



Itaú

CECILIA RAMOS
Ejecutivo Comercial

Libertad 971, Viña del Mar
Fono: 2795822
Celular: 9-8432185
e-mail: mramos2@itau.cl

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

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

Itaú perfecto
para usted



Panorama Médico

Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 20 N°83 Septiembre 2010



Tragedia en la mina San José

ESTO ES



MASVIDA

Médicos comprometidos
con tu salud



800 800 262

www.masvida.cl



PANORAMA MÉDICO

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

Colaboradores
Dr. Fernando Novoa S.
Dra. Teresa Veas N.
Dr. Hernán Lillo N.
Dra. Carmen Noziglia D.
Dr. Eduardo Bastías G.
Dr. Víctor Villegas F.
Alfredo Silva V.

Periodista
Sandra Valenzuela T.

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

Representante Legal
Dr. Juan Eurolo M.
Los Acacios 2324,
Miraflores Bajo, Viña del Mar
Fono: (32) 2677982

Producción & Publicidad
Fono: (32) 2677982

Email:
reg.valparaiso@colegiomedico.cl
reg.valparaiso@gmail.com

Sitio Web
www.colegiomedicovalparaiso.cl

Diseño
Marco Antonio Pereda Vallejos

Impresión
Orgraf

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



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

Reflexiones sobre el 2010

Se fue el año 2010. El año del Bicentenario de nuestra Independencia, lo cual es verdad sólo en parte, puesto que la verdadera independencia se logró varios años más tarde.

Parece ser que los centenarios, sesquicentenarios y bicentenarios nos hacen proclives a las desgracias puesto que la historia nos muestra los numerosos problemas que han ocurrido en esas fechas. Esta vez nos tocó un sismo de grandes proporciones que asoló parte de nuestro país con toda su escalada de problemas, entre ellos el enorme daño provocado al patrimonio hospitalario de las áreas afectadas. Hace 50 años, para el sesquicentenario de 1960, otro sismo, el más devastador registrado en el mundo moderno también destruyó parte del territorio nacional.

El Bicentenario nos trajo también un cambio de gobierno donde además de cambiar autoridades, también cambió el signo político de quienes nos gobiernan desde el 11 de marzo. Las nuevas autoridades, especialmente el Ministro de Salud Jaime Mañalich, se ha mostrado desusadamente cordial y dispuesto a buscar solución a los problemas que el Colegio Médico ha planteado. El Presidente Piñera le hizo llegar nuestra Carta a los Candidatos a la Presidencia con una serie de observaciones para que fueran trabajadas con nuestro Colegio y hasta aquí no ha habido conflictos serios al respecto. Sin embargo, no puedo dejar de mencionar la paupérrima situación presupuestaria de los hospitales públicos, que hace incumplible cualquier compromiso de gestión. También preocupante es la implementación del llamado Bono Auge, mediante el cual se traspasará la atención de listas de espera del Auge al sistema privado, lo que por un lado significa ingresos a nuestros colegas en el extrasistema pero por otro lado llevará al sistema público al colapso final con todo lo que eso implica. Interesante es mencionar que este bono no es más que la aplicación de la ley vigente desde hace casi 6 años, promulgada por Ricardo Lagos durante su mandato.

Lo que sí fue un gran logro para la región fue la obtención de 6 cargos de 28 horas de medicina interna para el hospital Van Buren –resultado de un largo conflicto iniciado por nuestro gremio el año 2009–, y también el compromiso de construcción del hospital Fricke y de otros 2 centros hospitalarios en la región.

Un gran saludo a todos nuestros colegas y les deseo un muy buen año 2011.

Índice

Palabras del Presidente <i>Reflexiones sobre el 2010</i>	01
Editorial <i>Confianza</i>	03
<ul style="list-style-type: none"> □ Gremial <i>Dr. Juan Eurolo Montecino:</i> <i>"El Colegio Médico no hará ninguna defensa corporativa, pero tampoco permitiremos que se nos enlode"</i> 	04
<ul style="list-style-type: none"> □ Facetas <i>Dr. Max Grez Mancilla:</i> <i>"La gracia es tratar de engañar al pez"</i> 	08
<ul style="list-style-type: none"> □ Ética <i>¿Es éticamente aceptable lo que estamos haciendo en trasplantes?</i> 	12
<ul style="list-style-type: none"> □ Maestros <i>Dr. Carlos Alonso Raby</i> 	14
<ul style="list-style-type: none"> □ Tragedia Minera <i>Dr. Andrés Llarena Astudillo:</i> <i>"Haber participado de este proceso fue todo un honor"</i> 	16
<ul style="list-style-type: none"> □ Semblanza <i>Dr. Hugo Max Grove Fontaine</i> 	20
<ul style="list-style-type: none"> □ Historia de la Medicina <i>El Escorbuto - Parte I</i> 	22
<ul style="list-style-type: none"> □ Normas y Medicina <i>Las Asociaciones Gremiales de Médicos Especialistas de la V región</i> 	24
<ul style="list-style-type: none"> □ Médicos escritores <i>"El agua tiene memoria"</i> <i>Dr. Víctor Pablo Villegas</i> 	26
<ul style="list-style-type: none"> □ Obituario 	30

Confianza



Dr. Guillermo Arístides F.
Director revista Panorama Médico

De acuerdo al calendario Chino, este 2010 corresponde al año del Tigre. Y para los chilenos se trató de un felino en su estado más salvaje, que dejó profundas huellas en cada zarpazo que nos dio. En el terremoto de febrero, en la tragedia minera de agosto (de la que damos cuenta en esta edición) y también en el reciente incendio de un penal (de paso no está de más recordar que en el calendario Chino el año comienza y termina en febrero).

