



Panorama **Médico**

Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 19 N° 78 Julio 2009



▶ **Gripe** **AH1N1**

Primera pandemia del Siglo XXI



¿Le duele su isapre? Esta es la mejor receta.

Masvida tiene la mayor bonificación efectiva sobre gastos médicos entre las isapres abiertas.
Presenta el menor índice de reclamos del sistema.
Es la única isapre que no subió sus precios base por cuarto año consecutivo.
Es la isapre de mayor crecimiento del sistema en los últimos años.
Fuente: Superintendencia de Salud



 **Masvida**
Para Usted, una Isapre de Médicos

Infórmese en nuestra Línea Telefónica Gratuita: 800 800 262, en www.masvida.cl o en cualquiera de nuestras oficinas de atención desde Arica hasta Punta Arenas.



Panorama Médico

Director
Dr. Guillermo Arístides F.
garistides@gmail.com

Colaboradores
Dr. Guillermo Arístides F.
Dr. Eduardo Bastías G.
Dr. Elías Bistrán P.
Dr. Víctor Caffarena H.
Dr. José Hono S.
Dr. Fernando Novoa S.
Dra. Carmen Noziglia D.
Abogado Alfredo Silva V.

Periodista
Paola Quezada Q.

Representante Legal
Dr. Juan Eurolo M.

Producción General
comglobal
www.comglobal.cl

Impresión
Órgraf

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 C. (32) 2677982

Correo Electrónico
reg.valparaiso@colegiomedico.cl
reg.valparaiso@gmail.com

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.



CAMPOS CLÍNICOS Y control del horario médico

Dos situaciones han marcado el quehacer gremial en el último tiempo. Por un lado está el conflicto suscitado en el Hospital Gustavo Frické por la ocupación simultánea de dicho campo clínico por dos universidades, y por otra parte está la ofensiva de algunos directivos de salud por instaurar el control electrónico del horario médico.

Respecto del primer punto, el Consejo Regional Valparaíso ha sido claro y explícito en respaldar la Normativa 18, que es el reglamento oficial y vigente que regula el uso de los campos clínicos para los convenios entre los Servicios de Salud y las Escuelas de Medicina. Esto significa que las Escuelas que ocupen los hospitales deben estar acreditadas, no puede haber cohabitación (dos escuelas en el mismo sitio) y debe privilegiarse a aquella escuela con más tiempo previo de ocupación histórica de dicho campo, que son básicamente las universidades estatales. Estas últimas son precisamente las más desmedradas económicamente por lo que no están en condiciones de realizar "ofertones" financieros como algunas entidades privadas sí lo han hecho, tentando fácilmente a su vez a algunos directivos hospitalarios desesperados. A nivel regional, el Colegio no ha hecho otra cosa que transmitir la opinión del Gremio acordada en la Asamblea Nacional de mayo recién pasado y lo ha hecho presente públicamente llamando a los directivos del Servicio de Viña-Quillota no sólo a respetar la normativa vigente sino que también a tener presente los principios éticos que deben regir la creación y funcionamiento de una entidad formadora de médicos a la hora de firmar convenios con éstas.

En cuanto al segundo punto la normativa del Aparato Público es clara: todos sus funcionarios (médicos incluidos) deben someterse a sistemas de control horario de asistencia. El problema surge cuando se pretende aplicar a los médicos el mismo sistema de los estamentos administrativos. La naturaleza del trabajo médico hace que su horario laboral sea esencialmente flexible y por lo tanto se necesitan sistemas de control también flexibles que reconozcan la posibilidad de cambios inesperados de su horario de entrada o salida. Esto ha sido reiteradamente reconocido por la Contraloría General en diversos dictámenes, el último de diciembre de 2008 en el que sostiene que "un Director de Servicio u Hospital puede disponer mecanismos diferentes internos de control horario sin que con ello se afecten los principios de igualdad ante la ley y de no discriminación que rigen nuestro ordenamiento jurídico". Lo que molesta a los médicos es que precisamente los directivos pretendan instalar el control electrónico por presiones de otros gremios de los hospitales. Si logran hacerlo, deberemos a su vez exigir condiciones de trabajo médico que se ajusten a los estándares de nuestra profesión que son obviamente mucho más rigurosos que los vigentes. Veremos qué pasa.

Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

Indice

Palabras del Presidente	01
<i>Campos clínicos y control del horario médico</i>	
Editorial	03
<i>Los Caballos</i>	
Gremial	04
<i>Recuperación de la tuición ética</i>	
Fotografía	08
<i>La llegada de la fotografía a Chile</i>	
Facetas	10
<i>Dr. Eduardo Bastías Guzmán</i>	
Tema Central	12
<i>Gripe AH1N1</i>	
Ética	16
<i>Aborto terapéutico</i>	
Maestros	20
<i>Dr. Elías Bitrán Palombo</i>	
Normas y Medicina	22
<i>Apuntes sobre el consentimiento informado</i>	
Centros Hospitalarios	24
<i>Hospitales de Casablanca y Peñablanca</i>	
Historia de la Medicina	26
<i>Epidemias durante la Colonia (2º Parte)</i>	
Tecnología	28
<i>Lo que pasó, lo que pasa y lo que pasará</i>	
Noticias	30
Obituario	31
Recomendamos	32
Humor	33

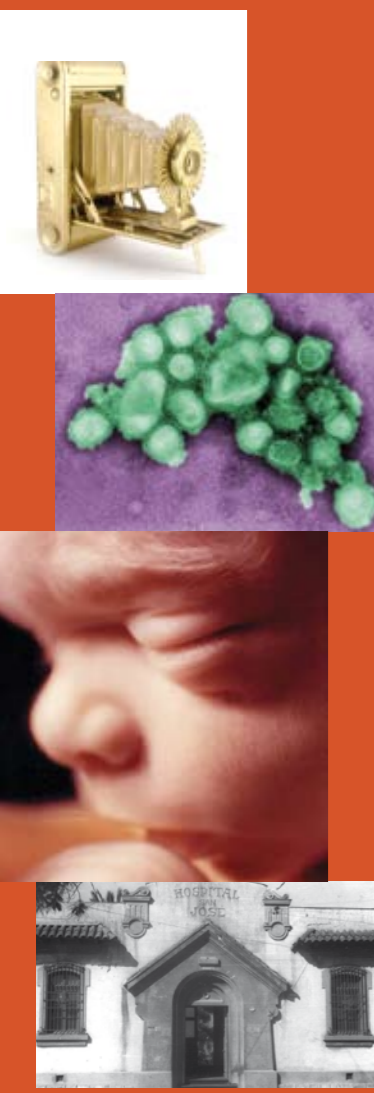
Los Caballos



Mucho se puede hablar y escribir de la mística de trabajo necesaria para llevar a la práctica todo lo que con tanta dedicación adquirimos como información científica a lo largo de nuestras carreras para la atención de nuestros pacientes, mucho se puede hablar o escribir acerca de la vocación que nos impulsa a atender salud, pero hace falta algo más, muy parecido a la valentía y casi disfrazada de locura para cruzar una puerta disfrazado de seudo astronauta para atender a un paciente víctima de una enfermedad infectocontagiosa que pone en riesgo no sólo tu capacidad laboral, sino que además pone en riesgo de llevar un regalo (caballo de Troya) a tu familia del cual sin duda te vas a sentir muy culpable.

Qué pasa por la mente en esos momentos, lo más probable duda, miedo pero es sólo una fracción de segundo tal vez inconsciente para los que tienen años haciendo lo mismo, pero no por eso deja de ser lejos lo más rescatable de nuestro ser médico la capacidad de arriesgar por otro ser humano (independiente de que te lo agradezca o de que la Contraloría revise si firmaste o no ese día el libro de asistencia) lo más apreciado por nosotros, la salud de nuestros seres queridos. Este número de Panorama Médico está dedicado a aquellos que estuvieron involucrados en esta primera pandemia del siglo XXI, que como un signo de los tiempos la vivimos sorprendentemente sin grandes aspasientos con nuestra capacidad de asombro abotagada, independiente de que uno que otro cayéramos en un poco de histeria (cruzar de Concón a Valparaíso buscando la única farmacia de turno que le quedaban vacunas en la región). Es que en definitiva por encima de un barniz de ciencia seguimos siendo humanos con los miedos propios y la búsqueda constante de los caballos de la Apocalipsis.

Dr. Guillermo Aristides Fuentes
 Director Revista Panorama Médico





Recuperación de la Tuición Ética

Dentro de las prioridades de la actividad gremial del Colegio Médico de Chile, se encuentra la recuperación de la Tuición Ética, recurso indispensable para resguardar y garantizar un ejercicio de la profesión libre de las malas prácticas, que en excepcionales ocasiones han desprestigiado a la medicina en nuestro país y lo más preocupante, no existen sanciones que eviten incurrir nuevamente en este tipo de acciones que violan el código de ética vigente. Para conocer de manera más profunda la situación del Proyecto de Ley que se trabaja hoy en el Congreso y la importancia de reestablecer este sistema de control social, Panorama Médico se entrevistó con el Presidente Nacional del Colegio Médico, Dr. Pablo Rodríguez, quien explica y manifiesta la enorme satisfacción obtenida hasta ahora, en el proceso de recuperación de la Tuición Ética que marcará una importante diferencia en el tratamiento de las faltas a la ética por parte de los médicos de todo el país.

¿Cuándo y cómo se perdió la tuición ética?

En la Reforma Constitucional que se hizo el año 1980, se transformó a los colegios profesionales en Asociaciones Gremiales, lo cual restó a los colegios el status que tenían, además perdieron la colegiatura obligatoria declarándose libertad de afiliación y perdiendo el control ético sobre los afiliados.

¿En qué circunstancias afectó al Colegio Médico en particular?

En la pérdida del control ético entre pares, y eso significó que muchos médicos que pudieron haberse alejado del trabajo ético no tuvieron un control por parte de los colegios. Es así como se han manifestado algunos reclamos a través de los años respecto al desarrollo de su actividad, servicios de seguridad, la prensa, etc. En nuestro caso son muy pocos los casos de médicos que faltan a la ética, que se vinculan a tráfico de medicamentos, sustancias ilícitas o vender licencias médicas, abortos clandestinos, etc. Hoy por ejemplo hay una gran demanda de Cirugías Plásticas, y algunos médicos pueden caer en malas prácticas por motivaciones comerciales. Esto, lamentablemente al difundirse, mancha a todos los profesionales, centros de Salud y desprestigian finalmente a la medicina.

¿Por qué es importante la recuperación de la tuición ética?

Es muy importante tener este medio de control social, la recuperación de la tuición ética favorece fundamentalmente a la gente, ya que de este modo se les entregará seguridad de que tendrán profesionales idóneos y también a los médicos por que podremos sacar del ejercicio, ya sea de manera transitoria o definitiva, dependiendo de la gravedad de la falta, a aquellos que se aparten del trabajo ético.

También nos interesa el tema de la prensa, porque los médicos muchas veces son prejuizados por los medios de comunicación, pues le dan un tratamiento que los proyecta como culpables y en ese aspecto, también podremos intervenir y evitar denuncias que desprestigian a toda la comunidad médica.



También ver el tema con abogados que aprovechan este tipo de situaciones para defender a los pacientes y demandar a los médicos, lo cual también nos afecta.

¿Cuándo comenzó a discutirse concretamente la recuperación de la tuición ética?

El año 2005, con la reforma constitucional que reponía la constitución de Colegios Profesionales y el control ético sobre los asociados, sin embargo, para implementar eso fue necesario redactar el proyecto de ley y que éste sea aprobado por el Congreso. En este proyecto se establecen los aspectos más importantes, como la constitución de tribunales especiales, entre otros.

Hace poco tuvo una reunión con la Presidenta Bachelet. ¿Cómo ha avanzado el tema después de eso en términos legislativos y de voluntad política?

Aquí hay un tema que es muy importante, nosotros hemos estado trabajando en la redacción de este proyecto de ley en la Secretaría General de la Presidencia desde el año 2005 hasta la fecha, en este proceso, nuestro abogado cumplió un rol muy importante al saber plasmar lo que la Directiva del Colegio quería proponer al Parlamento. Segundo, es que, hace un tiempo atrás, la Presidenta de la República me invitó cordialmente a una gira, a la cual lamentablemente no pude asistir, sin embargo, en aquella oportunidad le planteé que necesitaba concertar una reunión con ella para conversar el tema del proyecto, y ella accedió, entonces le di todos los argumentos y ella como Presidenta y doctora también, acogió y comprendió muy bien nuestra solicitud, de que al menos, en este gobierno el proyecto se agilice. Hoy estamos muy agradecidos, ya que se comprometió en enviarlo al Congreso en su gobierno, lo cual nos otorga una mayor seguridad.

Una vez que esta ley salga, podremos desjudicializar la Medicina. Hoy día en que hay tantas demandas a los médicos, por que hay gente que piensa que no se les han



“ Se aplican sanciones que van desde la amonestación hasta la suspensión del ejercicio profesional en forma transitoria o definitiva. ”

salvaguardados sus intereses adecuadamente, necesitan que exista una instancia y un organismo que tenga las competencias para poder resolver estos planteamientos. Los médicos que van a tribunales, sufren una pérdida de tiempo, y en ocasiones, la gente se hace expectativas que no se cumplen en su mayoría, siendo los abogados los únicos ganadores en estos procesos.

¿Cuándo y cómo se estima que se recupere efectivamente la tuición ética?

Es muy difícil porque los proyectos pueden demorar años en salir, sin embargo yo invité a todos los Presidentes de los Colegios Profesionales reconocidos por la LOCE, luego fuimos invitados por el Colegio de Ingenieros y del Colegio de Abogados, donde intercambiamos varias ideas, y concluimos que este proyecto debiera salir más pronto de lo que esperamos.

¿Cómo funcionan estos Tribunales de Ética?

Bueno, estos tribunales de ética existen en cada región y básicamente se encargan de recibir los reclamos, ver si son atinentes y si hay elementos para realizar un sumario ético de cada uno de los Colegios Profesionales de acuerdo a las faltas que están contenidas en los mismos. Se aplican sanciones que van desde la amonestación hasta la suspensión del ejercicio profesional en forma transitoria o definitiva. Todas estas sentencias son apelables en segunda instancia en la Justicia Ordinaria.

¿Cómo está la V Región respecto a este tema?

No es distinta a la realidad de las demás regiones, no existe ninguna estigmatización de algún lugar en particular.

Una vez recuperada la tuición ética ¿Serán suficientes los recursos tanto en infraestructura como en equipo de trabajo?

Es uno de los temas que se plantean en la ley, una de las opciones es que el Estado financie los Tribunales de Ética de los Colegios Profesionales, que se disponga de recursos económicos dependiendo de la cantidad de sumarios e investigaciones que existan por ejemplo, o para cada Colegio Profesional dependiendo de la cantidad de afiliados que tenga, en fin. Ahora todas estas materias que tienen que ver con cuál va a ser la demanda, si será más alta o más baja, se irán midiendo y evaluando una vez que entre el régimen.

¿Cuáles son las situaciones más recurrentes de falta a la ética?

