó un grupo de cirujanos, quienes organizaron el Servicio de Cirugía, Pabellón Quirúrgico,

desarrollando sus primeras intervenciones con anestesia general. Posteriormente, con la llegada de cirujanos post becados, esta área del hospital tomó un paso seguro y decidido.

Los próximos avances se materializaron en la ampliación del Servicio de Esterilización, el Banco de Sangre, aumentó la batería de exámenes de laboratorio. Todo fue logrado gracias al apoyo de los profesionales, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio y servicios generales.

Cabe destacar de este centro de salud su rol pionero en Cirugía Laparoscópica, siendo además un buen campo de entrenamiento para jóvenes médicos. El desarrollo del establecimiento queda marcado principalmente por las áreas quirúrgicas como de urgencia y la Cirugía Ambulatoria.

Respecto a su planta de médicos, el Hospital de Quilpué cuenta con algunos profesionales que complementan su trabajo tanto en Viña del Mar como en Quilpué, sumando una dotación de aproximadamente 80 médicos, todos posbecados y con especialidades. A pesar de que no todos están jornada completa, muchos de ellos permanecen en la institución, lo que significa preocupación por mejorar la calidad del servicio. Ante esto el actual Director del Hospital, Dr. Jorge Cabezas, afirma: "Sabemos que el problema no pasa sólo por la escasez de médicos, sino que por la existencia de una sobre demanda. Hoy el enfoque está fuertemente dirigido a las

personas y las personas están más informadas y exigen a los establecimientos una respuesta oportuna y de calidad."

En la formulación de la historia de este hospital, la comunidad siempre ha sido activa, y eso se potencia a través del Concejo de Desarrollo, instancia en la cual los usuarios y personal médico han efectuado actividades en conjunto, logrando mejorías en diversas áreas, lo cual se difunde anualmente en la cuenta pública y en la participación de la planificación estratégica.

Dentro de los desafíos, están por ejemplo gestionar la realización de una óptima unidad diagnóstica, una cantidad de camas adecuada para la demanda de pacientes, lo cual es necesario para conseguir enmarcarse dentro de la propuesta del Servicio de Salud Viña-Quillota de contar con niveles de desarrollo de alta complejidad en el sector a cargo.

No obstante las necesidades que pueda presentar actualmente, este Centro Hospitalario pretende dar cuenta de un hospital de mayor complejidad, con la capacidad de autogestionarse y de establecer alianzas estratégicas con otras entidades, además de ser un centro formador que se dedique a la investigación, al desarrollo del recurso humano y a una gestión que implique mejorar la calidad de vida de sus usuarios. ■

Paola Quezada Q.
Agradecimientos a:
Dr. Jorge Cabezas M.

El pasado viernes 30 de noviembre se celebró el Día Internacional del Médico, contando con la participación de gran parte de los profesionales colegiados del Regional Valparaíso. En esta especial ocasión se realizó una premiación a los médicos con 50 y 25 años de ejercicio profesional. También asistieron al evento las esposas de destacados médicos fallecidos.

CELEBRACIÓN DÍA DEL MÉDICO



Dr. Luis Simoneffi, Mónica Quintana, María Mosca y Dr. Ramón Staforelli.



Dr. Hernán Lillo y Clara de Lillo.



Dr. Raúl Cárdenas y Carmen Gloria Testart.



Dra. Ursula Pulgar y Dr. Guillermo Arístides.



Vania Karlezi y Dr. Carlos Alonso.



Dr. Kenneth Jones y Janet Jones.



Dr. Ricardo Shinya, Ilda Molina, Dr. Pedro Santander y Dr. Germán Kuhlmann.



Dr. Oscar Castro y Luz del Carmen Pino.



Dr. Enrique Espinoza, Inés María Pino, María Consuelo de Ruiz y Dr. Jorge Ruiz Knaack.



Dr. Juan Idiáquez y Lili Ríos.



Ximena Abarca, Dr. Carlos Elgueta, Vivian Valle y Dr. Aldo Cañete.



Dr. Lorenzo Merello, Teresa Bastías y Dr. Iván Sobarzo.

CELEBRACIÓN DÍA DEL MÉDICO



Dr. Julio Urrutia y Dra. María Eugenia Escobar.



Dr. Cristian González y Erika Aguirre.



Laura Silva de Rojas, Teresa de Jackson, Olga de Watt y María Angélica de Maiocchi.