No obstante, cada crisis es una oportunidad para reinventarnos, para tomar metas más altas y con raíces más profundas. Porque cuando enfrentamos una crisis lo primero que definimos son nuestras prioridades y volvemos a la esencia de lo que nos motiva: la familia, el AMOR (como cantaría Fito Páez, "escucha al corazón, ése es el cable a tierra").

Esta época del año, adecuada para los balances, también lo es para las proyec-

ciones. Proyecciones de un 2011 que será el año del Conejo, según los chinos; más tranquilo y apacible, dicen. Así lo esperamos. Y sin duda que el riel por donde se mueve el carro de la esperanza que alberga nuestros sueños y proyectos, se llama CONFIANZA.

La confianza, tan relacionada con la Fe y la lealtad, es la llave que abre nuestro corazón al amor. Por lo tanto confiemos que este 2011 en nuestro país no tendremos nuevas tragedias, que como gremio sabremos enfrentar las amenazas que se nos presenten, y que como personas seremos capaces de darnos cuenta que la felicidad que se persigue no existe, que es más bien infelicidad en el ahora, que la única felicidad que importa es la que se tiene en el presente.

Es un buen momento para desearles Muchas Felicidades y un Próspero Año Nuevo.



Dr. Juan Eurolo Montecino, presidente del Consejo Regional Valparaíso

“El Colegio Médico no hará ninguna defensa corporativa, pero tampoco permitiremos que se nos enlode”

El facultativo se refirió en extenso a las denuncias de incumplimiento de horarios médicos y a la problemática suscitada con las licencias médicas.

Los denuncias de proporciones han marcado este año 2010 para el gremio. La primera, realizada por Ciper Chile y publicada en la Revista Qué Pasa, buscó comprobar durante un año los incumplimientos horarios por parte de médicos pertenecientes a cinco hospitales públicos de Santiago (Félix Bulnes, Sótero del Río, San Borja Arriarán, Del Salvador y Barros Luco). La segunda, las irregularidades detectadas en el otorgamiento de licencias médicas que fueron fiscalizadas por la Dirección del Trabajo y la COMPIN regional.

Ante ambas situaciones, Dr. Juan Eurolo, presidente del Consejo Regional Valparaíso, es categórico: “el Colegio Médico no se va a prestar para ninguna defensa corporativa que nos involucre, ya sea en el caso de los horarios, las licencias médicas u otros”. No obstante, el facultativo deja en claro que tampoco se puede permitir que se enlode el prestigio de la inmensa mayoría de los colegas del sector público que a diario dan una dura pelea por ofrecer un buen servicio ante una conocida carencia de recursos y en difíciles condiciones.

LAS ENFERMEDADES NO TIENEN HORARIO

Respecto de la denuncia por incumplimiento de horarios, Eurolo asegura que el Colegio Médico va a defender que se cumplan las jornadas laborales, “pero a su vez esperamos que se entienda que nuestras jornadas deben ser flexibles. Las enfermedades no tienen horario y por lo tanto el médico tampoco”.

Para nadie es desconocido que con frecuencia los médicos tienen que superponer sus horarios para poder cumplir con todas sus obligaciones, por lo que “en muchos casos no se puede aplicar cartabones rígidos como el control biométrico o los relojes controles en general, porque no toman en cuenta, por ejemplo, situaciones como que un médico opera a un paciente un día viernes y se ve en la obligación de hacerle visitas médicas los días sábado y domingo en que él no tiene horario contratado, pero lo hace porque sabe que es parte de su responsabilidad”, explica el directivo.



Situaciones como las descritas son diversas. En ocasiones el médico tiene que quedarse realizando una cirugía o un procedimiento mucho más allá del horario contratado porque no puede dejar a un paciente a mitad de una operación. A diferencia de otros profesionales, el médico sencillamente no tiene la posibilidad de dejar trabajo pendiente. Eurolo aclara que “como gremio le hemos pedido a las diferentes autoridades de turno una flexibilidad laboral que permita cumplir con el horario contratado. Entonces, por ejemplo, si un médico está contratado por 22 horas en un hospital, que exista la posibilidad de que las cumpla según lo que requiera su trabajo, pudiendo hacerlo, por ejemplo, en 3 días, trabajando algo más de 7 horas diarias”.