Si bien el mayor castigo que podemos aplicar es expulsar al profesional del Colegio Médico, es una sanción más moral pero no es efectivamente una solución que otorgue seguridad a las personas. Los casos por ejemplo de tráfico de medicamentos, prácticamente es nulo en nuestro caso, sin embargo, cuando llegan y se difunde a través de los medios de comunicación, afecta enormemente a la comunidad médica y se magnifica de tal modo que generaliza el mal actuar de un sólo médico, esto último también se espera se pueda regular. Son situaciones puntuales no muy frecuentes pero nos generan un daño enorme, y por otra parte los médicos manifiestan su malestar, puesto que ellos se consideran honestos y éticos y lamentan que por unos pocos, involucren prácticamente a todos.

Palabras Finales

Esto desde mi punto de vista, está dentro de las cinco prioridades para el Colegio Médico en el 2009, así fue definido en el Consejo General, y es por eso que estamos trabajando intensamente, este es un tema para concretar en equipo, de acuerdo a la modalidad de trabajo que pretendo compartir. Todas estas iniciativas necesitan participación de todos, no de unos cuantos, todas las opiniones son válidas, y eso es lo que quisiera agradecer a varios colegas a nivel nacional, que han sido muy claros y nos han dado todo su apoyo, lo cual afortunadamente nos ayuda a seguir adelante, además que nos ha favorecido a generar un mayor posicionamiento como institución, tanto en el ámbito de la Medicina, como el político, entre otros. Aprovecho además, de enviar un fuerte saludo a los colegas de la V Región, y comunicarles que estamos trabajando bien, por los médicos, por la gente, puesto que en la medida que logremos mejorar en todas nuestras necesidades, los beneficiados serán finalmente las personas y también los médicos que tendrán condiciones de trabajo más adecuadas.

Principales aristas del Proyecto de Ley de Recuperación de la Tuición Ética

De acuerdo al artículo publicado en la Revista Vida Médica (Nº 2 año 2009) del Colegio Médico de Chile, se explican a continuación, aspectos claves del Proyecto de Ley de Recuperación de la Tuición Ética.

1. Registro Público de Profesionales

El Registro Público de Profesionales que se crea, queda a cargo del Registro Civil. Estar inscrito en él será obligatorio para ejercer la profesión. Esta información debe actualizarse mensualmente y estar disponible para consulta a través de medios electrónicos.

El Registro consignará la información esencial sobre la universidad o institución de educación superior que ha otorgado el grado de licenciado y la fecha, y del título profesional, la asociación a colegios profesionales, las sanciones y la inhabilitación para ejercer. De esta manera, la sociedad estará informada de los estándares éticos de los profesionales y tendrá certeza acerca de si el profesional reúne dicha calidad. Cualquiera podrá acceder al historial de la conducta ética del respectivo profesional.

2. Colegios Profesionales

El proyecto define funciones y atribuciones de los colegios profesionales y ratifica como voluntaria la afiliación. A los estatutos de los respectivos colegios les corresponderá establecer su estructura, organización, funcionamiento y atribuciones, debiendo respetar lo que dispone este proyecto y su reglamento. Se les permite fijar un arancel de honorarios referencial para la correspondiente profesión, permitiendo resolver las cuestiones que se susciten entre el colegiado y su cliente, entre otras atribuciones.

3. La tuición ética

Las sanciones que determinarán los tribunales

de ética van desde la amonestación a la suspensión del ejercicio de la profesión y la cancelación definitiva del Registro. Ellas serán determinadas por dos tipos de tribunales de ética: aquellos pertenecientes a los colegios profesionales en el caso de los afiliados; y respecto de los profesionales no afiliados, funcionarán tribunales especiales que se encargarán de las sanciones.

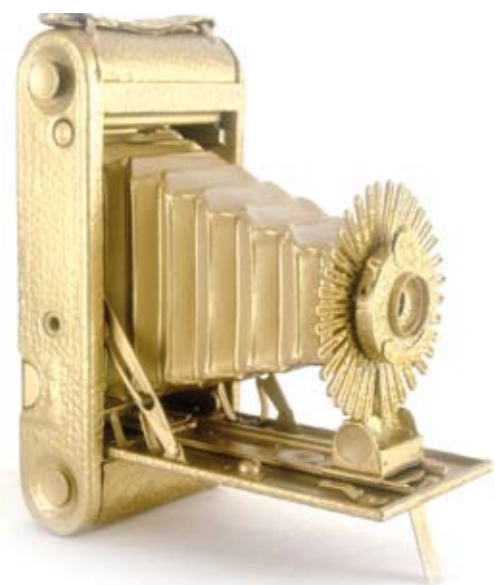
En cada región habrá un tribunal especial de ética profesional, que funcionará con un mínimo de tres jueces, de los cuales al menos uno deberá ser abogado.

La sentencia que impusiere suspensión del ejercicio de la profesión o la cancelación del Registro, será publicada en el diario oficial, en un diario de circulación nacional y en los sitios web que señale la sentencia, y comunicada a todos los colegios de la respectiva Orden y a los interesados.

4. Dictación de código de ética único por cada profesión

El proyecto establece un código de ética único para cada profesión, aplicable a colegiados y no colegiados. Para la creación del primer código de una determinada profesión, se establece un procedimiento que contempla la participación de los colegios profesionales respectivos que integrarán, además, un comité técnico asesor que elaborará un anteproyecto de código, e incluye una etapa de participación ciudadana. El proyecto definitivo será aprobado por decreto supremo del Ministerio de Justicia, suscrito por el Ministro Secretario General de la Presidencia.

La llegada de la Fotografía a Chile



En agosto se celebra el "Día Nacional de la Fotografía". Es en realidad una celebración internacional.

A propósito de los "días de...". Nuestro país debe tener el récord de celebraciones de "el día de...". Podemos encontrar cientos de días de los más variados temas. Por ejemplo el día nacional del cine, el día nacional de los humedales, el día nacional de las regiones, el día nacional de los pueblos indígenas, el día nacional de las iglesias evangélicas y protestantes, el día nacional de la ingeniería, de la poesía, de las artes visuales, etc.

En nuestro ámbito de la salud, todas las profesiones y actividades tienen su día. Hasta las patologías tienen días nacionales como el día nacional de la discapacidad, el día nacional del alivio del dolor, etc. Si nos fijamos un poco, incluso hay tantos que algunos se superponen. Cuando se celebra el día del médico, muchos pasan inadvertidos, ya que coincide con el día de la secretaria, y éstas son mucho más simpáticas que los "diostores".

Por estos días el Movimiento Nacional de Recicladores, que agrupa a los que recolectan desechos que sirven para reciclar, está solicitando que se declare el 23 de mayo el Día del Reciclador.

El 19 de agosto de 1839, el físico y político francés François Arago pronuncia un discurso en el palacio del Instituto de Francia, durante una sesión de la Academia de Ciencias de París, citada especialmente al efecto, en la cual anunciaba que el gobierno francés había comprado la patente del invento del daguerrotipo (primer sistema fotográfico) a sus autores y hacía donación al mundo de su uso. Con ese acto, la invención de Louis

Daguerre y Joseph-Nicéphore Niepce era ofrecida al dominio público, luego de arduas negociaciones con el gobierno francés, en el cual se les otorgaba una renta vitalicia de 6.000 francos para Daguerre y 4.000 para el hijo de Niepce y heredero después de su fallecimiento.

"El Palacio del Instituto (de Francia) fue invadido por un enjambre de curiosos en la memorable reunión del 19 de agosto de 1839, cuando el proceso fue finalmente divulgado. Aunque llegué con dos horas de antelación, fui expulsado como muchos otros de la sala principal. Estuve alerta junto con la multitud ante lo que pudiera ocurrir afuera. En cierto momento llega un hombre excitado; es rodeado, se le hacen preguntas, y contesta con un aire de sabelotodo que el betún de Judea y el aceite de lavanda son el secreto. Se multiplican las preguntas, pero como él no sabe nada más, quedamos reducidos a hablar del betún de Judea y del aceite de lavanda. Pronto la multitud rodea a un recién llegado, más inquieto que el anterior. Nos dice sin más comentario que se trata de yodo y mercurio. Finalmente la



Primera fotografía que se conoce, tomada por Niepce en 1826.



El Mercurio, 1 de junio de 1840

espera ha terminado", es el relato hecho por uno de los testigos de aquella sesión de la Academia de Ciencias, Marc-Antoine-Agustine Gaudin y a la que habían sido especialmente invitados los miembros de la Academia de Bellas Artes.

"El señor Daguerre ha descubierto unas pantallas especiales en las que la imagen óptica deja una imagen perfecta" había dicho Arago en un pasaje del discurso que pronunció el 7 de enero de 1839 en la Academia de Ciencias, con lo que daba el puntapié inicial para que el Estado adquiriera los derechos del daguerrotipo.

François Arago que, en su discurso de inauguración, hizo una encendida apología de las posibilidades del procedimiento expresando que *"para copiar los millones y millones de jeroglíficos que cubren, en el exterior incluso, los grandes monumentos de Tebas, de Menfis, de Karnak, etc. se necesitarían veintenas de años y legiones de dibujantes. Con el daguerrotipo, un solo hombre podría llevar a buen fin ese trabajo inmenso... Cabe esperar que puedan obtenerse mapas fotográficos de nuestro satélite. Es decir, que en unos pocos minutos se ejecutará uno de los trabajos más largos y delicados de la astronomía..."*.

El Estado francés al comprar la patente del invento y darla a conocer públicamente, le proporcionaba a Francia la gloria y el reconocimiento internacional. "Uno de los más maravillosos descubrimientos que honran a nuestro país", expresó al ministro del Interior, Duchatel, al presentar el proyecto de ley.

Este 19 de agosto de 2009, la celebración del día de la Fotografía cuenta con numerosas actividades fotográficas a lo largo de todo Chile y está organizada y coordinada por el

Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, y por la Federación Chilena de Fotografía.

VALPARAÍSO Y LA FOTOGRAFÍA

En Chile deberíamos celebrar como día "nacional" el 1º de junio. Es en un día primero de junio de 1840, menos de un año desde que el invento de la Fotografía fue entregado al mundo por el gobierno francés, existe en el diario El Mercurio un registro documentado de la llegada de la Fotografía a Chile, y precisamente a Valparaíso.

El 28 de mayo de 1840 había recalado en Valparaíso la corbeta francesa "Orientale", al mando del Capitán Agustín Lucas. Se trataba de una escuela flotante cuyo objetivo era dar la vuelta al mundo con los estudiantes belgas y franceses provenientes de las familias más adineradas de la Europa de esos años.

Como capellán de la expedición venía el abate Louis Compte, quien traía consigo una o más cámaras para hacer daguerrotipos.

El barco escuela L'Orientale salió de Europa rumbo a América del Sur en Octubre de 1839. Llega a Bahía (Brasil) en Diciembre y en enero de 1840 a Río de Janeiro, realizando varios daguerrotipos en ambas ciudades, y posteriormente a Montevideo.

El periódico "El Nacional" de la ciudad de Montevideo publica la noticia de la llegada en la edición del 8 de febrero. En esa capital se efectuó el 29 de febrero una demostración en el Salón de Sesiones del Cabildo, a la que asistieron numerosos invitados además de los presidentes de las Cámaras de Diputados y Senadores.

Por problemas de salud, el abate Compte se quedó en Montevideo hasta 1847, realizando numerosos daguerrotipos entre los cuales

destaca uno tomado a Bartolomé Mitre en 1846 que hoy se encuentra en un museo que lleva su nombre.

La nave sigue rumbo hacia el Sur. No puede recalcar en Buenos Aires debido al bloqueo del puerto por la flota francesa y continuó viaje hacia el estrecho de Magallanes para llegar a Chile. Por ello, la Fotografía llega antes a Chile que a Argentina.

Se supone que más de un aparato fotográfico venía en el buque escuela, ya que hay mención escrita de imágenes tomadas a los indios yaganes.

La fragata L'Orientale registra su llegada a Valparaíso el 28 de mayo de 1840, pero la primera documentación oficial acerca de la Fotografía consiste en la descripción del proceso que se hace en el periódico "El Mercurio" de Valparaíso el primero de Junio de ese año. Ese día, El Mercurio reprodujo un extenso artículo titulado "Descripción del Daguerrotipo por el Dr. D. Teodoro M. Vilardebó" publicado durante su estada en Montevideo, en donde se explicaba claramente el funcionamiento del aparato y el procedimiento en general.

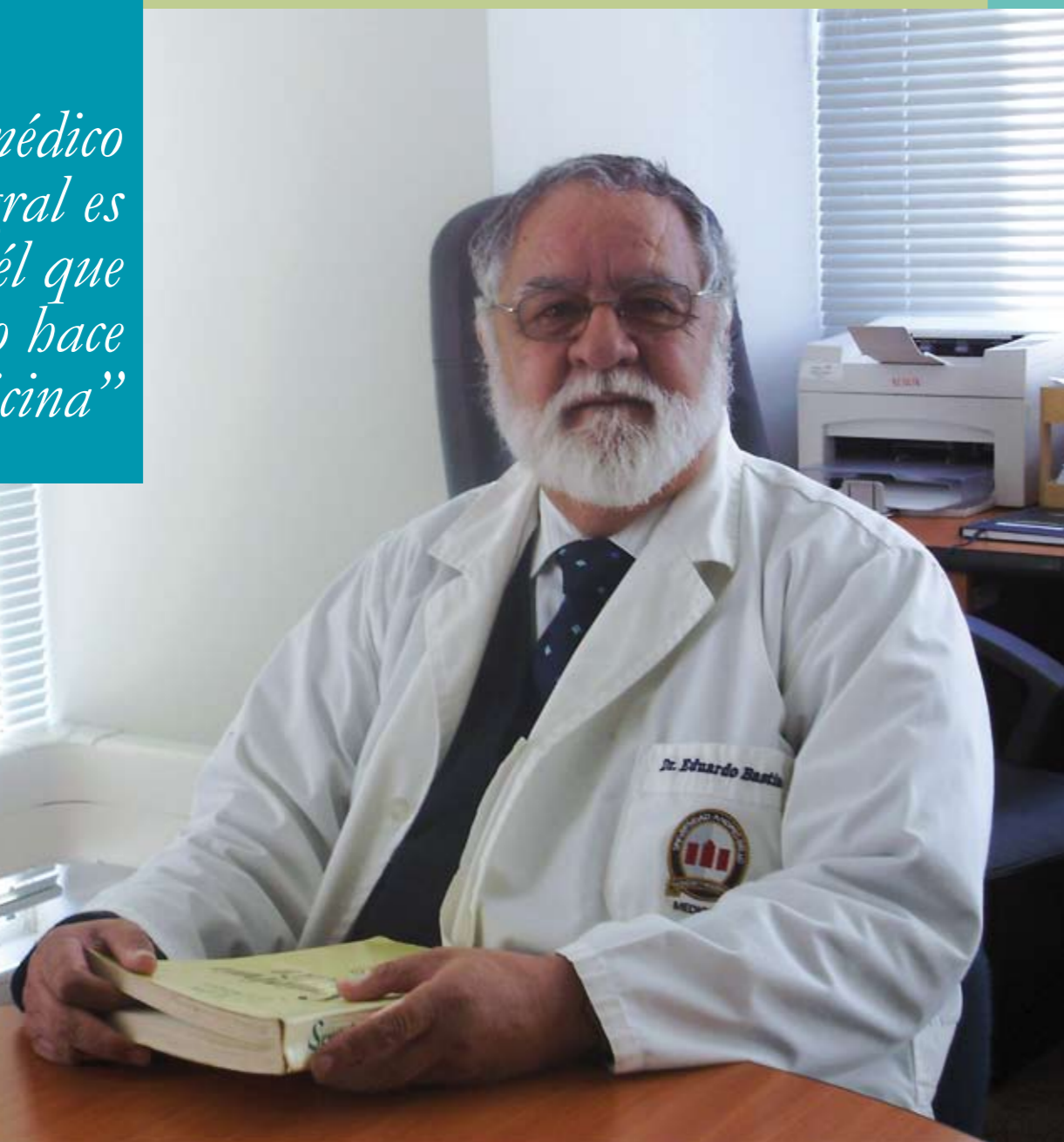
Al zarpar rumbo al Perú, el 23 de junio y luego de intensa actividad en Valparaíso, cerca de la costa, por la acción de una corriente la corbeta encalló en Punta de Buey. No se perdieron vidas ni carga, pero nada se sabe de la suerte de las primeras placas que registraron nuestro continente.