Luisa de Giacaman, Adriana de Robson, Adriana de Zumaeta, Nany de Orrego e Irma de Weitz.



Jorge Gaete, Dra. Beatriz Bueno y Dr. Miguel Desmond.



Dr. Víctor Nazer, Darina Quintana, Dra. María Elisa León y Dr. Jaime Goya.



Premiación Médicos 25 años.



Odetta Quezada y Dr. Patricio Cancino.



Juani Sanhueza y Dr. Juan Bombin.



Dr. Enrique Wegmann y Dra. Judith Contreras.



Premiación Médicos 50 años.

DR. GUSTAVO FIGUEROA C. Maestro de la Psiquiatría



"Un profesor es el que te enseña, un maestro es del que aprendes", decía con sabiduría el versado Aristóteles. Y es que el oficio de enseñar es un ejercicio de inmortalidad: nadie puede predecir dónde acabará su influencia. Y es que los maestros virtuosos hacen la obra humana más bella y percedera porque en su entrega, no sólo otorgan la capacitación y las herramientas para un desempeño profesional; sino que también templan el espíritu para afrontar las vicisitudes de la existencia. Mas, "una cosa es saber y otra saber enseñar" como declaraba Cicerón al aludir a la esencia de la maestría. Estas son algunas reflexiones que evocan cabalmente al hoy homenajeadado Maestro de la Psiquiatría Chilena, Profesor Doctor Gustavo Oscar Figueroa Cave.

El Profesor Figueroa Cave, hijo de Lily y Oscar y menor de dos hermanos, nace en Valparaíso y efectúa su Beca de Especialización en Psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, entre 1965 y 1968. Durante esos años recibe la influencia de los Directores de la Clínica, Profesores Doctores Ignacio Matte, Hernán Davanzo y Armando Roa.

En aquella época fueron docentes una serie de psiquiatras que posteriormente alcanzaron una notoria relevancia, tanto en la Universidad de Chile como en SONEPSYN: Mario Gomberoff, Aníbal Varela, Guido Solari, Max Letellier, Sergio Peña y Lillo, Rafael Parada, Leonardo Muñoz, Julio Dittborn, Fernando Oyarzún y Juan Marconi. En ese período de adiestramiento asiste a los seminarios filosóficos para psiquiatras sobre Heidegger, Ortega y Gasset y Xavier Zubiri, a cargo del Profesor Francisco Soler.

Desde 1968 hasta 1974 se desempeña como psiquiatra clínico en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar y hasta 1980 en el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso. En 1974 contrae matrimonio con Ximena Alamos Alamos. Simultáneamente, desde 1968 hasta la actualidad se integra al Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile, que desde 1981 se independiza como Universidad de Valparaíso. A partir de 1971 se convierte en su Director, sucediendo en tal cargo al Profesor Julio Dittborn, jerarquía que ha mantenido hasta el día de hoy, y, desde 1976 comienza la formación de más de 50 especialistas en Psiquiatría de Adultos hasta la fecha. A contar de 2006 al presente, es integrante y presidente de la Comisión Nacional de ASOFAMECH para la instrucción de Especialistas en Psiquiatría de Adultos.

Entre 1974 a 1976 realiza una Beca de Investigación por la Fundación Alexander von Humboldt en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg, bajo la dirección del Profesor Dr. Hubert Tellenbach. En su estadía participa en los seminarios filosóficos de Hans-Georg Gadamer y Michael Theunissen. En 1986 revalida este Postgrado, bajo la dirección del Profesor Dr. Hermann Lang.

Sus corrientes de investigación han girado en torno a las siguientes temáticas: psicoterapia de orientación psicodinámica, antropología psiquiátrica (fenomenología, análisis existencial), fundamentos de la psiquiatría, bioética, psiquiatría y arte y psicopatología. El Profesor Figueroa posee una larga y prolifera lista de publicaciones en prestigiosas revistas científicas, tales como la Revista de Neuro-Psiquiatría, a cuyo comité editorial pertenece, la Revista Médica de Chile y de Valparaíso, la Folia Psiquiátrica, la Revista de Psiquiatría, Focus on Depression and Anxiety, la revista Trastornos del Ánimo, la Revista de Ciencias Sociales, la revista Actualización en Psiquiatría y Psicología Clínica, Anuario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, de la cual en las dos últimas ha sido co-editor, y ha escrito numerosas reseñas, traducciones y capítulos de textos, en la Editorial de la Universidad de Valparaíso, la Sociedad Chilena de Salud Mental, SONEPSYN, Mediterráneo, de cuya primera monografía nacional sobre los trastornos alimentarios, es co-autor y co-editor.