El presidente regional de los médicos asegura que el mismo Ministro de Salud, Jaime Mañalich, habría desechado la idea del control biométrico, aunque usando un argumento diferente al del gremio; esto es, que cuando los médicos sean obligados a someterse al control biométrico podrían solicitar y exigir el pago de las horas extraordinarias de los días u horas en que tuvieron que quedarse más allá del horario contratado. Claramente esta situación no es del agrado de las autoridades, que tienen más que suficiente con las horas extraordinarias del resto del personal del servicio público, que ha derivado en un presupuesto altamente sobresaturado. Y en este escenario no sería nada beneficioso para el sistema público de salud tener a un gremio poderoso como el de los médicos presionando por este legítimo derecho a que se le paguen las horas extras.

FALTA VISIÓN “MÉDICA”

Por otro lado, pese a que el Ministro de Salud también reconoce la necesidad de una flexibilización del horario médico, no sucede lo mismo con las autoridades locales, que no obstante tener la autonomía para decidirse por esta vía, no lo hacen. Según el Dr. Eurolo, la razón no sería un tema de voluntad, sino falta de visión médica. “Sucede que hay personas, algunos que no son médicos y otros que pese a serlo se han dedicado a la administración, y de alguna manera han adoptado otra forma de pensar ‘no médica’, y por lo tanto tienden a ser severos e incluso, en algunos casos, hasta malintencionados”, asegura.

Para el presidente regional de los médicos, el ideal sería que se los pudiera medir en función de la labor realizada más que del

horario cumplido, como sucede en otros países y en muchas empresas privadas también, donde a los profesionales se les encargan tareas, les dan plazos, y luego se los evalúa por rendimiento. Y quienes marcan control biométrico son los empleados de la esfera administrativa.

Ahora, si bien el gremio demanda flexibilizar el horario médico, también reconoce la necesidad de contar con mejores mecanismos de control del cumplimiento de éste. “Exigimos la flexibilidad del horario para basarlo en relación a los requerimientos de nuestros pacientes y nuestras actividades, pero por otro lado, creemos que los jefes de los servicios clínicos tienen que tomar más seriamente la responsabilidad de controlar el horario médico”, señala Eurolo.

Con un mejor mecanismo de control se podría haber comprobado, por ejemplo, uno de los casos que denunció el reportaje publicado por Qué Pasa, donde un médico que a las 10.30 de la mañana apuntó en el libro de asistencia las 8 de la mañana como su hora de llegada. “Cuando se le preguntó en la investigación sumaria por esta situación, dijo ‘muy sencillo, porque cuando llego casi siempre tengo problemas para estacionar el auto, y cuando lo dejo más lejos del hospital me voy directo a hacer el policlínico, para no perder tiempo, y luego subo al piso que corresponde a firmar el libro con la hora que realmente llegué’. Y cosas como ésas suceden todos los días y a cada rato en los hospitales”, afirma.

LICENCIAS MÉDICAS FRAUDULENTAS

Por otro lado, cuando aún no amainaba el malestar por el reportaje de la revista Qué

Pasa, la Orden acusó un nuevo golpe, esta vez como resultado de supuestas irregularidades detectadas en el otorgamiento de licencias médicas que fueron fiscalizadas por la Dirección del Trabajo y la COMPIN regional.

De acuerdo a la información oficial, los hechos que configurarían el delito de estafa se habrían registrado entre los años 2008 y 2009 (ver recuadro) y se habrían concretado mediante la falsificación de firmas y de instrumento público.

Para el presidente del Regional Valparaíso las primeras denuncias fueron claramente tendenciosas, con una propensión por querer dejar al médico como culpable de que se hayan dado licencias fraudulentas y donde falla la metodología aplicada.

“Ocurrió que un superintendente, que no es el de ahora, tomó cerca de 60 casos e interpuso una denuncia, con acusaciones muy duras en contra de los médicos, sin escarbar más, sino que poniendo a todos los médicos en entredicho y de una forma muy mediática”, sostiene. Y como era de esperarse, tales declaraciones indignaron a los médicos, porque incluso se filtraron los nombres de algunos de ellos. “Entonces, yo creo que hay que ser muy cuidadoso cuando se denuncian este tipo de situaciones, sobre todo porque creemos que el tema de las licencias médicas tienen un trasfondo más profundo que sólo el fraude”.

En ese sentido, es ampliamente sabido que hay personas que inventan dolencias para obtener una licencia médica que les permita tener unos días de descanso, y detectar cuándo se está frente a casos

Licencias Médicas tramitadas por Subcomisión. Región Valparaíso



Fuente: Secretaría Regional Ministerial de Salud, Región de Valparaíso.

"Yo no tengo motivos para no creerle (al paciente) y no darle una licencia. Y lo mismo pasa si un paciente me dice que trabaja en tal o cual empresa. El médico no tiene cómo saber si la empresa existe o no"

como éste no es simple. "Si un paciente me dice que le duele algo o que siente una determinada molestia yo no tengo motivos para no creerle y no darle una licencia, que puede ser parte del tratamiento de su malestar. Y lo mismo pasa si un paciente me dice que trabaja en tal o cual empresa. El médico no tiene cómo saber si la empresa existe o no", explica Eurolo.