El capitán Lucas, que al parecer, conservó una cámara de daguerrotipos, partiría en noviembre de 1840 en el barco "Justine" rumbo a Australia, donde se le considera la primera persona que llevó una cámara a Australia.

Dr. Víctor Caffarena H.

Doctor Eduardo Bastías Guzmán

“Un médico integral es aquél que no sólo hace medicina”



Nació en Valparaíso un 25 de diciembre, y estudió en el Colegio los Sagrados Corazones de Valparaíso donde comenzó su afición literaria, debido a la motivación particular que uno de sus profesores, Fernando Silva, le otorgó durante sus estudios primarios y secundarios. Como consecuencia de esta motivación, el doctor Bastías tuvo activa participación en la Academia Literaria del Colegio, de la cual guarda grandes recuerdos.

Luego de egresar del colegio, estudió Medicina en la Universidad de Chile, etapa en la que continuó su preocupación por el desarrollo de la literatura, conformando un equipo con algunos compañeros de carrera para crear la Revista “Senda”, la cual tenía el objetivo de escribir artículos diferentes a los estudios médicos, es decir, inquietudes, ensayos, literatura en general. Posteriormente se quedó en Santiago para realizar la Beca en Medicina Interna en el Hospital Salvador con el maestro Dr. Hernán Alessandri, entre otros connotados profesionales de la Medicina. No obstante, en 1966, se trasladó a la V Región al Hospital Carlos Van Buren para trabajar en Cardiología con el profesor Pedro Villablanca.

Con años de notable experiencia médica y a través de un concurso, el doctor Bastías logró viajar a Alemania, para trabajar en Cuidados Intensivos en el área de rescate terrestre y aéreo en la ciudad de Bielefeld. Reconoce abiertamente que en muchas ocasiones asistía a turnos en los que no tenía mucha actividad, por lo cual gozó de mucho tiempo libre, al cual lógicamente dedicaba para escribir, principalmente cuentos.

Cuatro años después regresó a Chile, como Jefe de Cuidados Intensivos en el Gustavo Frické. Sin embargo, en un determinado momento pensó en retirarse de la Medicina y dedicarse completamente, entre otras cosas, a la Literatura, no obstante desistió debido al llamado para hacerse cargo de la Clínica de Miraflores y luego ingresar al equipo del Hospital Clínico de Viña del Mar.

“DONDE VUELAN LOS CÓNDORES”

Su más reconocida creación, fue hace aproximadamente 11 años atrás, con la novela

“Donde Vuelan los Cóndores”, cuyo nombre se debe a una interpretación de lo que proyecta el hecho de volar a una elevada altura, que se identifica con la superación de graves problemas como el SIDA, temática principal de la historia, y que a continuación relata cómo surgió su publicación: “En una oportunidad, el Liceo Guillermo Rivera, me invitó a participar de un Seminario de Sexualidad, por lo cual decidí en unas vacaciones escribir una novela juvenil y didáctica para prevenir el Sida. Era mi primera novela, tardé en redactarla unos seis meses, y un año y medio en corregirla. En esta novela utilicé personajes muy reales, de modo de impactar lo más efectivamente sobre los lectores, incluso me basé en el padre Santis a quien le solicité su autorización para incluirlo como personaje, sin pensar que al tener este gesto, el sacerdote me llamaría para contarme que la organización Caritas, financiaría la primera edición de mi libro, el cual se distribuyó gratuitamente”.

Más tarde, el escritor Bastías se dirigió a la Editorial Andrés Bello, donde lo recibieron positivamente ya que en Chile hay escasas novelas juveniles, publicándose a los pocos meses la novela, la cual tuvo mucho éxito en los colegios, siendo incluso lectura recomendada. Hoy existen ya 20 ediciones y 120 mil ejemplares oficiales aproximadamente.

LA MEDICINA Y LA LITERATURA

Este médico, asume sin reparos que tanta actividad no le deja mucho tiempo para escribir, pero siempre consigue encontrar el tiempo para escribir muchos cuentos, con los cuales ha obtenido incluso importantes premios a nivel internacional, como una Mención Honrosa en un Encuentro de Escritores Latinoamericanos con sede en Chile, y un Primer Lugar en un Encuentro Latinoamericano de Médicos Escritores en Buenos Aires, Argentina con el cuento “Si no llevara la mula cargada”.

Si bien gusta de concentrarse y escribir tranquilamente, el Dr. Bastías no se considera un escritor solitario, puesto que ha sido parte de diferentes instancias donde ha podido compartir su arte. Durante casi tres años participó de un Taller de Poesía con otros médicos, quienes se encontraban semanalmente para escribir y compartir

poesía. Incluso, actualmente, el Dr. está trabajando junto a un colega un cuento muy original, en el cual cada uno escribe sólo siete líneas y va conformando la historia sin saber lo que el otro continuará escribiendo, lo cual lo vuelve una iniciativa muy interesante.

PROYECTOS

El Dr. Eduardo Bastías, señaló que tiene dos proyectos importantes, el primero es editar una novela sobre una mujer endemoniada de la época de 1850, un caso real que sucedió en Valparaíso y que fue hospitalizada en Santiago. Para esta historia ha recreado el entorno real pero aportando además mucha ficción. Y por otra parte, está presente el proyecto de publicar una recopilación de sus cuentos.

INSPIRACIÓN

Al preguntarle por sus técnicas de inspiración, el Dr. contesta: “Creo que la inspiración propiamente tal como algo que llega, una luz, no existe, es uno el que tiene que buscar las temáticas y argumentos con los que se desarrollará la historia, y para eso hay que ser un muy buen observador. Siempre digo que uno puede cruzar una playa de agatas y no encontrar ninguna y puedes cruzar esa misma playa y encontrar 3 o 5 agatas, siempre que la cruces mirando, observando y buscando. Lo mismo sucede en la vida real, los cuentos están en la vida real, cercanos a uno, lo importante es saber cómo encontrarlos, por eso siempre estoy atento”.

COMPAGINAR LA MEDICINA CON LA LITERATURA

“Creo que es tan fácil como en el caso de que a otros les gusta el Golf o la Ópera. No es imposible compatibilizar una actividad extra profesional con la profesional, siempre hay tiempo, y de hecho estoy muy convencido y se lo he dicho a mis alumnos, que un Médico Integral es aquel que no sólo hace medicina”.

Paola Quezada Q.

Periodista Panorama Médico

Gripe AH1N1

El brote de gripe AH1N1 de 2009 en seres humanos y que se conoce popularmente como gripe porcina o influenza porcina, no es provocado por un virus exclusivo de gripe porcina. Su causa es una nueva cepa de virus de gripe AH1N1 que contiene material genético combinado de virus de gripe estacional, virus de gripe aviaria y dos virus de gripe porcina. Los orígenes de esta nueva cepa son desconocidos y no ha sido aislada directamente de cerdos. Se transmite con mucha facilidad entre seres humanos, debido a una habilidad atribuida a una mutación aún por identificar, y lo hace a través de la saliva, por vía aérea, por el contacto estrecho entre mucosas o mediante la transmisión mano-boca debido a manos contaminadas.

HISTORIA

A comienzos de marzo, una gripe que presentaba complicaciones respiratorias fuera de lo común afectó a la mayoría de los residentes de La Gloria, Veracruz, México. Las autoridades mexicanas atribuyeron este aumento a una "gripe de temporada tardía", la cual coincide normalmente con un ligero aumento del Influenzavirus B hasta el día 21 de abril, cuando el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos dio la voz de alarma a los medios acerca de dos casos aislados de una nueva gripe porcina. La primera muerte debida a la gripe porcina ocurrió el 13 de abril, cuando una mujer diabética natural de Oaxaca murió por complicaciones respiratorias. Se enviaron algunas muestras al CDC y a Winnipeg (Canadá) desde México el 21 de abril que dieron positivo en gripe porcina y se relacionaron rápidamente con el aumento de la gripe tardía. Algunos casos en México y los Estados Unidos fueron identificados por la Organización Mundial de la Salud como una nueva cepa del H1N1. Al mes se extendió por varios estados de México, Estados Unidos y Canadá, para exportarse a partir de entonces, con aparición de numerosos casos en otros países de pacientes que habían viajado desde México y Estados Unidos.



NIVELES DE ALERTA DE LA OMS

Nivel 3

Este nivel se mantiene desde el brote de gripe aviar. La OMS decidió no elevar el nivel de alerta por pandemia mundial tras su primera reunión, el 25 de abril. Un nivel de alerta 3 significa que se ha confirmado la presencia de un nuevo virus, pero que no hay evidencia de contagio de humano a humano, o bien éste es insuficiente para provocar epidemias a nivel de una comunidad. El nivel 3 lleva activado desde la crisis de la gripe aviar en 2006.

Nivel 4

Después del segundo encuentro del Comité de Emergencia el 27 de abril, se elevó el nivel de alerta por pandemia a la Fase 4. La fase 4 ("Transmisión sostenida de humano a humano") implica brotes por toda la comunidad.

Nivel 5

El 29 de abril, la OMS incrementó el nivel de alerta por pandemia a 5 (el penúltimo nivel), indicando que la pandemia es "inminente". Se han registrado casos de transmisión entre humanos en múltiples regiones. En España, fuentes oficiales confirmaron el primer caso europeo de una persona infectada que no había viajado a México, pero cuya pareja sí lo había hecho.

Nivel 6

El 11 de junio, se adoptó la medida de declarar la fase 6 de alerta de pandemia, tras reuniones y consensos con equipos de científicos y los responsables de salud pública en los países afectados. La OMS declaró que la fase 6 reflejaría el hecho de que la enfermedad está propagándose geográficamente, pero este nivel de alerta no necesariamente indica cuán virulenta es.

Conforme evoluciona la pandemia de 2009, cambian también los datos necesarios para evaluar los riesgos, tanto en los países afectados como a nivel mundial, así como también cambian los criterios para su diagnóstico.

En estos momentos se considera que es inevitable que la pandemia siga propagándose en los países afectados y llegue a nuevos países. La pandemia de gripe de 2009 se ha propagado por todo el mundo a una velocidad sin precedentes. En las pandemias anteriores los virus gripales necesitaron más de seis meses para extenderse tanto como lo ha hecho el nuevo virus H1N1 en menos de seis semanas.

El creciente número de casos registrados en muchos países con transmisión sostenida está haciendo que a muchos de ellos les resulte

Píldoras Antivirales



¿Es fácil contagiarse del virus?

Se propaga de la misma forma que la gripe invernal habitual, a través de las gotitas de pflüger que infecta a millones de personas cada año. Cálculos iniciales indican que entre 25 y 30% de los familiares se contagian cuando alguien la lleva a su casa.

¿Qué tan peligrosa es?

Si bien carece de los rasgos genéticos que volvieron tan mortífera la pandemia de 1918 y no parece tan virulenta como la gripe aviar, estudiada por los científicos desde hace años con una tasa de mortalidad menor a la gripe estacionaria el problema es su contagiosidad más alta por lo que el volumen de pacientes es mayor por ende en número de fallecidos es mayor.

¿Existe inmunidad?

Dado que es una mezcla inédita de virus porcinos, humanos y aviares, los centros de control advierten que no es probable, pero es miembro de la familia de los virus H1N1, que circulan ampliamente. Según especialistas, los nacidos antes de 1957 se vieron expuestos reiteradamente a los virus H1 por lo que tendrían inmunidad cruzada con este nuevo virus.

¿El virus responde al tratamiento?

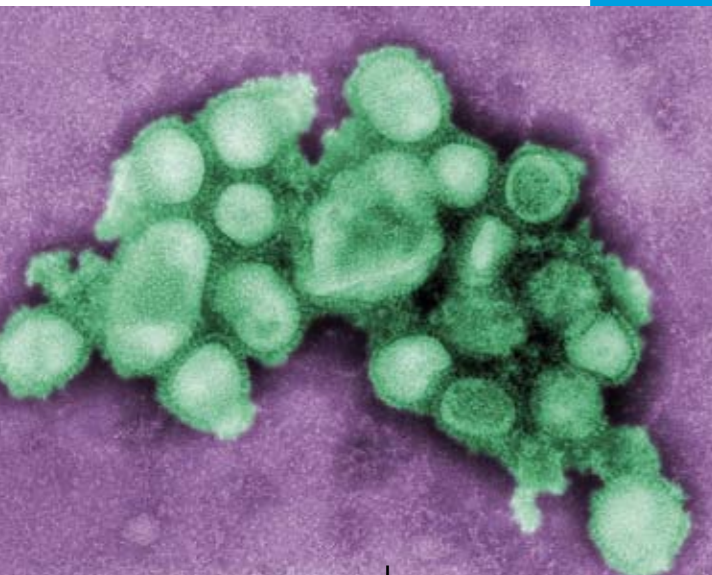
Sí, a los antivirales comunes Tamiflu y Relenza, que alivian los síntomas si se los toma en las primeras 24 horas después de sufrílos.

¿Por qué es tan importante lavarse las manos?

Los virus de la gripe se propagan por el aire, de manera que uno debe cubrirse la boca con un pañuelo o con el pliegue del codo cuando tose o estornuda, pero también si uno se toca la nariz o la boca con las manos. El virus puede sobrevivir durante varias horas en pasamanos y picaportes, o transmitirse mediante un beso o apretón de manos. Los gel antisépticos son apenas una alternativa.

¿Cuánto tiempo debo permanecer en casa si me enfermo de gripe?

Llame al médico inmediatamente, sobre todo si sufre de males crónicos como el asma, que facilitan la infección, pero aparte de salir en busca de tratamiento, quédese en casa siete días o un día más después que desaparezcan los síntomas.



Virus AH1N1

extremadamente difícil, cuando no imposible, confirmarlos mediante pruebas de laboratorio. Además, en esos países el recuento de los casos ha dejado de ser esencial tanto para vigilar el nivel o la naturaleza de los riesgos asociados al virus pandémico como para orientar la aplicación de las medidas de respuesta más apropiadas.

VARIEDAD DEL VIRUS

Cuando se produce un cambio antigénico en los virus influenza A son causantes de gripe con brotes más graves y extensos y dan epidemias globales o pandemias que han ocurrido en ciclos de diez-quince años desde la aparición de la pandemia de 1918 (ver recuadro otras gripes). Las variaciones menores antigénicas en estos virus influenza A y en los Influenza B (y en mucha menor medida los Influenza C) llevan a producir las gripes estacionales y que se dan casi todos los años con extensión variable y generalmente menos grave.