Lector incansable, germanófilo, adicto al auténtico café y a las medias lunas argentinas, gran cinéfilo y particularmente aficionado a Ingmar Bergman; destacan en él su sorprendente memoria de archivador metódico, su amena forma de desarrollar las ideas y entregar información con palabras entretenidas e ingeniosas, que suscitan un estimulante interés e inspiradora fascinación, su notable capacidad de tolerancia, su austeridad, su prudencia, su discreción, honestidad y modestia.

Él recuerda con cariño la siguiente anécdota: A poco de ingresar en la beca le presentó un paciente al Profesor Ignacio Matte y, haciendo ostentación de su conocimiento de Jaspers, le manifestó respecto a un indicio psicopatológico "esto es un síntoma fenomenológicamente último". Él lo miró con comprensión y le respondió: "está muy bien, pero ¿y cuál es su tratamiento?" Desde entonces, confiesa con bochorno, se esforzó profunda y sistemáticamente en leer a Freud y a Melanie Klein.

Gustavo, a tí que nos has guiado con cariño y borrado con inagotable paciencia nuestra ignorancia, que nos has visto crecer, que nos has brindado tu valiosa amistad, a tí que nos has respetado, que nos has regalado una chispa de tu intelecto, parte de tu inapreciable tiempo y que has confiado en nuestro aprendizaje, tus discípulas y discípulos queremos agradecer infinitamente tu inestimable contribución a nuestra enseñanza y tu precioso e imborrable legado como ser humano.

Con orgullo de porteños de la Quinta Región proclamamos ¡Felicitaciones Profesor Figueroa por tan merecida distinción!

Dra. Rosa Behar A.

Viña del Mar, diciembre de 2007

Señor
Juan Eurolo M.
Presente

Estimado Juan:

Hay profesionales que se transforman en mucho más que alguien que nos presta un servicio. Son parte de nuestra familia y confidentes de muchos de nuestros problemas, entregándonos siempre un sabio consejo que nos hace sentir mejor, no sólo de salud, sino, muchas veces, espiritualmente.

Usted, como médico, representa a esa persona que está en las buenas y en las otras ocasiones, por lo que al celebrarse el Día del Médico, este 03 de diciembre, deseo reconocer su aporte en bien de las familias de Viña del Mar y destacar su esfuerzo para hacer de esta ciudad bella un lugar más saludable donde vivir.

Como alcaldesa y amiga, estoy segura que su vocación es mayor al cumplir con su labor diaria y quiero que sepa que en mí encontrará todo el respaldo para contribuir a su desarrollo personal y profesional.

Se despide con un afectuoso abrazo:

Virginia Reginato Bozzo
Alcaldesa de Viña del Mar

NOTA: Hacemos extensivo este saludo a todos los médicos de nuestro Regional.

COLEGIO MÉDICO DE CHILE

Colegio Médico anuncia importante rebaja en la cuota de reafiliación

Una gran oportunidad para volver a formar parte del Colegio Médico de Chile tienen los profesionales desafiados, dado que el Consejo General de la institución gremial anunció una importante rebaja de los montos de reafiliación.

Hasta antes de este anuncio, la Cuota de Reafiliación se calculaba sumando el valor de 12 Cuotas Sociales, más una cuota social por año de desafiación del profesional. Esto era, con los valores actuales, doce pagos de \$11.900 más \$11.900 multiplicados por el número de años que llevara el médico alejado del gremio.

La nueva Cuota de Reafiliación acordada, en tanto, considera el pago de cinco Cuotas Ordinarias por el primer año de desafiación, más el pago de una Cuota Ordinaria por cada año adicional. El cálculo del pago que se suma al valor de las cinco cuotas por el primer año tiene como tope el sexto año de desafiación, es decir, a partir de ese período la nueva Cuota de Reafiliación se mantiene en el mismo valor, actualmente \$6.648.-

Con los valores actuales, la Cuota Nueva de Reafiliación tendrá un valor de cinco pagos de \$6.648 por el primer año de desafiación, más \$6.648 por cada año adicional de desafiación con el sexto año como tope.