Ante estas denuncias el Consejo Regional Valparaíso solicitó al Secretario Regional Ministerial de Salud, Dr. Jaime Jamett, una reunión para analizar el tema. En dicha ocasión la autoridad dio a conocer 8 puntos por donde una licencia médica puede ser considerada fraudulenta (ver recuadro). Y de esos 8, sólo en 3 se reconoce la acción de médicos. En ese sentido, el Seremi de Salud reconoció como un error comunicacional el haber hablado de licencias "emitidas", pues ello supone la intervención del médico en el fraude, cuando en realidad debió haberse hablado de licencias "cobradas".

LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA

Para salvar todos los problemas derivados

Licencias Médicas, formas de defraudación

1. Paciente que engaña al médico con una patología inexistente por la cual el facultativo emite la licencia.
2. Paciente que emplea el reposo prescrito para realizar otra actividad remunerada o no remunerada.
3. Médico que emite una licencia a sabiendas que no corresponde, siendo el reposo inexplicable completa o parcialmente.
4. Paciente que, a sabiendas y con la anuencia de su empleador, adultera documentación y aumenta su remuneración inexplicablemente, para provocar un aumento en el reembolso de licencia médica.
5. Paciente que, sin el conocimiento de su empleador, adultera documentación aumentándose las remuneraciones para provocar un aumento en el reembolso de su licencia médica.

6. Paciente que, sin estar ejerciendo un trabajo remunerado y formal, simula una relación laboral con una empresa inexistente.
7. Paciente que, sin estar ejerciendo un trabajo remunerado y formal, simula una relación laboral con una empresa existente, con el consentimiento del supuesto empleador.
8. Paciente que, sin estar ejerciendo un trabajo remunerado y formal, con una empresa existente, sin el consentimiento del supuesto empleador.



Fuente: Secretaría Regional Ministerial de Salud, Región de Valparaíso

ESCASEZ DE TALONARIOS DE LICENCIAS

En la reunión con la Autoridad Sanitaria, la directiva del Regional Valparaíso despejó las dudas respecto a que la escasez de licencias médicas acontecida durante el mes de octubre y parte de noviembre se debiera a la intervención de la autoridad como un modo de frenar la emisión de licencias. "El Seremi nos explicó que fue un desabastecimiento real de talonarios causado por esta imprevista alza en el número de licencias, debido fundamentalmente a la epidemia de gripe que afectó a mucha gente que efectivamente tuvo que dejar de trabajar, y que agotó las licencias destinadas para todo el año", señaló Eurolo.

del actual sistema de licencias médicas, diversas han sido las voces que llaman a implementar la licencia electrónica. Sin embargo, para el presidente del Consejo Regional Valparaíso, esta idea "parece buena, pero tiene dos inconvenientes".

En primer lugar estaría el problema de que hay un grupo importante de médicos – particularmente quienes se desempeñan en zonas rurales– que carece de sistemas informáticos en sus consultas, y no tendrían forma de acceder a este sistema electrónico. Incluso hay muchos centros médicos que no tienen acceso a internet para acceder a la información en línea. Y ante esto, los aspectos operativos de este nuevo sistema deberán eventualmente ser tomados en cuenta por los legisladores.

El segundo inconveniente –el que más preocupa al gremio– dice relación con quienes tendrían a su cargo el sistema de licencia electrónica. "Cuando se ha intentado implementar esto, las dos únicas empresas que han manifestado interés son aquellas vinculadas al mundo de las isapres, y eso significa que nuevamente tenemos a estas instituciones tratando de ser juez y parte en el sistema del reposo médico", advierte Eurolo. El mayor riesgo de esto es que la información de los pacientes pueda ser usada para influir en los planes de salud de las isapres, en la aceptación o no de un paciente, o en la expulsión de otro.



Si bien los defensores de este sistema señalan que la información de cada paciente estaría encriptada, también es cierto que no hay sistema informático infalible. "Es una información privada de nuestros pacientes, por tanto no podemos embarcarnos en ese sistema si no está bien estudiado y habiendo el Colegio Médico dado a conocer su opinión al respecto".

¿LICENCIAS MÉDICAS ESTANDARIZADAS?

Otro intento por modificar el sistema de licencias médicas para evitar los problemas

del actual sistema ha sido la propuesta de algunos sectores en orden a estandarizar las licencias. Esto quiere decir, por ejemplo, que para una apendicitis el reposo sería de 4 días, 2 días para el resfío común, 7 para las bronconeumonías, etc.

Para el Colegio Médico tal idea sería inviable pues cada paciente es un mundo distinto, donde la duración específica de la licencia médica obedece a realidades y condiciones particulares. "Evidentemente no es lo mismo una neumonía en un paciente de 20 años que en uno de 60. Esta idea no es viable porque el médico no

"El mayor riesgo (de la licencia electrónica) es que la información de los pacientes pueda ser usada para influir en los planes de salud de las isapres, en la aceptación o no de un paciente, o en la expulsión de otro"

puede verse limitado por estandarizaciones de este tipo; el médico tiene que poder decidir con plena libertad atendiendo sólo a las condiciones de salud del paciente".