La tasa de morbilidad o proporción de personas con enfermedad en la región afectada por Influenza A son muy variables, pero de forma general oscilan entre 10 y 20% de la población general. Las cepas H1N1 que han circulado en los últimos años se considera que han sido menos virulentas intrínsecamente, causando una enfermedad menos grave, incluso en sujetos sin inmunidad al virus, por lo que existen otros factores no precisados para la gravedad, no llegando a producir pandemias, sino únicamente epidemias.

CLÍNICA

Los síntomas de este virus nuevo de la influenza H1N1 en las personas son similares a los síntomas de la influenza o gripe estacional. Incluyen fiebre muy alta (38 y 40°), tos seca recurrente, dolor de garganta, secreción nasal, mialgias, artralgias, cefalea, escalofríos, fatiga, pérdida del apetito, problemas para respirar. Una cantidad significativa de personas infectadas por este virus también ha informado tener vómitos y diarrea. En este momento no se conocen los grupos de personas que corren un alto riesgo de contraer la

nueva influenza A (H1N1), pero es posible que sean los mismos que sufren complicaciones por la influenza estacional. Si se ha visto que los pacientes obesos, embarazadas, portadores de patologías respiratorias crónicas y niños son grupos de riesgos para presentar la forma más grave.

TRATAMIENTO

Durante gran parte del desarrollo y propagación del brote no se dispuso de una vacuna para esta cepa, hasta el 12 de junio de 2009, cuando el grupo farmacéutico suizo Novartis, con el apoyo económico del gobierno norteamericano, anunció haber producido el primer lote de vacunas contra el virus. Los ensayos clínicos para la obtención de la licencia de la vacuna se realizarán en julio de este año, que de ser positivos, iniciarán la producción en masa de la vacuna para su posterior distribución. Respecto al tratamiento con antiviricos, la OMS ha indicado la utilidad de zanamivir (en inhalación) y oseltamivir (tratamiento oral) como tratamiento efectivo, considerándose que el caso resistente a este último "es aislado" y "sin implicaciones para la salud pública". Por otro lado, el virus se ha mostrado como resistente a los inhibidores como la amantadina y rimantadina.

PREVENCIÓN

Para prevenir esta gripe, deben seguirse estas medidas:

- Evitar el contacto directo con las personas enfermas o que tengan fiebre y tos.
- Lavarse las manos con agua tibia y jabón entre 10 y 20 segundos de manera frecuente. Lavarse también entre los dedos,

y por último el pulso o la muñeca. Como alternativa, puede usar alcohol en gel o líquido para desinfectar.

- Tratar de no tocarse la boca, nariz y/u ojos.
- No compartir alimentos, vasos ni cubiertos.
- No fumar en lugares cerrados ni cerca de niños, ancianos o enfermos.
- Ventilar los lugares habitados.
- Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser con un pañuelo descartable o, si no tuviera, con el pliegue del codo.
- Usar mascarillas (recomendable solamente en ambientes públicos o en cercanía a contagiados), recordando que tienen un determinado tiempo de uso.
- En caso de presentar un cuadro de fiebre alta de manera repentina, o presentar, simultáneamente, los síntomas siguientes: tos, dolor de cabeza, dolor muscular y de articulaciones, acudir de inmediato al médico o a la unidad de salud más cercana.
- Abrigarse y evitar cambios bruscos de temperatura.
- Comer frutas y verduras ricas en vitamina A y en vitamina C (zanahoria, papaya, naranja, mandarina, limón, piña, tomates).

LO QUE VIENE

Lo principal es la vigilancia para detectar brotes de casos graves o mortales de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009, brotes de casos de enfermedad respiratoria que requieran hospitalización, o cuadros clínicos inhabituales asociados a una especial gravedad o mortalidad, la aparición de resistencia a los antivirales, la aparición de pautas de transmisión nuevas. Entre las señales a vigilar cabe citar el ausentismo escolar o laboral, o una mayor gravedad de los cuadros clínicos o una mayor afluencia a los servicios de urgencias.

Por todas esas razones, en adelante la OMS ya no publicará las tablas globales con las cifras de los casos confirmados en cada país. Sin embargo, como parte de la labor continuada de documentación de la propagación mundial del virus pandémico H1N1, se proporcionarán actualizaciones regulares sobre la situación en los países recientemente afectados. La actualización de dicha información puede ser revisada desde las páginas WEB de las oficinas de control de enfermedades europeas o de EE.UU.

El seguimiento de las características virológicas del virus pandémico será una actividad

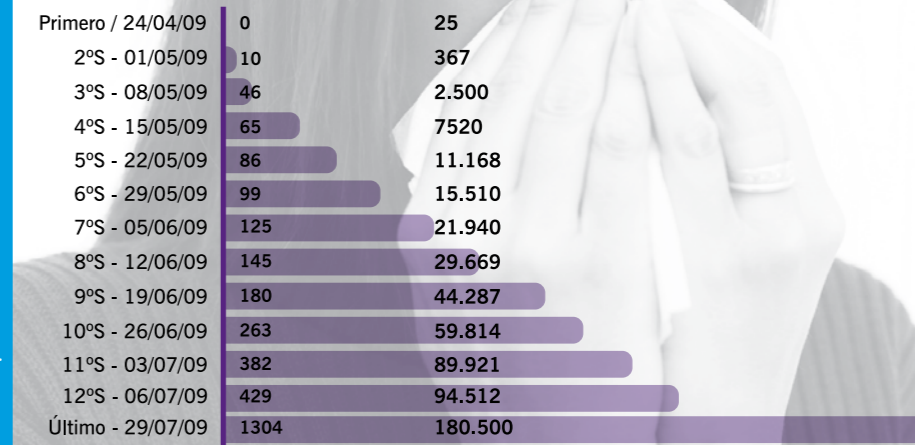
importante a lo largo de la pandemia, y algunos países tienen ya en funcionamiento sistemas de vigilancia por laboratorio de comprobada eficacia para monitorear los virus gripales estacionales. Incluso para los países con una capacidad de laboratorio limitada, la OMS recomienda que tras la evaluación virológica inicial se analicen al menos diez muestras a la semana para confirmar que la actividad gripal corresponde al virus pandémico y para detectar cualquier cambio del virus con posibles implicaciones para el manejo de los casos y el desarrollo de vacunas.

En Chile se comprarán 6 millones de vacunas contra la influenza humana de las cuales la mitad se entregarán gratuitamente el próximo invierno a las personas de mayor riesgo (Personal de salud, embarazadas, enfermos crónicos y niños).

Dr. Guillermo Arstides F.

Fuentes:

- Organización Mundial de la Salud
- Oficina de Control de Enfermedades de Europa y EE.UU.



Otras gripes famosas
La "gripe española": 25 millones de víctimas en 25 semanas

Aunque no se tienen registros históricos verídicos, los estudiosos de las epidemias consideran que la llamada "gripe española" aparecida en 1918 pudo haber causado la muerte de entre el 2.5 y el 5% de los habitantes del planeta.

Iniciada en el estado de Kansas de la Unión Americana, se le llamó "gripe española" porque en aquel país europeo se permitió la libre difusión de la información relacionada con la epidemia. Estados Unidos y varios países europeos peleaban la Primera Guerra Mundial y la información estaba restringida y censurada.

Curiosamente, el virus causante de la "gripe española" es del mismo tipo H1N1 que el que afecta a México y a otros países en la actualidad.

Entonces no existían muchos de los avances médicos y científicos de que se dispone ahora, y la Guerra Mundial ayudó a propagar la epidemia. Eso parece explicar el crecimiento exponencial de los contagios ya que al segundo día del surgimiento había apenas 50 casos registrados y para el cuarto día los contagios eran de 39 mil personas.

25 semanas después, el contagio había costado la vida de 25 millones de personas en todo el mundo. Otra emergencia epidemiológica, mejor documentada que la primera del Siglo XX fue la llamada "gripe asiática" que ocasionó, en 1957, unos 70 mil fallecimientos solamente en los Estados Unidos.

En 1968, la "gripe de Hong Kong" tuvo 34 mil víctimas mortales en los Estados Unidos solamente. En el resto del mundo las víctimas y los daños fueron grandes, aunque no se dispone de datos plenamente confiables. El brote de 1976 tuvo lugar en invierno entre las tropas apostadas en el fuerte Dix en Nueva Jersey. Al final, enfermaron unas 240 personas y el soldado que resultó infectado originalmente, murió. Pero la enfermedad nunca salió de la base.

La administración de Gerald Ford, por recomendación de los CDC, inició un programa masivo de vacunación en el que participaron más de 43 millones de personas (el 25 por ciento de la población). Pero ese esfuerzo causó efectos secundarios graves, principalmente unos quinientos casos de síndrome de Guillain-Barre, entre ellos 25 muertos.

La debacle, en la que la vacunación en realidad causó más problemas que la gripe misma, obligó al director de los CDC a presentar su renuncia.

Aborto Terapéutico

“La Organización Mundial de la Salud estima que, del total de las muertes de mujeres que se registran en América Latina relacionadas con embarazos, o sea las denominadas “muertes maternas”, el 21% corresponde a muertes resultantes de abortos inseguros...”

Probablemente entre los temas que son motivo de debate ético en nuestro país, ninguno ha sido objeto de posturas tan opuestas y apasionadas como es el aborto. Existen grupos que han utilizado todo tipo de recursos legales, morales, publicitarios y científicos para evitar su eventual legalización.

A través de la historia, ha sido prohibido o limitado en diversas sociedades y permitido en otras, aunque sigue estando presente incluso donde la ley lo prohíbe en forma absoluta, como es el caso de nuestro país.

Actualmente en Chile el aborto es ilegal en toda circunstancia y el tema ha llegado a tal nivel de interés de la ciudadanía que los tres candidatos que tienen mayor aceptación por los votantes para acceder a la presidencia, han manifestado públicamente su decisión de que el aborto es un tema que debe ser incluido en la agenda de debate público. Sin duda que en estas declaraciones de los candidatos ha

influido el resultado de sondeos tales como el realizado por la Corporación Humanas con la colaboración de la Universidad de Chile que revela que el 75% de las mujeres del país respalda que se legalice el aborto terapéutico; esto es, cuando está en peligro la vida de la madre. Igualmente, el 71% de las mujeres aprueba el aborto cuando el embarazo es producto de una violación; 68,4% por malformación del feto, y el 20,4% por cualquier razón que la madre decida. La abogada Lorena Fries, presidenta de la Corporación Humanas, señaló que la encuesta indica que existen razones suficientes para legislar sobre el aborto en Chile, precisando que se trata de un problema de salud pública, ya que, según las únicas cifras conocidas, se registran más de 100 mil abortos cada año en nuestro país.

DILEMAS QUE SURGEN EN RELACIÓN AL ABORTO

Los problemas centrales que surgen en relación al aborto generan las siguientes preguntas en el contexto de los derechos reproductivos:

Las opiniones aquí expuestas son personales y no representan la posición de ningún comité de ética, Universidad o grupos a los cuales pertenezco.



- ¿Tienen las mujeres el derecho a interrumpir un embarazo?
- ¿Este derecho —o su ausencia— es absoluto en toda circunstancia?
- ¿Qué razones justifican separar al feto de la mujer embarazada, que es el organismo que lo alberga?
- ¿Tiene el feto un status moral diferente al del niño ya nacido?
- ¿En todo momento o sólo en su etapa de evolución más temprana?
- ¿Hay una diferencia moral en la aceptación del aborto según el grado de voluntariedad del acto sexual que dio origen al embarazo, es decir, si el embarazo es consecuencia de una violación, por ejemplo?
- ¿Hay un límite a las exigencias que moralmente se pueden imponer en una mujer embarazada cuya salud o vida corre peligro como consecuencia del embarazo?
- ¿Cómo se define la “salud” de la mujer, en relación a la justificación del aborto?
- ¿Cuál es el rol que le corresponde al Estado frente a todos estos interrogantes?

EL ABORTO EN AMÉRICA

La Organización Mundial de la Salud estima que, del total de las muertes de mujeres que se registran en América Latina relacionadas con embarazos, o sea las denominadas “muertes maternas”, el 21% corresponde a muertes resultantes de abortos inseguros, caracterizados por la falta de capacitación por parte del proveedor que utiliza técnicas peligrosas y por llevarse a cabo en recintos carentes de medios higiénicos.

En este análisis, la vinculación entre las consecuencias de los abortos para la salud y la vida de las mujeres y el estado de la legislación es imposible de obviar y para ello es importante destacar el impacto diferenciado

que la prohibición legal del aborto tiene sobre los grupos más vulnerables: adolescentes y mujeres de recursos económicos escasos.

CONSIDERACIONES MORALES

El embrión, aun en sus primeras etapas de desarrollo, es algo más que una simple conjunto de células y por lo tanto debe haber razones para separarlo del cuerpo que lo alberga y poner fin a su vida. Desde el punto de vista biológico, existe una clara división entre los científicos. Por un lado están los que defienden que el embrión no es un ser humano, ya que carece de vida independiente por ser inviable fuera del útero, y no experimenta dolor ni ninguna percepción sensorial. Por otro lado están los que defienden que el embrión es una vida humana desde el momento de la fecundación independiente del desarrollo y de su viabilidad fuera del útero.

El feto, tal vez con excepción de su etapa final de desarrollo, tiene un status moral diferente al del niño ya nacido y por lo tanto, aún los partidarios de la penalización del aborto, aceptan que tenga una pena menor a la del homicidio. Hay una diferencia moral en la admisibilidad del aborto según sea el grado de voluntariedad del acto sexual que condujo a la concepción. Muchos admiten el aborto que pone fin a un embarazo resultante de una violación, aunque no el aborto que pone fin a un embarazo consecuencia de una relación sexual consensuada. Hay un límite a las cargas o perjuicios que es legítimo imponer a una mujer embarazada para que no aborte: suele permitirse el aborto en caso de grave riesgo para su vida, en ocasiones también en caso de riesgo para su salud.

Bajo el mismo argumento, en algunos casos es aceptado el aborto en la niña y adolescente

cuando éste implica una seria frustración para sus proyectos vitales. Ante estos dilemas son dos los aspectos más relevantes a dilucidar. Se trata de decidir cuáles son los derechos que le corresponden al feto y cuales a la mujer, y cuales deben prevalecer cuando se produce un conflicto entre ambos. Este tema ha sido revisado por numerosos bioeticistas.

CONFLICTO DE DERECHOS ENTRE LA MUJER Y EL FETO

Algunos proponen que “es razonable concluir que el valor de una persona moral desarrollada sólo se proyecta parcialmente al feto” y “su protección es decreciente en la medida que el feto esté en etapas más tempranas de su desarrollo”.

La visión gradualista permite ponderar aspectos tales como el sacrificio que particularmente la mujer gestante debiera hacer para continuar con el embarazo, que se vincula con quien tiene la obligación de proteger y preservar esa entidad valiosa que sería el feto. En este plano de análisis se requieren razones para terminar con la vida del feto, ya sea que se trate de razones vinculadas con el bienestar de la mujer afín con la materialización de su plan de vida, razones de salud o peligro para la vida o razones vinculadas con su consentimiento en la relación sexual que le dio origen.