En la siguiente tabla se comparan los valores anteriores y los nuevos de la Cuota de Reafiliación:

Años de Desafiación	Cuota de Reafiliación Anterior	Cuota de Reafiliación Nueva
1	154.700	33.240
2	166.600	39.888
3	178.500	46.536
4	190.400	53.184
5	202.300	59.832
6	214.200	66.480
7	226.100	66.480

Tabla de Valores Cuota de Reafiliación



La Edad Madura



Camille anciana



Camille Claudel



Rose, en 1890



Rose, en 1865

Rose Beuret: La amante fiel

Rose Beuret era una hermosa costurera de 20 años cuando, en 1864, conoció a Auguste Rodin, de 24, en ese entonces incipiente escultor, pero con una tremenda ambición de triunfar. La joven formaba parte del mundillo bohemio que rodeaba a los artistas, el que fuera reflejado en tantos cuadros impresionistas y en más de alguna ópera. Su belleza inocente de muchacha en flor la plasmó el mismo Rodin en una escultura de 1865.

De ese amor nació, el 18 de enero de 1866, y sin mediar matrimonio, Auguste-Eugène, a quien se le dio el apellido de su madre. Si tal situación es todavía difícil en nuestros días, es imaginable la humillación sufrida en ese entonces por Rose. Nada de eso influyó en Rodin, que no estaba para amarrarse a una familia; además, mientras más crecía su prestigio, más rodeado estaba de bellas y famosas mujeres.

Y así transcurrieron los años, Rose a la sombra de Auguste, una más entre tantas, hasta que en 1883 entró en escena Camille Claudel, de 19 años, quien rápidamente se convirtió en la alumna más aventajada de Rodin, en ese entonces de 43 años. Este ya estaba consolidado como el escultor más importante de su tiempo y entre ambos, maestro y alumna, se constituyó una relación complementaria y de mutua potenciación, aunque también marcada por una sorda competencia: Camille estaba bien dotada artísticamente y se transformó en musa e inspiradora del trabajo de Rodin.

La atracción física y el amor se dieron en forma natural, pero su relación fue tormentosa. Los nuevos amantes se mantuvieron semi unidos por 15 años, mientras Rose todo

lo soportaba, ajándose, perdiendo su belleza y su felicidad. Hay otra escultura que le hiciera Rodin ya madura, donde se aprecia ese proceso, más triste y evidente si se compara con la hecha en 1865.

Para Camille Claudel tampoco la situación era fácil. El dolor que la tensa relación producía en ella está magistralmente reflejado en su obra *La edad madura*, donde aparece un hombre que camina entre dos mujeres, una anciana, que lo arrastra y absorbe, y otra joven, que queda atrás, abandonada y angustiada, con un último gesto que intenta atrapar la mano del hombre que ya no la mira.

Descartada Camille, el tiempo pasó inexorable y trajo la enfermedad, la declinación y la vejez a la antigua pareja. En marzo de 1916 Rodin sufre una hemiplejía y en julio un infarto miocárdico. Ese mismo año regaló todas sus obras al estado francés, lo que le significó una dura pérdida económica y por ende el alejamiento de todas sus antiguas amigas. Sólo Rose, la siempre fiel Rose, estuvo dispuesta a permanecer a su lado. Finalmente, en enero de 1917, contraen matrimonio, Auguste de 77 años y Rose de 73. Tardío reconocimiento, pues la reciente esposa moriría menos de un mes después. Hasta el final de sus días se referiría a Auguste como "Maestro", quien murió al cabo de pocos meses.

Camille los sobrevivió a ambos. Después de destruir muchas de sus obras, alcohólica, con la razón extraviada y el alma nublada, vivió hasta 1943: los últimos 30 años de su vida los pasó internada en diversos hospitales psiquiátricos. ■

Recomendamos

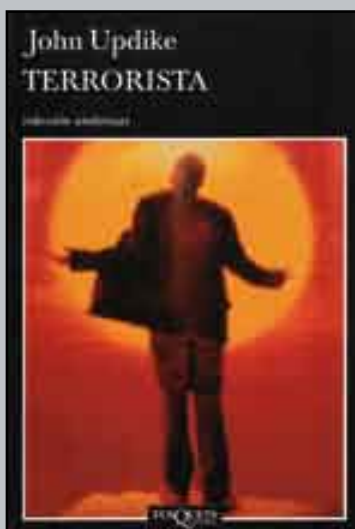
libros, películas, música.