Según el Dr. Eurolo, esta situación podría resolverse en parte con un mejor formulario de licencia médica, donde se pueda explicar el por qué de la duración del reposo. "En el formulario actual hay sólo una línea para el diagnóstico y otra para los exámenes, pero no hay un espacio donde el médico pueda explicar por qué le da esa cantidad de días al paciente. Ante esto muchos médicos nos vemos obligados a hacerle un certificado aparte al paciente para justificar los días de licencias y evitar que se la rechacen".

Por otro lado, el gremio cree que cuando las isapres rechazan una licencia médica la ley debiera obligarlas a que el paciente sea examinado por los médicos contralores y no rechazarlos arbitrariamente sin confirmar su estado de salud. En ese sentido, el facultativo asegura que hubo un médico que renunció a ser contralor de una isapre porque ésta le dio la instrucción de rechazar el 50% de las licencias médicas que llegaran diariamente. "Él dijo que éticamente no podía aceptar eso y renunció, porque aquí tiene que primar la salud por sobre los criterios económicos". ■

COMISIÓN PRESIDENCIAL DE SALUD

Si bien en relación a los horarios médicos aún no hay nada dicho, al menos en el tema de las licencias médicas ya se vislumbran algunos avances, como las propuestas hechas por la Comisión Presidencial de Salud, que propone transformar las actuales licencias médicas en un Seguro de Incapacidad Laboral (SIL), donde cada trabajador cotizaría un porcentaje de su sueldo –tentativamente en torno a 2%, con 1% de menor cotización para salud y 1% de aporte adicional de las empresas– para tener acceso al seguro. En relación a los 3 días que actualmente no se pagan de la licencia a los trabajadores cuando ésta es menor a 11 días, la opinión unánime de la comisión sugiere disminuir dicho deducible a 2 días.

Por otra parte, se crea un sistema de evaluación del SIL, que actuará con independencia de todas las entidades que lo administren, regulado por el Estado, para controlar el uso adecuado y sancionar la utilización indebida de este instrumento.

Respecto del trabajo realizado por esta Comisión, el Presidente del Consejo Regional Valparaíso valora que se haya invitado a participar a la máxima autoridad de la Orden, el Dr. Pablo Rodríguez, y asegura que el gremio no se restará del debate y que seguirá participando en todas las instancias donde se discuta éste y otros temas.

“La gracia es tratar de engañar al pez”

El Dr. Max Grez Mancilla aún no supera los treinta años y ya es campeón nacional de pesca submarina. En septiembre pasado formó parte de la delegación nacional que viajó a Croacia a representar a Chile en el Mundial de la especialidad.

“Desde que tengo memoria que me fascina el agua –dice sonriendo el Dr. Max Grez–. Cuando chico podía quedarme horas en la tina y le pedía a mi mamá que me tomara el tiempo, a ver cuánto duraba bajo el agua. El juguete que más recuerdo es un buzo a cuerda que movía los brazos y las piernas. Me encantaban los documentales de Jacques Cousteau. Cuando llegaba el verano me gustaba ir a la piscina y para Navidad siempre pedía *snorkel*, aletas y ese tipo de cosas”, relata.

Grez cuenta que si bien cuando iba a la playa podía estar hasta 3 ó 4 horas en el agua, nunca había tenido instrucción al respecto. Hasta que llegó a la universidad.

“Recuerdo que cuando fui a informarme acerca de las carreras y los puntajes de corte, lo primero que quise saber era si la

universidad tenía rama de buceo. Era lo más importante para mí”, asegura.

Originalmente, este joven deportista pensó en ser kinesiólogo; sin embargo, el buen resultado conseguido en la PAA lo hizo cambiar su decisión y el 2001 finalmente optó por estudiar Medicina en la Universidad de Valparaíso. “Cuando entré me inscribí en el taller de buceo y comencé a bucear de forma más constante. Luego me quedé en la rama de esta disciplina, y con eso vinieron las competencias”.

DE AFICIONADO A CAMPEÓN NACIONAL

Ya en quinto año de la carrera, y gracias a su práctica rural, el 2006 Grez tuvo la oportunidad de vivir 3 meses en la isla Robinson Crusoe, donde aprovechó cada tiempo libre para aventurarse en el mar. “Iba a nadar prácticamente todos los días, al punto que bajé 12 kilos en esos 3 meses. Al regresar a Valparaíso volví con muy buen

estado físico y muy buen nivel de buceo, por lo que en las competencias me fue bastante bien”, cuenta.

Fue entonces que decidió dar el salto, del buceo a la pesca submarina, y ese 2006, Grez resultó campeón regional de la especialidad. Al año siguiente fue tercero en el Nacional de Pichidangui, lo que significó entrar por primera vez al proceso preselección para optar a uno de los 4 cupos de la selección nacional. “Participar de la preselección era un honor porque el 2006 el campeón mundial había sido un chileno, Patricio Sáez, que ganó en Portugal, entonces ir a pelear un puesto de la selección con el campeón del mundo vigente era un privilegio y todo un reto”, dice. “Al final no quedé en la selección. No me fue del todo bien en la primera etapa y a la segunda no pude ir porque era interno de Nefrología en el Van Buren y fue imposible ausentarme para ir a competir”.