En su clásico trabajo, Judith Jarvis Thomson argumenta que aun cuando alguien sostenga que el feto es una persona y como tal tiene derecho a la vida, ello no implica que la mujer tenga siempre la obligación de llevar el embarazo a término. Sin embargo, respecto del pretendido derecho a la vida del feto, la autora argumenta que éste “no garantiza que uno tenga derecho a usar el cuerpo de otra persona o a que se le permita continuar



“Actualmente el 62 % de la población mundial vive en 55 países donde el aborto inducido está permitido...”

ASPECTOS LEGALES E HISTÓRICOS

En la antigua Grecia y Roma el aborto fue ampliamente aceptado. Durante el siglo XVIII algunos países del mundo crearon leyes que convertían el aborto en ilegal. A principios del siglo XX los países comenzaron a despenalizar el aborto cuando este se efectuaba para proteger la vida de la madre y en algunos casos para proteger su salud.

Actualmente el 62% de la población mundial vive en 55 países donde el aborto inducido está permitido, sin restricciones en cuanto a su causa. Mientras tanto, el 25% viven en 54 países que lo prohíben completamente o lo

permiten sólo para salvar la vida de la mujer. Hay países en que no tienen leyes al respecto. Cabe mencionar que la no punibilidad del aborto no significa que en estos países el aborto sea más frecuente que en los que si lo castigan. Una educación masiva sexual, y un amplio acceso a los anticonceptivos favorecen que ocurran pocos abortos, como sucede en Holanda en que tiene la tasa más baja de abortos en el mundo. La ley chilena vigente prohíbe incluso el aborto terapéutico (aquel que se realiza para salvar la vida de la madre), que estuvo autorizado de 1931 a

1989, año en que la Junta Militar de Gobierno lo derogó sin ningún debate o deliberación y establece una pena de cárcel, mínima de tres años y un día, y máxima de cinco años, para las mujeres que aborten.

Las penas para quienes realizan abortos van de 541 días a tres años de cárcel, agravándose si se trata de profesionales de la salud. Son seis los países en el mundo que lo penalizan sin admitir excepción alguna, aun cuando esté en peligro la vida de la madre: Andorra, Chile, Filipinas, El Salvador, Somalia y el Vaticano. La mayor parte de las legislaciones reguladoras, tanto permisivas como restrictivas distinguen el aborto terapéutico y el aborto electivo.

a) Aborto terapéutico

Es el que es justificado con razones médicas:

- Para salvar la vida de la madre cuando la continuación del embarazo o el parto signifiquen un riesgo grave para su vida.
- Para salvar la salud física o mental de la madre cuando esta, es amenazada por el embarazo o el parto.
- Para evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o que lo condene a padecimientos o discapacidades muy graves.
- Para reducir el número de fetos en embarazos múltiples hasta un número aceptable libre de riesgo.

Para la Organización Mundial de la Salud, este tipo de aborto debe ser autorizado por la legislación de cada país, con el fin de evitar las miles de muertes de personas producidas anualmente; aborto legal para no morir. Los objetores aducen que no es ético sacrificar a unos para salvar a otros.

b) Aborto electivo

Es el que se realiza por otras razones, tales como el embarazo que resulta de violación o

usándolo, aunque uno lo necesite para la vida misma”. Tener derecho a la vida, para el feto, “consiste, no en el derecho a que no nos maten, sino en el derecho a que no nos maten injustamente”. Desde esta postura, puede haber abortos injustificados en los cuales se termina la vida del feto injustamente y por lo tanto serán moralmente incorrectos, pero en otros casos el aborto puede ser justificado ya que el derecho a la vida del feto que necesita del cuerpo de la mujer para sobrevivir, no incluye el derecho a usar el cuerpo de la mujer sin su consentimiento e incluso con riesgo de su propia vida.

técnicas de reproducción no consentidas por la madre. También se incluyen los por razones de minoría de edad de la madre, incapacidad para cuidar los hijos, por razones económicas o sociales o por el deseo de ocultar un embarazo estigmatizado.

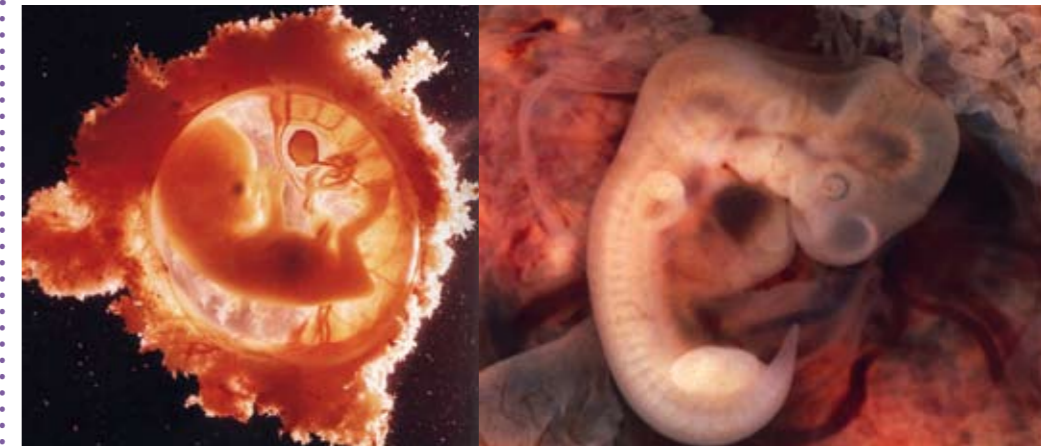
ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Para la mayoría de las mujeres el aborto es una decisión difícil. Sin embargo, la relación entre un aborto provocado y los efectos sobre la salud mental de la madre no está del todo resuelto. Al respecto hay trabajos recientes de seguimiento en que no se encuentran diferencias entre las que decidieron abortar en comparación a las que optaron por continuar con el embarazo (Schmiege BMJ 2005, El Mercurio 18 de julio de 2009). Otros trabajos concluyen lo contrario.

ABORTO Y DERECHOS HUMANOS

Desde el punto de vista de los derechos humanos, existen dos enfoques éticos-filosóficos opuestos: derecho del feto a la vida y derecho de la mujer embarazada a elegir la maternidad. Los partidarios de la despenalización sostienen que el aborto es una cuestión de derechos humanos, prohibirlo atenta contra los derechos fundamentales de las mujeres y contra los principios de justicia social, ya que las mujeres que mueren víctimas de un aborto clandestino mal realizado son las que tienen menores recursos económicos y que pertenecen a los sectores más vulnerables. Los opositores del aborto legal, afirman también que se trata de una cuestión de derechos humanos, ya que legalizarlo atenta contra el derecho a la vida del feto, que debe primar sobre el derecho de elección de la madre. Por tanto legalizar el aborto atenta contra el derecho fundamental de todo ser humano a la vida, y contra los principios de justicia social, ya que se antepone el derecho de elección de la madre a la vida de un ser humano que no tiene posibilidades de defenderse.

En el último tiempo, algunos organismos de protección de los derechos humanos han abogado por despenalizar el aborto y entre ellas tenemos La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, La Corte Europea de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, La Organización Mundial de la Salud y Amnistía Internacional.



Conclusión

Finalmente, podemos decir que el aborto es una realidad concreta. El peligro que encierra cuando es penalizado, los riesgos que tiene al ser clandestino teniendo presente que las complicaciones de los abortos en los países en que está regulado son inmensamente menores a los que está penalizado, hace conveniente legalizarlo bajo circunstancias especiales para casos especiales.

Las mismas premisas son válidas para la pastilla del día después. Más importante es la prevención, razón por la cual adquiere una importancia la educación sexual abierta a todos los que están en edad fértil, sin discriminación y al alcance de todos, haciéndoles ver las ventajas de los sistemas de anticoncepción y proporcionarlos.

Para entender el aborto en el contexto de la salud sexual y reproductiva es necesario, por un lado, intentar un debate desapasionado alejado del plano de las creencias personales o religiosas y, por otro lado, vincular la problemática del aborto en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos que han sido reconocidos a mujeres y varones.

En particular, en este trabajo hemos intentado mostrar que la despenalización de la práctica del aborto no significa aceptar que éste sea moralmente correcto en todos los casos, y que aún cuando pudiera considerarse moralmente injustificado, ello no significa que el castigo penal deba ser la única respuesta posible por parte del Estado. El aborto debe ser aceptado en determinadas circunstancias y el Estado debe asegurar que se efectúe en forma adecuada, cuando éste corresponda.

Dr. Fernando Novoa S.



Doctor Elías Bitrán Palombo

La partida de un grande

Estas palabras las escribió poco antes de fallecer. Fueron encontradas por casualidad, y este artículo forma parte de la expresión de su presentimiento de que pronto partiría de este mundo.

ALGUNOS RECUERDOS:

Nací en La Serena y me crié en Ovalle. He sido un amante permanente de la naturaleza y desde niño construí jardines en los huertos que teníamos con mi familia. Mis padres se conocieron en las islas griegas, formaron un hogar con 4 hermanos. La clientela de mi padre era preferentemente de huasos, que nos daban un trato muy amistoso. Yo recorría por valles y colinas donde siempre encontraba un antiguo conocido que me facilitaba un caballo con el que me sentía dueño de la creación.

Siendo alumno de Liceo, construí en la bodega de la casa, un laboratorio de química y una pequeña mesa de disección. De esto se deduce fácilmente mi gusto por la ciencia. Al terminar mis estudios secundarios en Santiago, en el Instituto Barros Arana, rendí el Bachillerato y luego ingresé a la Universidad de Concepción donde permanecí dos años y después me trasladé a la Universidad de Chile de Santiago. Mientras estudiaba mi carrera, pasaba mis vacaciones en el Hospital de Ovalle. Las matronas me enseñaron a recibir a un recién nacido y los médicos cirujanos me daban confianza para ayudarles en las operaciones. Es curioso, pero nunca quise empezar en Ovalle, tenía falso orgullo de regresar con algún pergamino.

Al recibirme de médico, a diferencia de lo que ocurre actualmente, el médico recibía su diploma, pero sin experiencia quirúrgica directa. Solamente se le permitía observar las operaciones o actuar de 2º ayudante. Por tal motivo, acudí al Jefe de Salud, Profesor Dr. Marin Cucheau para solicitarle una práctica intensiva. Acogió mi solicitud haciéndome un entrenamiento de seis meses en el Hospital Salvador de Santiago, en una especialidad que actualmente dura 3 a 5 años pero, condicionándome a que ingresara posteriormente al Hospital de Los Ángeles.

Me trasladé a Los Ángeles, donde permanecí siete años, junto a mi primera esposa, Oro Alvo que era enfermera universitaria y me proporcionó treinta felices años y fuimos padres de dos hijos maravillosos, Mauricio y Virginia que actualmente son médico y enfermera universitaria respectivamente y residen en Miami. Siguiendo con mi amor a la naturaleza, en mi casa de Los Ángeles no pude resistirme a la idea de tener un huerto y un gallinero con 25 pollas Leghorn.

El Hospital de Los Ángeles al que llegué, se encontraba terremotoado y afirmado con vigas. Tal como lo había previsto, carecía de ayuda diagnóstica, vale decir, banco de sangre, hematología, radiología, etc. Pregunté quién



sería mi ayudante y me presentaron a un robusto practicante llamado Don Chayo, quien sin altanería, supo brindarme con lealtad y afecto toda su experiencia. Como anécdota de aquel tiempo recuerdo que, estando de turno, se me avisó de un accidentado que el tren le había aprisionado el brazo izquierdo. Encontrándose presente mi primera esposa Oro, que como enfermera capacitaba al personal auxiliar, al no existir banco de sangre, rápidamente me extrajo con una Jeringa Jubet 800 cc de sangre y fue entonces que de donante tendido en el suelo me levanté para convertirme en cirujano.

También en Los Ángeles me convertí en médico de un convento capuchino con una experiencia inolvidable por sus coros gregorianos y la calidez de la relación.

Me trasladé con mi familia al Hospital de San Felipe, donde permanecí 3 años. Allí me encontré con un edificio nuevo pero con una calidad humana muy deficiente del Jefe de Servicio, que pude evitar gracias a que el Dr. René Martínez me invitó a cambiarme a Maternidad donde me acogió cordialmente.

Me fui acercando a Valparaíso. En esta etapa el Dr. Kaplan jugó un importante rol en mi vida, al abrirme con cordialidad las puertas de su casa, donde dos noches por semana acudía desde San Felipe. Allí nos reuníamos varios médicos donde los trabajos científicos se estudiaban y discutían. Liderados por Jorge, varios médicos realizábamos cirugía experimental con hibernación en perros en el Instituto de Fisiología.

Alentado por el Dr. Kaplan, en el año 1960 ingresé al Servicio de Cirugía del Hospital Naval de Valparaíso y simultáneamente a la Asistencia Pública del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, donde llegué a ser Jefe del 5º turno y se creó un equipo muy atractivo de estudiantes y médicos que querían hacer una práctica quirúrgica en un clima de amistad que perdurara hasta hoy. Evoco en este tramo a los Drs. Carlos Bergh, José Toro, Sergio Valderrama, Juan Bedoya, Anabella Marchesse, Sergio Valdovinos, Paty Vargas, Paty Shuffenhager, etc.

A fines de 1965, habiendo ganado una beca del Instituto Chileno Hispano de Cultura, me dirigí con la familia a Barcelona por tres meses, a París un mes, Madrid un mes y Londres una semana. Me especialicé en Cirugía Digestiva.

Al regresar, con todas las novedades de esta área, fui designado Jefe del Servicio de Cirugía Digestiva en el Hospital Naval de Valparaíso. Hacíamos perfusión de hígado de cerdo, trasplantes hepáticos en perros. Con mucho entusiasmo me acompañaron los doctores Cenitagoya, Guzmán Orellana, y en la Universidad era Profesor extraordinario.

Entramos en la era de la investigación. Mi amigo y compañero, el Dr. Kaplan, se dedicó a la Cirugía Cardíaca y realizó el primer Transplante Cardíaco en Chile. Por mi parte, me dediqué a la Cirugía Digestiva, encabezando el equipo que realizó el primer Transplante Hepático, el 17 de mayo del año 1969.

Posteriormente, en 1981, un grupo de médicos del Hospital Naval nos trasladamos al Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, que pasó a ser mi segundo hogar. En 1984 fui designado Jefe de Cirugía, allí trabajé intensamente en la Medicina Preventiva, en disminuir la lista de espera junto a los Drs. Caimi y Piedemonte, promover la Enfermería Domiciliaria, realizar el Programa de Diagnóstico oportuno del Cáncer de Mamas, con la gran colaboración del Dr. Luis Zapico y la Matrona Mónica Concha, capacitando a matronas, colegios y centros comunales, crear la Unidad de Patología Mamaria que lleva mi nombre y que dirige la Dra. Adriana Lobos que se destaca tanto por su calidad profesional como humana. El más grato para mí, debo reconocerlo, fue el de Medicina Preventiva para el Personal, porque me permitió conocer uno por uno a los funcionarios, sentir una cálida sensación de afecto y respeto mutuo, sentir una verdadera preocupación por sus problemas médicos e incluso por sus condiciones de trabajo que no siempre eran adecuadas, tales como concentración de gases en esterilización, necesidad de usar botas de goma en lavandería, etc...