Terrorista John Updike Tusquets Editores 2007

Ya es un lugar común decir que el mundo es otro después del 11 de septiembre del 2001, y ahora esa nueva realidad empieza a ser explorada por diversos escritores. Es el caso de Updike, reconocido como destacado cronista de la sociedad norteamericana contemporánea, quien en su último libro analiza la atroz disyuntiva de los tiempos actuales: la debilidad del mundo occidental, expuesto por sus mismas contradicciones y por su mayor valor, la libertad, a la acción de un fanatismo religioso irracional.

El personaje central del libro, Ahmad, joven musulmán norteamericano, se dispone a sacrificar su vida en un gran ataque explosivo contra Manhattan. Manipulada su alma y su razón por sus mentores terroristas, conserva sin embargo una pureza espiritual que recuerda la del protagonista de El guardián en el centeno, de Salinger.

La simpatía, o al menos empatía, que el joven terrorista despierta en el lector parece querer decir que aún el mayor horror tiene su explicación. Así, siguiendo el contrapunto que en el alma de Ahmad se da entre el odio y la inocencia, el suspenso de la novela se mantiene literalmente hasta la última página.



Dr. Héctor Opazo S.

Confesiones de un burgués Sándor Márai Editorial Salamandra 2004

Se trata de la primera parte de las memorias del escritor húngaro nacido en 1900. Fue escrito a los treinta y cuatro años y retrata la sociedad burguesa de su Hungría natal. Es un mundo en el que esta clase social vive sin sobresaltos. Esto se derrumbará en el transcurso del siglo XX.

En su primera parte, lo que corresponde a su infancia y adolescencia, Márai nos entrega un lúcido retrato de su entorno familiar, a veces con anécdotas y detalles que hacen muy amena su lectura. Posteriormente, terminada la primera guerra mundial, el joven se traslada a estudiar periodismo a Alemania.

Luego inicia un peregrinaje por distintos países de Europa escribiendo para distintos periódicos. En esta parte de sus memorias aparecen los conflictos internos del escritor, los que posteriormente enriquecerán sus novelas. El libro no alcanza tal vez la profundidad de "El último encuentro", pero es una pieza fundamental para entender la obra de este gran escritor, redescubierto en la década del noventa.



Dr. Claudio Etcheverry P.

Elsa y Fred

DIRECTOR: Marcos Carnevale. **ACTORES:** Manuel Alexandre, China Zorrilla, Blanca Porti.

Alfredo es un hombre que toda su vida vivió de manera ordenada y correcta. Al quedar viudo se siente angustiado, ya que su hija lo ha incitado para cambiarse de casa a un pequeño departamento. Es ahí donde conoce a su vecina Elsa, una mujer un tanto mayor que él, pero que desborda vida. Ella entra en su mundo para revolucionarlo todo y hacerlo vivir de la única manera que sabe: apasionadamente.

Se trata de una película con sentido del humor, sin violencia, con excelente actuación, con un tema que hará sonreír y pasar un rato agradable a los "mayores" y quizás haga reflexionar a los "menores". La recomiendo.



Dra. Annabella Marchese P.

Ciclo de las nueve sinfonías de Beethoven

Hace un tiempo está en circulación un nuevo ciclo de las nueve sinfonías de Beethoven en formato DVD. Se trata de las versiones de la SWR Sinfonieorchester (Sinfónica de Baden-Baden y Friburgo) dirigida por el maestro austriaco Michael Gielen, quien en tres volúmenes nos trae las archifamosas obras del genio de Bonn.

La gracia de este ciclo es que el maestro Gielen es capaz de ofrecernos una visión absolutamente diferente de estas obras, las que son interpretadas con tempos rápidos pero no angustiosos, con mucha claridad de las líneas melódicas y con una notable articulación rítmica que hace muy agradable el escucharlas. Además el sonido digital y la imagen son soberbiamente buenos. Las versiones corresponden a conciertos públicos dados en el Konzerthaus de Freiburg entre los años 1997 y 2000.

Recomendable para los amantes de la música de Beethoven que desean escuchar sus sinfonías en versiones renovadas y diferentes de las ya muy trilladas que están a la venta en el mercado disquero nacional, particularmente de aquellas del también austriaco director Herbert Von Karajan, que han comenzado a ser criticadas desde varios puntos de vista.



Dr. Juan Eurolo M.