El 2009 Grez se adjudicó el Campeonato Nacional realizado en Valparaíso. “Ése lo preparé bien”, sostiene. Por entonces, Max ya estaba titulado y trabajando en Cachagua, convenientemente al lado del mar. “Entonces durante el verano me preparé buceando todas las tardes. Si salía a las 5.30 del trabajo, a las 6 estaba en el agua y no salía hasta que oscureciera. También le dediqué harto tiempo a reconocer el lugar donde iba a ser la competencia”, relata. Y todo ese trabajo dio

“En la universidad gran parte de lo que pescaba lo vendía, porque pescaba mucho, cerca de 40 kilos por buceo, y eso lo vendía para costearme los equipos. En la escuela me hice muy conocido, ya no era el interno Grez, sino ‘el interno de los pescados’, porque a todos los profes les vendía... algunos todavía me llaman para encargarme pescado”, dice divertido.

sus frutos, pues se adjudicó las dos mangas del certamen nacional y ello le permitió entrar nuevamente a formar parte del proceso preselección, cuya última etapa fue en Coquimbo. Allí resultó tercero y con ello alcanzó un cupo para la selección que iría al mundial de Croacia.

DE DULCE Y DE AGRAZ

“Agridulce”, así califica este joven médico la experiencia de haber competido en este mundial. Según explica, el proceso para formar dicha selección no debió haberse realizado, “porque ya se había hecho una etapa previa y la selección ya estaba



conformada, pero los dirigentes decidieron hacer este proceso, que finalmente me benefició; pero el problema fue que lo hicieron en junio, y el mundial era en septiembre, entonces era complicado pensar que podíamos prepararnos lo suficiente como para lograr un buen resultado”. Con el campeonato mundial *ad portas*, no hubo tiempo para conseguir todos los recursos necesarios, por lo que gran parte del viaje fue financiado del bolsillo de los propios seleccionados.

Además de financiamiento y preparación, también faltó algo de experiencia, sobre todo en el uso de tecnología como el GPS y la ecosonda, tecnología que en otros países se utiliza para buscar peces y “marcar” su ubicación mediante coordenadas. “En Chile no los usamos porque hay peces en todos

lados. En cambio, en Croacia la pesca era muy escasa, por lo tanto había que usarlo necesariamente para saber dónde estaban los peces. Y no nos quedó otra que aprender a usarlos en la marcha”, dice Grez con pesar.

“Por otro lado –agrega el médico– lo positivo fue estar compitiendo con los mejores, para mí fue una experiencia invaluable. Y me sentí súper orgulloso de representar a Chile, porque nos tienen respeto como potencia en esta disciplina. Hemos sido campeones mundiales 3 veces, generalmente estamos dentro de los 10 mejores a nivel de equipo y siempre tenemos un buzo dentro de los 10 primeros. Es raro que eso no pase. En este mundial pasó, pero la selección nunca había ido a un mundial tan mal financiada”.



El Dr. Max Grez con su trofeo del 1º lugar en el Campeonato Nacional disputado en Valparaíso. Junto a él Claudio Valle (izq.) y Jorge Galanakis (der.), 2º y 3º lugar, respectivamente.



“LA GRACIA ES ENGAÑAR AL PEZ”

El Dr. Grez explica que la pesca que él practica consiste en sumergirse en una zona en que se cree pueden haber peces. “La mejor técnica es bajar e ir buscando y revisando la zona, sobre todo los agujeros. Y cuando se localiza al pez, hay que tratar de tenerlo a alcance de tiro y disparar el arpón”.

La dificultad mayor es que esta actividad se realiza en apnea. “La gente a veces cree que uno es superhombre y que puede estar mucho rato bajo el agua, pero yo normalmente no paso los 90 segundos. Pero la clave de esta disciplina no es durar más, sino que tener buena técnica y saber interpretar lo que se ve bajo el agua”, asegura.

Max Grez está casado hace poco más de un año con Soledad de la Piedra, quien es Biólogo Marino y nadadora, 2 veces campeona de Chile en nado con aleta. “Cuando nos conocimos empezamos a bucear y un día en Loncura, me pidió un arpón. Luego la vi bajar con una sencillez que nunca había visto en una mujer, y cazó un pescado con tremenda facilidad. Quedé súper sorprendido y ahí como que me enamoré”, relata.

Hoy tienen al pequeño Maximiliano de dos meses. “Ya pronto vamos a empezar a meterlo al agua –dice el orgulloso padre–. No le queda otra, va a ser buzo si o sí”. Y si se cumple el refrán “de tal palo tal astilla”, entonces es muy probable que en el futuro veamos al pequeño Maximiliano convertido en todo un campeón.