Después de enviudar contraí matrimonio, en 1987, con Gloria Collazo, magistrada en menores y familia, actualmente jubilada como yo, que me ha proporcionado mucha felicidad, dedicación y complemento.



Al cumplir 50 años como médico cumplí mi sueño de tener una parcela con casa habitación, en Algarrobo. Pronto formé una Consulta Gratuita y con ello cumplí mi anhelo de atender sin cobrar, puesto que estaba jubilado. Las demandas de atención de personas modestas económicamente fueron creciendo y creamos finalmente una Fundación que denominamos "Renacer" que no sólo atiende gratuitamente aspectos de salud física y mental, y combate el alcoholismo y las drogas, sino que también ofrece capacitación, recreación, orientación familiar, asistencia social, etc. Son muchas las personas que cooperan desinteresadamente, entre ellas, doña Catalina Chacón, Elba Faúnez, Soledad Palma, Elena Moya, Hernán Ampuero, Rody Cona, María Isabel Carrion, Dr. Schlack, Dra. Chiang, Dra. Novik, Dr. Chávez, Psicólogo Manucevich, etc. En el año 2002 ganamos un concurso en la Embajada del Japón que nos permitió sustituir la mediagua en que funcionábamos por un inmueble muy adecuado al efecto.

También debo agradecer la colaboración de la matrona Clarisa Torrealba, la enfermera Verónica Hernández, la asistente social Alejandra Pérez y la Psicóloga Laura Ruiz que colaboraron conmigo y al ex alcalde Jorge Pizarro que me apoyó, en la realización del Programa Ambulatorio de Medicina Familiar Preventiva y Vivienda Saludable realizado en Algarrobo en una casa rodante que doné a la Municipalidad, en que se visitó casa por casa a la población rural de Algarrobo.

Agradezco a todas las personas que colaboran en Renacer y en todas mis actividades. Creo que lo único que explica este maravilloso deseo de cooperar sin fines de lucro es el amor a nuestros semejantes.

Debo reconocer que en mi labor estoy en deuda con muchas personas: Mis padres, mi familia, mis maestros de Universidad, Don Chayo, a mis colegas, a mis compañeros de Servicio que siempre actuaron con lealtad y al personal de salud porque sólo formando una unidad podemos entregar lo mejor de nosotros mismos. Muchas, muchas gracias.

Reseña Autobiográfica de
Dr. Elías Bitrán P.

Apuntes sobre el consentimiento informado

“Consentimiento” propiamente tal debe asociarse con la voluntad de una persona para contraer obligaciones. Sin embargo, lo que en la relación Médico Paciente conocemos como “Consentimiento Informado”, en realidad es una cuestión diferente...

Tradicionalmente se trata el tema del “Consentimiento Informado” en la descripción de las Obligaciones del Médico, existiendo una tendencia a estandarizar su concepto en toda relación Médico-Paciente y a identificar su ocurrencia con la materialidad de la papelería o formulario en que se plasma. No obstante ello, el asunto es bastante más complejo, principalmente por tratarse de una institución dinámica o en desarrollo, tanto para la Medicina como para el Derecho.

Así por de pronto, cabe señalar que el propio concepto merece ser analizado en cuanto a su pertinencia. “Consentimiento” propiamente tal debe asociarse con la voluntad de una persona para contraer obligaciones. Sin embargo, lo que en la relación Médico Paciente conocemos como “Consentimiento Informado”, en realidad es una cuestión diferente, toda vez que, más que la voluntad para celebrar un contrato, lo que sucede es que son los Tribunales o incluso la Ley quienes exigen su concurrencia y, por la otra, más bien se corresponde con el Derecho de toda persona que se relaciona con un experto para decidir informadamente los riesgos que eventualmente asumiría en razón de la intervención del profesional.

Ahora bien, es cierto que el Consentimiento Informado forma parte de los *Deberes del Médico* y por lo mismo integra la propia Lex Artis, al punto que su omisión pudiera generar en sí misma responsabilidad (obviamente sólo en la medida en que sucedan los riesgos previstos o previsibles y de los que el paciente pudiera no haber

sido informado, y que además ello haya sido un incumplimiento de las obligaciones del médico y que, más aún, se haya causado con dicho incumplimiento un daño). De esta manera el consentimiento del paciente es un requisito esencial de todo tratamiento o intervención médica, considerando que el paciente no tiene la obligación legal de someterse a tratamientos curativos de su mal.

Hay actos que realizados por cualquier persona son constitutivos de ilícitos penales o civiles; sin embargo, de acuerdo con lo que dispone el artículo 112 del Código Sanitario, si quien ejecuta actos sobre el cuerpo o salud de una persona es un profesional Médico, y además lo efectúa con un fin curativo y con apego a las reglas de su Lex Artis, desaparece la antijuricidad de su conducta. De allí que es relevante definir si el Consentimiento Informado integra o no la Lex Artis Médica, puesto que el consentimiento del paciente elimina la antijuricidad a eventuales daños sufridos por el paciente como consecuencia de una intervención practicada, si es que su eventual ocurrencia le ha sido debidamente informada.

El Deber del Médico, en esta materia, una vez que el paciente le ha requerido profesionalmente y ha cumplido, a su turno, su obligación de informar verazmente al médico acerca de sus dolencias, se materializa en tres aspectos: a) Informar al paciente acerca de una hipótesis diagnóstica, otorgando un consejo profesional; b) Comunicar los riesgos y las alternativas de tratamiento; c) Obtener el Consentimiento

del paciente. El proceso anterior, desde luego, no se agota con documentos o formularios, sino que constituye un ejercicio personal del profesional que comunica, conforme a sus destrezas y conocimientos, lo necesario para que el paciente comprenda y comparta lo que se le propone para contribuir al mantenimiento o mejora de su salud. En específico, el Deber de Información nace como contrapartida del derecho a la autodeterminación de las personas y la búsqueda del equilibrio razonable entre la experticia del Médico y el desconocimiento técnico del paciente.

Son Requisitos del Consentimiento del Paciente los siguientes: *Personal*. El paciente debe prestar directa y personalmente su consentimiento, salvo que se encuentre en incapacidad de consentir y el tratamiento médico resulte urgente, necesario y conveniente; *consciente e informado*. Es decir, debe mediar una adecuada información, expresada por el médico en términos claros, dentro de lo posible y razonable según la ciencia. Además, acá prima la prudencia del médico, quien se encuentra liberado, por ejemplo, de explicitar riesgos de baja probabilidad o cuya eventual ocurrencia sea pública o notoria; *actual*, esto es, contemporáneo a la atención médica y vigente durante la misma; *manifiesto*, el paciente debe expresar su asentimiento de un modo claro, por escrito o verbalmente; *solicitado*, esto es, debe ser requerido por el médico; *específico*. El Consentimiento ha de solicitarse para uno o más actos determinados, relacionados con la hipótesis diagnóstica o el tratamiento propuesto.

Desde luego, nos interesa comentar las eventuales consecuencias desfavorables para el Médico asociadas al incumplimiento de su Deber de Información. Este genera responsabilidad de reparar los daños sólo si con dicho incumplimiento se causa perjuicios al paciente. Si por el contrario la omisión de dicho Deber de Información no es causa del daño, no existe responsabilidad legal. Especialmente relevante es discriminar entre los distintos deberes que integran la Lex Artis Médica, puesto que no cuentan con la misma jerarquía o extensión los deberes de información, de diagnóstico y tratamiento, y a nuestro modo de ver no será jurídicamente posible que un paciente obtenga una indemnización si reclama daños por falta de información o consentimiento, en circunstancias de que su diagnóstico y tratamiento han sido adecuados a las reglas de la práctica y profesión médica. Incluso en esta disyuntiva algunos autores establecen que el Médico puede acreditar la “voluntad o consentimiento hipotético” del paciente atendido a las características generales de la enfermedad y al contexto en que se habría producido la omisión de información, con la finalidad de prevenir la expansión artificiosa de las reglas legales de responsabilidad más allá de sus límites naturales. Conforme a ello, en esta materia lo que puede ser enjuiciado es el daño efectivo causado al paciente que, por no haber recibido la información que la ciencia médica aconseja otorgar, perdió la oportunidad de rechazar el riesgo, siempre y cuando, reiteramos, haya sufrido un daño efectivo que tenga como causa directa esta falta de información.

Es relevante además consignar que existen numerosas excepciones a la obligación de informar u obtener el Consentimiento del paciente. Por de pronto, cuando la autorización no pueda ser razonablemente obtenida o cuando la intervención o tratamiento se imponga como una necesidad médica o en razón de una urgencia vital o peligro inmediato.

Finalmente, el Código de Ética del Colegio Médico de Chile se ocupa de este tema en el artículo 24 y siguientes, señalando: “El Médico tratante deberá informar a su paciente de manera veraz y en lenguaje comprensible, acerca de: a) Su identidad, el área de su competencia profesional y sus límites; b) El diagnóstico, alternativas de tratamiento, sus riesgos y beneficios y el pronóstico de su enfermedad”. Establece además que “la voluntad del paciente de no ser informado o la de delegar en otra persona la información, deberá ser respetada”. En este Código se recomienda al Médico a consignar el consentimiento del paciente por escrito y se le insta, frente a la imposibilidad de obtener el consentimiento, a prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

Alfredo Silva V.
Abogado Colegio Médico
Regional Valparaíso



Hospital de Casablanca

120 años de historia



El Hospital San José de Casablanca fue fundado en el año 1889, sin embargo su estructura sufrió grandes daños debido a los terremotos sucedidos en el siglo XX. Posteriormente se reconstruyó habilitándose dos hospitales, uno de hombres y otro de mujeres, ambos liderados por las Hermanas Franciscanas.

Luego de constantes reparaciones, en 1980 se creó el Servicio de Urgencia y cinco años más tarde se contaba con 32 camas de hospitalización. No obstante, ese mismo año, otro terremoto azotó nuevamente la infraestructura, siendo restaurado finalmente como consultorio, bajando la cantidad de camas a un número de seis.

Más tarde, considerando el aumento de la población que asciende a aproximadamente 30.000 habitantes, se ha vuelto necesario arrendar sectores aledaños para cubrir las necesidades.

Respecto al tema de la municipalización, en el año 1982 se traspasaron las postas rurales de Las Dichas, Lagunillas, Quintay,

Las Maitenes, por lo cual este hospital ofrece la Atención Primaria a casi el 80% de la población, además de parte de la hospitalización y Servicio de Urgencia.

La Atención Primaria está basada en un modelo de Salud Familiar, con la finalidad de evitar las derivaciones. Este hospital cuenta con más de un 90% de resolutivez tanto por Consultorio como por Servicio de Urgencia. Según su Director, Dr. Pedro López: "De acuerdo a las listas de espera evaluamos que las más alta para nuestro centro de Salud son la Oftalmológica, Ginecológica y Psiquiátrica, por lo cual instalamos para comenzar una UAPO (Unidad de Atención primaria Oftalmológica) con personal y equipamiento completo, a través de un convenio entre el Hospital y la Municipalidad", la cual ha dado excelentes resultados".

Otro aspecto positivo de este hospital es la óptima relación que mantiene con autoridades locales y la comunidad, ya que a través del Consejo Local de Salud, integrado por juntas de vecinos, la Dirección y miembros del hospital, se logran concretar

los objetivos ministeriales de acuerdo a las realidades ciudadanas.

Se destaca también el notable grado de capacitación de su personal, y la calidad de sus profesionales y médicos, que suman seis en la actualidad, 5 Generales de Zona y un Especialista en Salud Familiar.

Dentro de sus principales metas, se encuentra la instalación de un Laboratorio propio y Unidad de Radiología, sin embargo, el máximo proyecto es concretar la construcción de un sólo edificio como Hospital que concentre todos los espacios, equipamiento y personal necesarios de manera de optimizar el trabajo y mejorar la calidad del servicio, sobre todo en lo que respecta al Servicio de Urgencia debido a la alta cifra de accidentes de tránsito que se presentan en la ruta 68 donde constantemente se trasladan miles de personas e incluso autoridades políticas del país, constituyéndose este Centro de Atención, en una institución estratégica y adecuada para las necesidades que surgen en el sector y la comunidad.

Hospital de Peñablanca

Ex Sanatorio

Este Hospital, surgió como legado de Doña Juana Ross de Edwards, quien contaba con esta residencia como lugar de descanso para sus viajes entre Valparaíso a Santiago. Más tarde, en el año 1911, dispuso de aproximadamente 10 hectáreas para el tratamiento a los enfermos del pulmón y personas con tuberculosis, que fueran de escasos recursos o que carecieran de protección social, la mayoría trabajadores del puerto.

En la década del 50' atendía a cerca de 450 enfermos hospitalizados, con una población mucho menor a la actual en la Quinta Región, además era reconocido como Sanatorio en lugar de Hospital. Con el tiempo la epidemiología fue cambiando, así como también sus tratamientos ya que hoy el 90% de éstos se hace en forma ambulatoria, por lo tanto, de 400 hospitalizados se evolucionó hasta un promedio de 10 en la actualidad.

A esto siguió una fuerte disminución de pacientes, lo cual generó que se realizara un cambio de giro, se cerró el sector hospital y se transformaron algunas dependencias, para luego abrir una sala de Medicina General con otro tipo de pacientes. Se crearon los Servicios de Enfermería, en 1985 se creó la Unidad de Emergencia, luego el servicio de Rehabilitación, Kinesiología, Rehabilitación de Alcohol y Drogas, y los respectivos servicios de apoyo como Jardín Infantil, Rayos y Laboratorios.

En la actualidad, el Hospital tiene 90 camas, de las cuales 42 son de Medicina, 18 de Traumatología, 20 de Centro de Rehabilitación de Alcohol y Drogas, y las 10 restantes están en Tisiología. La demanda en la Atención de Urgencia es de aproximadamente de un promedio de 140 consultas diarias, con 2 médicos de turno de día, y fines de semana más un médico de turno durante la noche.

Los pacientes que llegan a Medicina son por ingresos propios desde la Unidad de Emergencia o son derivados de la red.

Desde el año 2008 el Hospital tuvo un incremento de 20 camas de pacientes de mediana complejidad o agudos, provenientes del Hospital de Quilpué y Gustavo Fricke, quienes padecen principalmente de neumonías, cáncer, infecciones urinarias, entre otros.

En lo que respecta a su personal, los funcionarios ascienden a 230, dentro de los cuales se cuenta con 11 Médicos, mientras que los demás se distribuyen de la siguiente manera: Un 24% son Técnicos Paramédicos; un 20% Auxiliares; un 25% Contratados a Honorarios; un 18% son Profesionales, de los cuales hay 23 personas que pertenecen a la ley médica; y 19 profesionales no médicos; y finalmente un 10% Administrativos.

Su Director, el Dr. Enzo Sepúlveda, habló de proyectos locales y provinciales señalando: "Principalmente, nuestra gran aspiración es que el Hospital de la Provincia de Marga Marga esté inserto en los terrenos de este hospital, con alrededor de 300 camas, que tenga todas las especialidades, UCI, Pabellón, Consultorio de especialidades, entre otros, y de esta forma disminuir las derivaciones".