Dr. Eladio López Díaz

Nació en Lautaro el 18 de febrero de 1917. Falleció en su hogar, en Viña del Mar, el 25 de julio de 2007. Estudió medicina en la Universidad de Chile, después de concluidos sus estudios secundarios en el Internado Barros Arana. Se tituló como médico cirujano en 1941, a los 24 años. Ejerció con ejemplar abnegación, en los sectores público y privado. Fue miembro muy activo de entidades profesionales y gremiales, como la Sociedad de Radiología y el Colegio Médico. Publicó numerosos trabajos en su especialidad y asistió a muchos congresos en el extranjero. Fue profesor de la Escuela de Medicina que fundara su dilecto amigo el doctor Pedro Uribe Concha.



Dr. Alfonso Vargas Carretero

Nació en Valparaíso el 18 de noviembre de 1918 y falleció el 18 de octubre de 2007. Se educó en los Padres Franceses de Valparaíso, donde fue siempre fue calificado como el mejor alumno de su clase. Más tarde, entró a estudiar Bachillerato en Biología y otro en Lengua, cursando sus dos primeros años en la Universidad Católica de Chile. Luego se trasladó a la Universidad de Chile. Realizó sus respectivos internados en el Hospital Alemán, Hospital Carlos Van Buren y Enrique Deformes.

Se tituló de Médico Cirujano en 1942, fue designado Jefe del Servicio de Medicina Interna del Consultorio General Broncopulmonar de Valparaíso. Fue Cardiólogo en el Hospital Sanatorio de Valparaíso, donde jubiló como Jefe del Servicio de Cardiología. Siempre manifestó gran calidad humana hacia sus pacientes de manera desinteresada, ganándose el cariño y respeto de sus pares.

OBITUARIOS

Los médicos también DEBEMOS cuidarnos



A algunos nos llama la atención la tolerancia de los médicos a las características y manejo del espacio y el tiempo en el ámbito hospitalario. Si observamos nuestros lugares de trabajo en servicios públicos, generalmente son ajados, helados, desaseados, deteriorados, insuficientes, estrechos, hacinados, mal olientes y algo hay en nosotros que nos adaptamos a ellos desde el primer periodo de nuestros estudios universitarios. ¿Será nuestro deseo de estar "al lado del pobre y el necesitado, al lado de la viuda y el huérfano", con toda la ligazón que pueda tener con una imagen cercana al aspecto religioso de privación ligado a salvación? ¿Tendrá que ver con un espíritu de salvadores y sacrificio con el que entramos a estudiar la medicina? ¿Estará ligado a una época en que los médicos se relacionaban con una imagen de austeridad, de andar en autos no ostentosos, vivir en barrios muchas veces incluso que fueran cercanos al del hospital donde trabajaban? No pretendo en este espacio dar respuestas a estas inquietudes, ni tampoco a plantear cuán válidas son en el siglo XXI. Sí creo importante preguntarnos qué tipo de médicos deseamos educar, en el sentido amplio del ser médico y no sólo en relación a qué deben estudiar para el Examen Médico Nacional.

Volviendo al tema inicial, el momento en que se nos hace evidente este ambiente hostil puede darse cuando tenemos que comunicar alguna mala noticia al paciente en su lecho de enfermo, con sus vecinos de cama escuchando atentos o a la familia de un paciente hospitalizado y debemos hacerlo en un pasillo, con gente alrededor deambulando, nosotros apoyados contra una ventana o la muralla y sabiendo que lo que comunicaremos cambiará para siempre el destino de esa familia. Ser acogedor, apoyador, empático es un esfuerzo extra en esas condiciones.

Otro tema es el del tiempo, lo urgentes que andamos, corriendo, contra el tiempo, con labores en múltiples lugares, con poco tiempo destinado para atender (tomar atención) y examinar a cada paciente, para reflexionar, estudiar, escribir,

preparar presentaciones.

Cuán difícil es tener y manejar en ese corto tiempo de la atención (estipulado por "normas" oficiales), un interés genuino por nuestro enfermo y sobre todo el transmitir empatía, hacerlo sentir que nos ponemos en sus zapatos, acogiendo sus preocupaciones, sus dolores, sus vicisitudes, sus dudas cuando a veces lo que transmitimos es justamente desinterés, que no escuchamos, que nos mostramos impacientes, apurados. Lo anterior contrasta con que tanto se nos pide (y nos pedimos) en cuanto a mejorar y enfatizar la importancia de la tan manoseada relación médico-paciente.