Según dice, los peces aprenden a identificar la intención de un buzo. “Es muy distinta la actitud que uno tiene cuando va a contemplar algo que cuando va a capturar algo, y los peces notan eso”, explica. Para contrarrestar este factor la industria ha diseñado diversos elementos: máscaras con vidrios polarizados, trajes camuflados, etc., “pero nada de eso reemplaza una buena técnica –asegura–. Al final, uno tiene que tratar de ser un pez en el agua y comportarse como uno de ellos; hacer movimientos suaves, desplazamientos sutiles, que no alteren el medio, para que el pez se acerque y poder capturarlo. Ahí está la gracia, en tratar de engañarlo”.

Grez no esconde su entusiasmo cuando habla de la actividad que lo apasiona. “Es súper emocionante encontrar un pez como la palometa, por ejemplo, porque es una lucha cuerpo a cuerpo. Es una especie que si te enredas te puede hundir, porque tiene más fuerza que uno en el agua; pesa menos que uno, pero tiene más fuerza. Es muy gratificante cuando se lo atrapa... y más lo es llegar a la casa, prepararlo y compartirlo con los amigos”, asegura con una sonrisa. ■



Visite nuestro renovado sitio web:

www.colegiomedicovoalparaiso.cl



- Información institucional
- Asociaciones gremiales
- Fondo de Solidaridad
- Estado de afiliación
- Noticias
- Opinión
- Galería de imágenes
- Descarga de documentos
- Ediciones anteriores de Panorama Médico

VISÍTENOS Y CONTACTÉSE CON NOSOTROS

¿Es éticamente aceptable lo que estamos haciendo en trasplantes?

Dr. Fernando Novoa S.

Recientemente en una reunión en el Hospital Carlos van Buren se comentaba que este establecimiento era un Centro de Trasplantes Renales de acuerdo a una resolución de la Autoridad Sanitaria. Esto lo obligaba a tener que cumplir la meta de hacer un determinado número de trasplantes de este órgano, durante el año. El problema consistía en que hasta el mes de agosto incluido, esta meta parecía no poder cumplirse.

Esta situación y el procedimiento para hacer trasplantes tienen importantes implicancias éticas. Entre ellas cabe mencionar aquellas relacionadas con la decisión sobre la muerte del individuo, los recursos que hay que destinar para poder efectuar el trasplante, evitar el uso de camas de terapia intensiva en pacientes que no tienen ningún beneficio con ese recurso y que al estar ocupadas no están disponibles para los efectos de trasplantes, y a quienes se va a seleccionar para recibir los órganos. Ante esta situación ¿Qué corresponde hacer? ¿Renunciar a la categoría de centro para trasplante renal? ¿Seguir igual? ¿Determinar las causas y hacer las correcciones que correspondan? Claramente la última alternativa aparece como la más adecuada.

SITUACIÓN DE LOS TRASPLANTES A NIVEL NACIONAL

Pese a casos de tanto impacto público como el del niño Felipe Cruzat, quien falleció a la espera de recibir un trasplante de corazón después de cumplir más de tres meses en terapia intensiva por una insuficiencia cardíaca, en forma progresiva en nuestro país las donaciones de órganos han ido en franca disminución.

De hecho, durante el año pasado se registraron sólo 111 donantes, la cifra más baja desde 1998 y que deja a Chile con una tasa de apenas 7,5 donantes por millón de habitantes; muy inferior a la registrada por ejemplo en Argentina, donde el índice es de 13 donantes por millón de personas. Chile en la actualidad logra en torno a la mitad de trasplantes que se debería, según la estadística internacional.

CAUSAS DEL DÉFICIT DE TRASPLANTES EN NUESTRO PAÍS

Contrario a lo que podría esperarse, la explicación no pasa sólo por la negativa de las familias de los potenciales donantes, según un análisis de un equipo de expertos de medicina y economía de la UC. "Los estudios muestran que cambiar la ley para tener donantes universales, como se hizo en Chile, podría aumentar en 10% el número de donantes. Pero con una mejor gestión en esta área, la cantidad podría duplicarse", señala el doctor Claudio Domínguez, quien hizo una exhaustiva investigación del tema junto a otros colegas.

Ahí se establece que entre las múltiples causas que explican el déficit de trasplantes es que no se identifican adecuadamente los potenciales donantes y hay problemas de organización que impiden mantener los órganos en buen estado.

La Coordinación Nacional de Trasplantes, a cargo del doctor José Luis Rojas coincide con el diagnóstico de los investigadores de la UC: "Nuestro enfoque ha sido que el principal punto que hay que atacar es,



justamente, mejorar la gestión de pesquisa de los donantes en los hospitales".

De acuerdo con la investigación, todo el costo que el trasplante implicaría para el Estado tendría una enorme rentabilidad. Cada donante adicional de riñón generaría un ahorro para el sistema de salud, principalmente público, de 50 mil dólares (unos \$26 millones), cifra que sube a 180 mil dólares si se consideran los beneficios en bienestar y productividad para el receptor. Este ahorro podría ser utilizado en otras prestaciones que hoy carecen de los recursos necesarios.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La donación de órganos es un acto que debe ser realizado haciendo uso de una plena autonomía por parte del donante. Para lograr que esto ocurra debemos alcanzar una adecuada información en la población.