Hoy se está trabajando intensamente en lograr el aumento de camas, hasta tener al menos 60 camas para Medicina, con completo equipo de Recursos Humanos, buen equipamiento para diagnóstico y tratamiento de pacientes. Se está invirtiendo para seguir mejorando y el hospital sea finalmente reconocido como un aporte a la red, que de resolución a las demandas y necesidades de la comuna.

Paola Quezada Q.
Periodista Panorama Médico



Epidemias durante la *Colonia*

(Segunda Parte)



LA VARIOLIZACIÓN

Los antiguos médicos de China e India habían observado que la viruela confería inmunidad, por lo que habían concebido la idea de provocar una forma leve de la enfermedad en una persona sana para prevenir que posteriormente pudiera contraer la forma grave de ella. Como la palabra latina para “viruela” es *variola*, el método fue conocido como “*variolización*”. Consistía en colocar en una de las ventanas de la nariz de la persona sana, una costra de viruela tomada de una persona que, habiendo

padecido una forma relativamente débil de la enfermedad, hubiese sobrevivido.

Posteriormente los árabes desarrollaron un método diferente, haciendo pequeños cortes en el brazo de una persona sana, frotando en la incisión el material obtenido del sobreviviente de la enfermedad.

Las personas sometidas a estos procedimientos desarrollaban habitualmente—pero no siempre—una viruela leve.

En la primera mitad del siglo XVIII el método de variolización era conocido en toda Europa, pero tenía tenaces impugnadores.

En Chile fray Pedro Manuel Chaparro comenzó a practicar este procedimiento en 1765. Este fue el primer experimento de prevención de enfermedades infecciosas efectuado en Chile. Dos años más tarde fray Manuel Chaparro inició sus estudios de medicina en la Universidad de San Felipe, finalizándolos en 1772.

Sin embargo la viruela había llegado a convertirse en una enfermedad endémica en Chile con frecuentes brotes epidémicos de diversa magnitud y la introducción de la variolización no logró superar el problema en los años siguientes. Esto se puede apreciar en un escrito del padre José Javier Guzmán, quien consignó lo siguiente: “*En los años 1801 y 1802, hayándome de Guardián en Curimón, se experimentó igual mortandad en la provincia*



Edward Jenner

de Aconcagua, pues pasaron de diez mil los que murieron en sólo los tres curatos de San Felipe, Curimón y Putaendo”.¹

La epidemia que se inició en 1806 llegó a Valparaíso en 1807. A fines de ese mismo año llegaría el doctor Manuel Grajales trayendo la vacuna a Chile en la Expedición de Balmis.

LA VACUNA Y LA EXPEDICIÓN BALMIS

La vacuna descubierta por Edward Jenner en 1796 consistía en infectar deliberadamente con una enfermedad leve, la “peste de las vacas”, a un individuo sano, quien desarrollaba dicha enfermedad. Ella le dejaba inmunidad permanente, evitando no sólo que volviese a contraer la peste de las vacas sino impidiendo que contrajese la viruela humana al verse expuesto a ésta. Hoy sabemos que ambas enfermedades son originadas por dos virus similares que producen inmunidad cruzada entre sí.

La vacuna fue enviada a América por Carlos IV en una expedición marítima que salió de La Coruña el 30 de noviembre de 1803 bajo la dirección del médico Francisco Javier Balmis; traía 25 niños que no habían estado enfermos de viruela acompañados por sus madres o nodrizas para que, infectándose sucesivamente brazo a brazo en el curso de la navegación, llegaran a las indias y demás colonias españolas.

Los niños que llevasen la peste de las vacas o viruela vacuna a cada país, ciudad o aldea, debían ser mantenidos por los cabildos.

Después de haber introducido la vacuna en Islas Canarias y en Puerto Rico, en Puerto Cabello, Francisco Javier Balmis dividió la expedición. Una parte, con Balmis a la cabeza, se encargó de propagar la vacuna por las Antillas, México y Centro América; otra, con Francisco Pastor, se quedaría en Yucatán; una tercera, con los licenciados José Salvany y Manuel Julián Grajales pasarían a Perú, La Plata y Chile. Llegaron a Lima en mayo de 1806 y entonces Salvany envió a fray Manuel Grajales y al cirujano Basilio Bolaños a Chile. La expedición llegó a Valparaíso los últimos días de diciembre de 1807, cinco años después de haber zarpado de España.

¹. Citado por Dr. Adolfo Murillo. *El Servicio de Vacuna en Chile*, Imprenta de Emilio Pérez, Santo Domingo 1760, Santiago, 1898, p. 4.

de sus beneficios tanto en las iglesias como en los colegios y otros lugares públicos que se prestaron a este propósito.

A los ocho días habían vacunado —en gran medida forzosamente— a no menos de 800 personas.

Después el doctor Grajales se trasladó sucesivamente a Quillota, Aconcagua, Casablanca, Melipilla y San Francisco del Monte, de donde partió a Santiago para llegar el 8 de abril. El Gobernador don Luis Muñoz de Guzmán había fallecido, por lo que se puso a las órdenes del Gobernador interino don Francisco Antonio García Carrasco, que nombró la primera Junta de Vacuna de Santiago el 10 de octubre del mismo año y la recomendó en nombre de Dios, del Rey y de la Patria. Según el doctor Grajales, allí hubo de luchar más que en Valparaíso pues se tuvo que recurrir a la fuerza para defenderse de las injurias y groserías del populacho que se resistía a recibir la “salvación”. El doctor Grajales se acercó en Santiago y el cirujano Bolaños en Colina y Renca.

La lucha contra la viruela debió continuarse durante un siglo y medio más, logrando erradicarse del país en 1954.

Dra. Carmen Noziglia D.
Profesora de Historia de la Medicina
Universidad de Valparaíso



Lo que pasó, lo que pasa y lo que pasará

Han pasado más de 2 años desde que escribí el primer artículo de esta serie sobre tecnología que el editor me pidió y por supuesto han pasado muchas cosas en este tiempo. Así es que es hora de ver hacia atrás y ver como han cambiado algunas de las cosas sobre las que he escrito, lo que está pasando ahora y lo que creo que pasará en el futuro cercano. No es que tenga, afortunadamente, una bola de cristal, pero el devenir de la tecnología se puede predecir a la luz de cómo avanzan las cosas actualmente.

LO QUE PASÓ

En el primer artículo hablé de los notebooks y señalé en el último párrafo de que el Mac Book Pro la llevaba con su memoria de 1 Gb, 100 Mb de disco duro y procesador Intel Core Duo, que se lo podían llevar a la casa por \$1.780.000. También les dije que en 6 meses ya estaría obsoleto y que costaría menos. La verdad es que fueron sólo 3 meses. El domingo pasado vi un computador con mejores características que ese por 300 mil pesos... y en un supermercado.

Después hablé del computador en la consulta y hablaba que bastaba con tener un Pendrive para almacenar los datos de la consulta. Bueno, en ese momento los Pendrives de mayor capacidad eran de 4 Gb, ahora son de 32 Gb y al mismo precio.

Cuando hablé de la fotografía digital, una cámara réflex de 10 Megapíxeles de resolución costaba 1 millón de pesos, hace 2 días vi una de 14 Mp por 500 mil y por cierto con un montón de mejores características.

Y cuando les hablé del iPhone señalé que éste era un celular que aún le faltaba mucho pero la llevaba con su novedosa interfaz. ¿Que pasó?, ahora todas las marcas de celulares tienen tecnología "Touch", son verdaderas máquinas multifunción y el dichoso iPhone ha tenido 2 evoluciones que ya lo han hecho de verdad un muy buen equipo.

LO QUE PASA

Como era de esperar, la tecnología avanza en forma exponencial y los precios y los tamaños disminuyen en forma lineal. Cuando hace 2 años atrás hablaba de los notebooks como los computadores portátiles, ahora se acuñó un nuevo término, los "netbooks", que son computadores personales portátiles de tamaño intermedio entre una "palm" y un notebook. ¿Cómo lo lograron?, simple, quitándole el disco duro... lo cual no significa que no tengan memoria de almacenamiento, sólo que ahora usan la misma tecnología que usan los Pendrives o el iPod para almacenar datos en tarjetas de memoria. Por cierto que ver en pantallas cada vez más pequeñas no

es fácil para las personas con dificultades visuales, pero se ha ganado mucho con el menor tamaño y peso. El término "Net" proviene del hecho que son computadores diseñados principalmente para estar conectados a la Internet en todo momento y lugar. De hecho algunos vienen con conexión 3G incorporada, esto es poder conectarse a través de la red de los celulares.

Las pantallas para los computadores, ya sea de escritorio o portátiles ya no sólo son planas y delgadas, sino que ahora tienen una resolución y un brillo 1.000 veces superior a lo que tenían hace 5 años.

Las cámaras digitales con 1 Megapíxel de resolución vienen ahora en display plásticos de regalo para niños y se sacan de las estanterías de los juguetes en los supermercados. Y si no se venden más cámaras digitales es porque todos los celulares ya las tienen, de 3 megapíxeles como mínimo.

LO QUE PASARÁ

Lo que pasará es la evolución lógica de lo que les he señalado anteriormente: Los discos duros dejarán de existir en los equipos portátiles, con lo cual pesarán menos y las baterías durarán más. En los equipos de escritorio seguirán existiendo, pero con tamaños del orden de los Terabytes (un millón de Megabytes), que por lo demás ya existen.

Cada vez se usará menos el teclado y el Mouse será pronto sólo un recuerdo. Las tecnologías táctiles ya están en pleno uso y evolucionan no sólo al tacto, sino que a la percepción del movimiento, inclusive de los ojos. El Nintendo Wii, un juego, ya usa esas tecnologías.

Las pantallas ya no serán de LCD o Plasma, sino que de LEDs, más brillantes, delgadas y ecológicas. Y a diferencia de lo que pasa con la tecnología, que propende a la miniaturización, éstas serán cada vez más

grandes, pudiendo tener una pared cubierta con una sola pantalla para tener un verdadero cine en la casa.

Las impresoras seguirán evolucionando cada vez más a multifuncionales láser color cada vez más económicas... aunque cada vez más imprimiremos menos.

Los teléfonos evolucionarán a ser todos verdaderos computadores personales móviles, todos multifuncionales, con cámaras que llegarán muy pronto a los 10 megapíxeles, con memorias de no menos de 32 Gb.

Hablando de estar conectados, la red 3G (la llamada Banda Ancha Móvil) será rápidamente desplazada por la Red WiMax, de mayor ancho de banda y cobertura que la primera y por cierto más barata, que ya está en licitación en Chile.

Todos los reproductores de música tendrán funcionalidades de video, hasta con capacidad de proyección y gran capacidad de memoria.

Los DVD y los CD definitivamente desaparecerán y el almacenamiento será sólo en tarjetas de memoria, muchas más dúctiles, livianas, duraderas y baratas que esas tecnologías, además de poseer mucha más capacidad de almacenaje (un pendrive de 4 Gb del porte de una uña almacena lo mismo que un DVD).

Y lo que pasará inmediatamente después de terminado este artículo es que mucho de lo que dije que pasará ya será pasado y una sola cosa será cierta... que con esto se cierra un ciclo y todo esto sólo será un recuerdo, que si algún día mis nietos los leen se reirán de buena gana de las leseras anticuadas que hablaba el viejo del abuelo.

Hasta siempre.

Dr. José Patricio Hono S.

Y lo que pasará inmediatamente después de terminado este artículo es que mucho de lo que dije que pasará ya será pasado y una sola cosa será cierta...



XIII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología



El próximo 13 y 14 de agosto, en Hotel Sheraton Miramar de Viña del Mar, se realizará el XIII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología "Geriatria: Una mirada al futuro" organizada por la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. Esta jornada considera temas como terapias en las demencias; Alzheimer; Osteoporosis; Trastornos del sueño; Bioética y envejecimiento; Ortopedia, entre muchos otros, convocando a todos los profesionales que se desenvuelven en estas áreas de la medicina y/o tengan particular interés en

conocer mayor información sobre lo último en estas ramas de la salud. Las inscripciones están en el sitio web www.socgeriatria.cl o al e-mail: sggch.unete@gmail.com. Los valores son según lo siguiente:

- Socios cuota al día: Sin costo**
- Médicos: \$45.000**
- Médicos socios SMS: \$35.000**
- Otros profesionales: \$30.000**
- Becados: \$25.000**

Encuesta online Departamento Deportes

Como un acto de reconocimiento a la profesión, el Dr. Guillermo Pardo Novoa, actual Director (s) del Hospital Carlos Van Buren, fue nombrado "Ciudadano e Hijo Ilustre" de Valparaíso. Es el 2º médico colegiado con esa distinción, el anterior fue el Dr. Antonio Orellana Tobar, Jefe de Neurocirugía del Van Buren el año 2007.

http://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=s_2fUCnzNV4JLpzy4v0ZcF8Q_3d_3d

Obituario



Dr. Elías Bitrán P.
(1927 / 11-05-2009)

Nació en La Serena, este médico desarrolló sus estudios de medicina en la Universidad de Concepción, durante dos años, para luego trasladarse a la Universidad de Chile en Santiago. Comenzó a adentrarse en el ejercicio médico en el Hospital Salvador y luego al Hospital de Los Ángeles. Posteriormente trabajó en el Hospital San Felipe. Alentado por el Dr. Kaplan, en 1960

ingresó al Servicio de Cirugía del Hospital Naval de Valparaíso y simultáneamente a la Asistencia Pública del Hospital Gustavo Fricke, donde en 1984 fue designado Jefe de Cirugía, obteniendo un gran crecimiento como médico y persona. Su deceso fue el 11 de mayo del presente año, dejando memorables recuerdos en sus más cercanos colegas y amigos.



Dr. Luis Cabrera S.
(1930 - 2009)

Nació en Villarrica el 5 de mayo de 1930. Estudió Medicina en la Universidad de Chile, donde se titula como Médico Cirujano en enero de 1955 y posteriormente se especializa en Obstetricia y Ginecología. Fue Director Médico del Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús por más de 20 años. Es reconocido como una persona inquieta pues fue fundador de las Damas de Rojo en Ovalle,

creador del Banco de Sangre para el Hospital, Vicepresidente del comité organizador en un curso Internacional sobre enfermedad de Chagas y creador también de la Sociedad Científica Limarí. Falleció en la ciudad de Viña del Mar el 28 de abril, sus cenizas fueron esparcidas desde el Club Aéreo de Ovalle, lugar que tanto amó.



Dr. Joel del Carmen Andrade U.
(1929 - 2009)

Joel del Carmen Andrade Urra, nació el 20 de abril de 1929, en Yungay, pueblito de la 8va región. En 1962, recibe su diploma de Médico Cirujano, de la Universidad de Buenos Aires (UBA). En 1964 Convalida su título en la Universidad de Chile.

Fue miembro de diversas sociedades médicas de la especialidad, participando activamente en ellas, presentando además, numerosos trabajos científicos en diversos congresos y simposios, con el fin "de mantenerse siempre al día" en su materia.

Trabajó en los Hospitales Roberto del Río, como especialista en Cirugía Infantil y Ortopedia y en el servicio de urgencia del Hospital Calvo Mackenna.

En enero de 1966, traslada su residencia a la localidad de Talca, donde crea el Servicio de Cirugía Infantil y Ortopedia en el hospital regional de la zona. Aquí, es uno de los precursores de la separación del servicio de Ortopedia y Traumatología de niños.