Qué ha pasado con la confianza: la confianza que tenemos los médicos en los eventuales empleadores, empresarios para los cuales aparecemos como empleados y los enfermos, clientes. La confianza que antes ciegamente el enfermo depositaba en nosotros y nosotros en ellos y que ahora nos hace a veces hasta temer al verlos como eventuales demandantes en un juicio. Cuánto del consentimiento informado (uno de los pilares de la ética médica contemporánea), más que un deber ético para acercarnos al paciente es una defensa legal... El camino hacia una recuperación de la confianza nos ayudaría a nuestra tranquilidad y quizás una primera tarea es preguntarnos qué podemos hacer como primer paso.

Muchas veces trabajamos en un medio que lo vemos o se nos muestra como hostil, con pacientes difíciles, exigentes, descalificadores, poco comprensivos, que reclaman, desconfiados, altaneros, egoístas, quejumbrosos, que no nos escuchan, impacientes. Cuántos de estos mismos rasgos tenemos nosotros. Eso en relación a los pacientes y a veces los profesionales que nos acompañan en nuestra tarea aparecen similares, lo que se empeora aún más cuando quien es nuestro superior jerárquico padece de esas mismas características. Qué distinto es ser dirigido por una persona acogedora, que se preocupa de resaltar lo positivo, comprensiva, apoyadora,

preocupada, empática, leal, generosa, benevolente, capaz de aceptar nuestros errores y debilidades y enfatizar nuestras destrezas y fortalezas. Cuántos de estos mismos rasgos tenemos nosotros.

Todo lo anteriormente mencionado puede llevar a un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral que puede afectar a personas cuya profesión se ejerce en relación con otros, en el cual el apoyo y ayuda es el eje central del trabajo, denominado "Burn Out". Este síndrome lo notaremos a través de agotamiento emocional, sentimiento de bajo logro y se puede acompañar de trastornos físicos, conductuales y problemas de relaciones interpersonales. Se asocia a fuentes de tensión e insatisfacción laboral y hay un sentimiento general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Hay una pérdida progresiva del idealismo (tan importante en el trabajo médico, de hecho la mayoría ingresa a estos estudios por ese valor), energía, y motivación a causa del trabajo.

Las fuentes causales potenciales de este estado son: personales, interpersonales y/u organizacionales y en esas fuentes habrá que buscar la solución. Al comienzo, hay un deseo de mejorar la situación a través de intentos de cambio de conducta y se percibe que los mismos mecanismos que ante circunstancias similares funcionaban, ahora no mejoran la situación. También se comienza a tomar medicamentos (generalmente ansiolíticos y a veces antidepresivos autoadministrados), aumentar la ingesta de alcohol, tabaco u otras drogas. Si empeora, lleva a una etapa de agotamiento emocional, con distanciamiento emocional del equipo de trabajo y una pérdida de la capacidad empática con los enfermos, lo que también lleva a manifestaciones de agresividad con colegas o subalternos. Hay una progresiva pérdida de interés y sentimiento de estar sobrepasado por el trabajo con una falta de preocupación, una actitud negativa o inapropiada hacia lo demás, agravándose todos estos síntomas y haciendo más dificultosa la relación interpersonal.

En la etapa terminal, la persona se muestra como amargada con el mundo y enrabada. La vida le parece fuera de control, con poca habilidad para manejar las emociones (las propias y las de los demás).

El deterioro entre pares, el deterioro con los pacientes, lleva a una sensación de traición a los ideales que motivaron su ser médico ("no soy capaz de ayudar a nadie", "soy un don nadie", "no logré mis expectativas "y yo que promecía tanto", etc.) y a una sensación global de frustración.

En este breve escrito deseo hacer notar lo relevante que puede ser en circunstancias así tener la ayuda y comprensión de los pares para replantearse la vida: el estilo de vida, la forma de ver el trabajo, la forma de ver la profesión, la forma de verse a sí mismo, reexaminar la vocación, replantearse la expectativas, la autoimagen, revisar las metas, el manejo del tiempo, de las relaciones sociales, de la espiritualidad y/o religión, los obvios y tantos aspectos que pueden haber influido para llegar a ese estado.