En 1979 publicó su libro: "Ortopedia y Traumatología Pediátrica", donde plasmó todos los conocimientos adquiridos durante su vida laboral, y cuya realización lo llenó de orgullo, al igual que el tener como creador de su carátula a Renzo Pecchenino, "Lukas".

El 1º de agosto de 1969 gana concurso de Médico en Ortopedia y Traumatología Infantil y se une al Hospital Gustavo Fricke, en Viña del Mar, donde trabajó por casi 33 años.

Realizó diversos Cursos, tanto para médicos especialistas como para aquellos que no lo eran, con el convencimiento de que el beneficio de entregar conocimiento era muy importante y necesario, tanto para sus colegas como para sus pacientes.

Durante este tiempo fue docente de la Universidad de Chile, sede Valparaíso, por 10 años. Colaboró atendiendo niños en el Sanatorio Marítimo y la Teletón, trabajó en el COMPIN, del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y en la Urgencia del Hospital Enrique Deformes en Valparaíso, entre otros.

Su último trabajo, presentado y publicado el año 2005, se tituló "Displasia Congénita de Caderas, 30 años de seguimiento", demostrando una vez más, lo esforzado, metódico, y dedicado que fue, plasmando así, aquel amor que sentía tanto por su trabajo como por sus pacientes, a través de tantos años.

Se comunica el fallecimiento de la Doctora Ruth Isbej S., cuyo deceso fue el pasado 26 junio del presente año. Nuestras condolencias a familiares y amigos.

Dra. Ruth Isbej S.
(1935 - 2009)

Jueves 13		Viernes 14		Talleres	
Hora	Salón Bulnes	Salón Montt	Hora	Salón Bulnes	Salón Montt
08:00 - 08:30	Inscripciones		08:30 - 10:00	Plenaria "Osteoporosis" Auspiciador Principal Novartis Presidente: Dr. Mario Gussman O. Presenta: Dr. Juan Pablo Nedemann G.	
08:30 - 09:00	Bienvenida e Inauguración Presidente del Congreso Dr. Alejandro Varas B. Presidente de la Sociedad Dr. Augusto Brizolara S.		10:00 - 11:00	Plenaria "Estado actual de la investigación en la enfermedad de Alzheimer" Presidente: Dr. Homero Gac E. Presenta: Dr. Pierre-Jean Dussart	
09:00 - 10:00	Plenaria "Desarrollo de la Geriatria Hospitalaria" Presidente: Dr. Victor H. Carrasco M. Presenta: Dr. Pedro Gil G.		11:00 - 11:30	Presentación trabajos libres modalidad Poster Presidente: Dra. M. Trinidad Hoyl M.	
10:00 - 11:00	Plenaria "Nutrición y Demencia" Presidente: Dr. Augusto Brizolara S. Presenta: Dr. Pierre-Jean Dussart		11:30 - 12:00	Café	
11:00 - 11:30	Café		12:00 - 12:45	Conferencia "Dislipidemias (¿Guiando y a quién tratar?) Presidente: Dr. Juan C. Molina Y. Presenta: Dr. Eduardo Bastias G.	Simpósio "Enfrentamiento actual a la incontinencia urinaria en personas mayores" Presidente: Dr. Sergio Castro H. Presenta: Dra. César Descovènes Y., Mariona Octavia Binos S. y Klga. Susana González J.
11:30 - 12:15	Simpósio "Fragilidad: del concepto a la práctica clínica" Presidente: Dr. Eduardo Valenzuela A. Presenta: Dra. Marcela Carrasco G. y Dr. Patricio Herrera V.	Simpósio "Beneficios Previsionales y sociales del Adulto Mayor en Chile." Presidente: Dra. Rosita Kumbel M. Presenta: Dra. Valeria Vidar R. y Dra. A. Marcela Arias B.	12:45 - 13:30	Plenaria "Ejecución de Políticas sobre envejecimiento en Chile" Presidente: Dr. Pedro P. Marín L. Presenta: Representante Comodoro Eduardo Frei Ruiz-Tagle, Sebastián Piñera Echevarría y Marco Henríquez-Ominani	
12:15 - 13:00	Simpósio "Experiencias en Hospitalización domiciliar y Hospital de Día" Presidente: Dr. Iván Sobarzo O. Presenta: Dra. Valeria Vidar R. y Dra. A. Marcela Arias B.	Simpósio "Implicaciones Médico Legales de las Demencias" Presidente: Dr. Salvador Santí C. Presenta: Dr. Luis Ravanel Z. y Abogado Sr. Alfredo Silva G.	13:30 - 14:30	Receso para Almuerzo	
13:00 - 14:00	Receso para Almuerzo		14:30 - 15:30	Plenaria "Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor y Deterioro Cognitivo" Presidente: Dra. M. Trinidad Hoyl M. Presenta: Dr. R. Daniel La Greca	
14:00 - 15:00	Conferencia "Deterioro cognitivo mínimo": Laboratorio Preferente Mauer Presidente: Dr. Carlos Garrido A. Expositor: Dr. Marcelo Di Giorgio G.	Conferencia "Nutrición en el Anciano: Recomendaciones y Alternativas" Auspiciador Preferente Abbott Presidente: Dr. Federico Leighan P. Expositor: Dr. José Manuel Reuss F.	15:30 - 17:00	Plenaria "Manejo del Dolor en el paciente Adulto Mayor: Una mirada a la terapia tópica y transdérmica" Laboratorio Principal Grunenthal Presidente: Dr. Victor Hugo Carrasco M. Presenta: Dra. Cecilia Georgi J. y Dra. María Antonieta Rica P.	
15:00 - 15:45	Conferencia "Bioética y envejecimiento" Presidente: Dra. M. Ester Memoni L. Expositor: Dr. M. Domingo Castillo S.	Simpósio "Parkinsonismo en el Adulto Mayor" Presidente: Klga. Esteban Somlai D. Expositor: Dr. Pablo Venegas F. y Dra. Lisette Duque P.	17:00 - 17:30	Café	
15:45 - 16:15	Café		17:30 - 18:30	Plenaria "Terapia actual e innovación en el tratamiento de las Demencias" Presidente: Dr. Pedro P. Marín L. Presenta: Dr. Pedro Gil G.	
16:15 - 17:45	Plenaria "Demencia Vascular: De los criterios diagnósticos a la funcionalidad" Auspiciador Principal Lundbeck Presidente: Dr. Patricio Fuentes G. Presenta: Dr. Gustavo Rohde C.		18:30 - 19:15	Presentación Trabajos Libres Presidente: Dra. Marcela Carrasco G.	Presentación Trabajos Libres Presidente: Dr. Pedro P. Marín L.
17:45 - 18:30	Presentación Trabajos Libres Presidente: Dr. Augusto Brizolara S.	Presentación Trabajos Libres Presidente: Dra. Juana Silva O.	19:15 - 20:00	Conferencia "Trastornos del sueño" Presidente: Dr. Ernesto Rojo E. Presenta: Dr. Patricio Peivano C.	Simpósio "Ortopedia: un nuevo modelo de atención" Presidente: Dr. Homero Gac E. y Dr. Julio Urrutia E.
18:30 - 19:15	Conferencia "Disfunción-Prtesis de Rodillas" Presidente: Dr. José L. Duranarua M. Presenta: Dr. Cristian Godoy B.	Conferencia "El anciano en la Unidad de Rodillas" Presidente: Dr. M. Domingo Castillo S. Presenta: Dr. Juan Edo. Sánchez Y.	20:00 - 20:30	Ceremonia de Clausura y entrega de certificados	
19:15 - 20:15	Asamblea de Socios, elección de directivos.		21:30	Cena de Clausura por adhesión y Homenaje Adulto Mayor destacado.	



“Un Hombre Afortunado”

Alfaguara, ediciones 2008 / Feria Chilena del Libro



“Un Hombre Afortunado” es difícil de identificar con un modelo literario. No es una novela. Tampoco es un ensayo clásico. Su autor, John Berger, es un artista que se inició como pintor y se consagró en la literatura inglesa en los géneros de la novela, ensayos, teatro y poesía. En 1967, junto al fotógrafo Jean Mohr, emprendieron la aventura de penetrar en la vida de un médico rural inglés.

Esta experiencia se construye sobre la vida del doctor John Sassall. Desconocemos el nombre del poblado, de la esposa y de los probables hijos de este protagonista, porque carecen de relevancia. Creamos, sin embargo, una imagen de Sassall, a través del relato que invade su entorno y nos proporciona sus pensamientos.

Tiene altibajos. Son naturales, en un estilo literario que “simplemente rompe todos los moldes” (Sean O’hagan) y cuyo resultado

es “una revolución innovadora de las formas literarias”.

Al iniciar la lectura, encontramos relatos breves que no conducen a una temática tradicional. Es la forma que escoge Berger para introducirnos en el mundo de la medicina rural. Luego comienza la invasión en la vida de Sassall, para posteriormente describir la relación del médico con sus pacientes y con la comunidad. Aquí comenzamos a identificar a Sassall con todos los médicos rurales, con nuestros generales de zona, especialmente en comarcas apartadas. A ello se suma el exquisito aporte de una fotografía en blanco y negro, que desnuda acciones y a personas, en retratos de la vida.

A falta de un guión, la vida de Sassall se matiza de los pensamientos del autor, que discurren en una meditación sobre la vocación médica, sobre la estructura social de Inglaterra, sobre el destino del hombre, y Sassall pasa a compartir el liderazgo del relato con un análisis antropológico y social de Berger, que nos enlaza con el relato.

Indiferente a los altibajos, lo que lleva a dejarnos encantar por la lectura es la identificación con la vocación, el llamado a meditar sobre las sentencias y reflexiones del autor, que van más allá de la profesión médica y “La prosa hipnótica, a mitad de camino entre la narración y el estudio antropológico”.

No es un libro para encontrar suspenso, anécdotas ni recursos dramáticos. Es un libro para reflexionar sobre nuestro destino, sobre nuestra vocación y nuestros objetivos de vida. Para tener más claro el concepto de Alejandro Goic, sobre el significado de “Ser un buen médico”.

Recomendado para todos los médicos. En especial para: quienes compartieron el desafío de ser médicos rurales. También para los docentes que enseñan la Medicina (con mayúscula) y para los alumnos que escogieron esta vocación.

Dr. Eduardo Bastías G.

Libro

Violín virtuoso: El arte de Joshua Bell

Hace unas pocas semanas vino a Chile el violinista Joshua Bell, con una historia de virtuosismo violinístico plasmada en numerosas grabaciones. Este artista, pese a su juventud, ha madurado con rapidez, y sus interpretaciones tienen el sonido de un artista experimentado y al mismo tiempo la fogosidad adolescente. Entre los discos actualmente disponibles se encuentran estos tres CD en los cuales Bell interpreta todas aquellas encantadoras piezas breves o “encores” (propinas musicales) que

son ampliamente conocidas de autores como Kreisler, Bizet, Mozart, Schubert, Mendelsohn, Tchaikovsky y muchos otros.

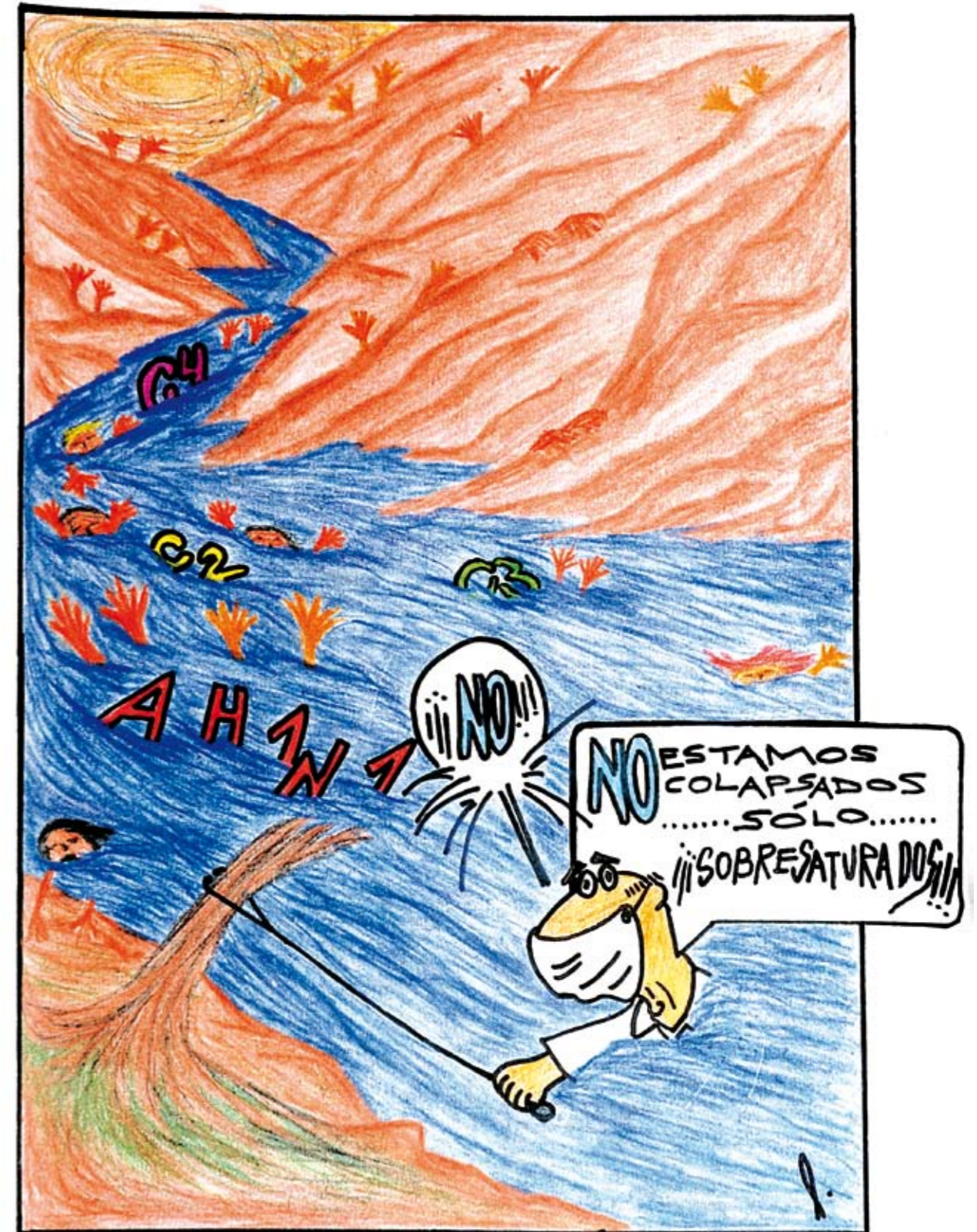
Uno de los muchos méritos de estos discos es haber grabado en sonido digital esta música que sólo existía en grabaciones muy antiguas, de la era del vinilo y del acetato de 78 rpm. Todo un deleite para los amantes del violín. Recomendable.

Dr. Juan Eurolo M.



Música

Unidad de emergencia... y su realidad





Cecilia Ramos
Oficina Prat
Valparaíso
Teléfono: 2323200

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

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

Itaú perfecto
para usted