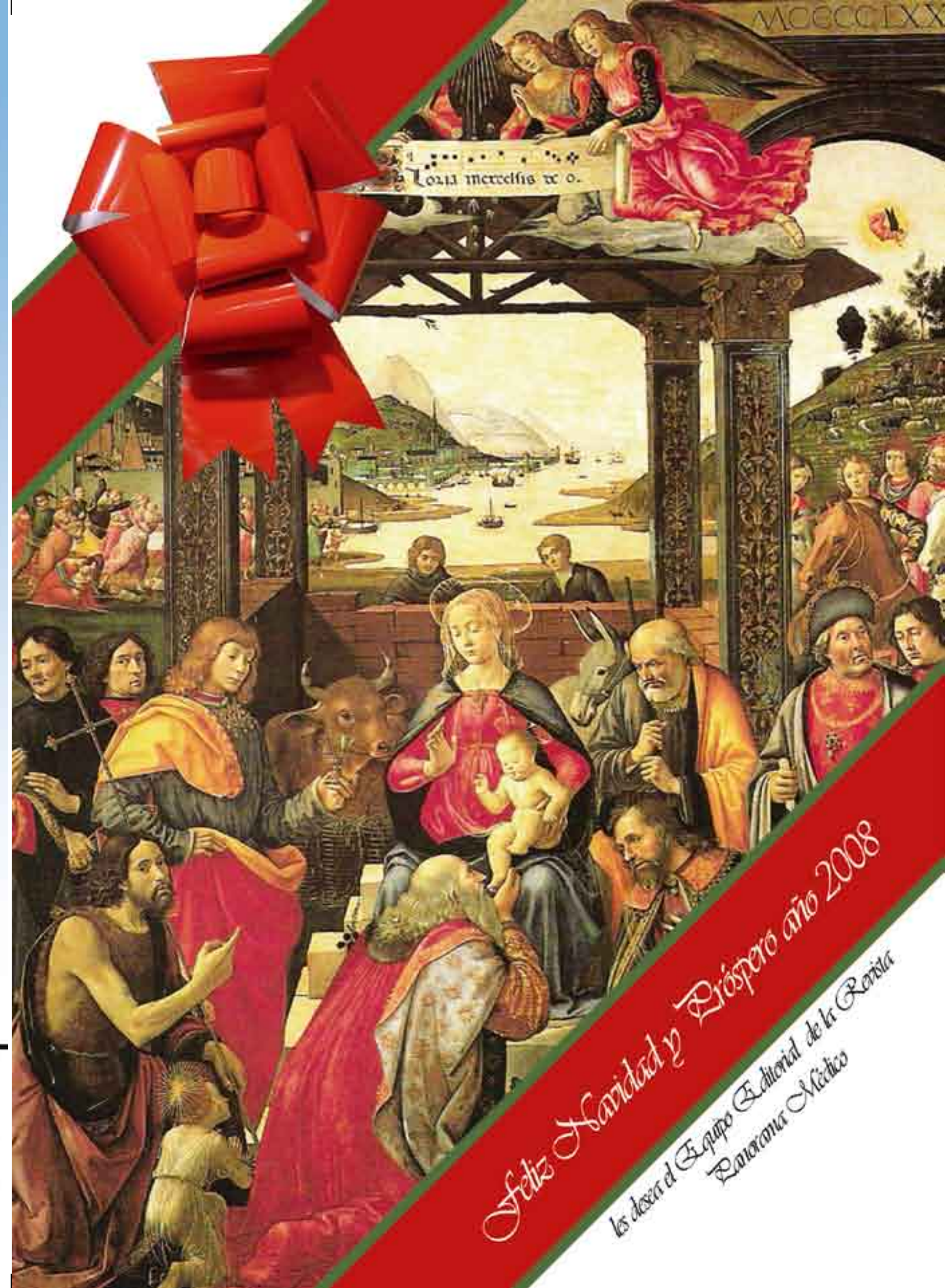
A los médicos nos resulta difícil el tema del autocuidado y por lo mismo se nos dificulta el pensar en consultar, lo que puede ser de gran ayuda en esas circunstancias.

He dejado para el final, y con toda la relevancia que tiene en la realización profesional, el tema del amor, la pareja, el matrimonio, los hijos, la vida en familia, considerando que amor y trabajo, juntos a muchos otros factores, son los pilares en que se fundará una buena calidad de vida, lo que finalmente se relacionará con la coherencia como aspiración de vida para quienes trabajamos por el bienestar en la salud de los otros. ■

Dr. Arturo Roizblatt S.

Transanta Claus

Dr. Álvaro Carrizo A.



Feliz Navidad y Próspero año 2008
les desea el Equipo Editorial de la Revista
Panorama Médico