En nuestro país una buena parte de aquéllos que se manifestaron contrarios a donar sus órganos lo hicieron única y exclusivamente por temor a ser tratados con

desinterés en los centros de atención pública. No por egoísmo ni falta de altruismo. Tampoco implica apreciaciones religiosas. Es tal la desconfianza hacia el sistema de salud pública, que existe la creencia de que no se harán todos los esfuerzos por mejorar su condición de salud, con tal de obtener órganos y satisfacer la necesidad existente. Ese es el tema de fondo que debe llevar a una profunda reflexión y transformación. Debe haber un importante esfuerzo de educación a nivel de la población.

Los trasplantes de los llamados "órganos singulares" se realizan obteniéndolos de un cadáver. Pero de un cadáver tan reciente como para que el órgano extraído pueda ser utilizado eficazmente. Esta es la situación de "muerte encefálica". Como es sabido, desde un punto de vista médico esto ha llevado a un cambio en la definición de muerte, desde el criterio "cardiorrespiratorio", aceptado por siglos, al "neuroológico" de los últimos años.

Este cambio de criterio dado por la ciencia y la demanda de órganos para trasplantes le confiere al acto médico del diagnóstico de muerte una trascendencia enorme que debe ser motivo de reflexión y preocupación ética para efectuarlo. El diagnóstico de muerte encefálica requiere de la aplicación de un protocolo muy estricto que no admite falsos positivos. Si es permitido el falso negativo. En la perspectiva filosófica el problema es establecer qué es la vida y qué es la muerte y, por lo tanto, cómo podemos diferenciar una de la otra. Desde la Antigüedad hay amplio consenso y parece claro que siendo la humana una vida animal dotada de razonamiento (logos) e integralidad de funciones, la muerte se producirá cuando se pierdan total e irreversiblemente esas condiciones. De allí que es ampliamente aceptado que la muerte cerebral (criterio de Harvard) o encefálica (criterio de Minnesota), diagnosticada correctamente de acuerdo a los argumentos clínicos y tecnológicos existentes para tal efecto, es signo de que se ha perdido irreversiblemente la capacidad de integración del organismo individual como tal y, por lo tanto, es verdadera muerte.

Actualmente, el trasplante de riñón es el más común en nuestro país. Éste monopoliza el 65% de los trasplantes de órganos, seguido del hígado, con 26%; el corazón, con 6%, y el pulmón con 3%.



El diagnóstico de muerte neurológica lleva a dos problemas que pueden generar conflictos éticos. El primero se refiere a la certeza del diagnóstico clínico y la suficiencia de los medios técnicos utilizados para corroborarlo. El principal "riesgo ético" aquí es el abandono anticipado de medidas de soporte vital y la extracción de órganos de una persona gravísima y con quizás nula posibilidad de recuperación, pero que aún no está muerta neurológicamente. Se configura con esto un delito. El segundo problema se relaciona con la certeza –sin ningún género de dudas– que pueda tener para todas las personas, para todas las creencias, el diagnóstico de muerte usando el criterio neurológico y no el tradicional cardiorrespiratorio. Como éstos son criterios científicos, la sociedad (incluyendo la Iglesia Católica) tiene razones consistentes como para aceptarlos como criterios de muerte, pero el disenso es posible y de hecho se da y merece que sea respetada la objeción de conciencia en estas circunstancias.

Para considerar uno de los principios fundamentales de la Bioética, el de la autonomía. A nadie se le debería extraer un órgano si no ha documentado su voluntad de donarlo. Éste es un tema conflictivo, pues sin duda el "consentimiento presunto" (una contradicción en sí mismo: si es consentimiento, no es presunto; si es presunto, no es consentimiento) que existe en algunas legislaciones permite un número muchísimo mayor de órganos disponibles para trasplantes que otras legislaciones en que se establece el "consentimiento explícito" (notarial, al obtener documentos públicos). Cuando no existe expresión previa de voluntad, ni a favor ni en contra, para constatar –de acuerdo a sus creencias y costumbres– cual habría sido la voluntad del fallecido, se debe recurrir a sus familiares más cercanos o personas más

allegadas. Ellos deberán documentar su consentimiento para la extracción de órganos, expresando que no hay voluntad en contra y demostrando con ese acto que están (y el fallecido lo habría estado) a favor de la donación.

En los trasplantes de órganos y tejidos, la principal preocupación ética en el ámbito de la justicia distributiva lo constituye la adecuada asignación de los escasos órganos existentes a las personas que más lo necesiten, luego de haberse cumplido las exigencias técnicas respectivas. Esto obliga a establecer criterios médicos estrictos de máxima efectividad del trasplante y siguiendo protocolos que sean verificables y que demuestren científicamente por qué se ha trasplantado a un paciente y no a otro.

CONCLUSIÓN

En los trasplantes de órganos, al considerarlos como procedimientos terapéuticos comprobados, el problema ético pasa a ser otro. La evaluación actual costo-beneficio es ampliamente favorable a la indicación de trasplantes en la mayoría de los órganos, particularmente cuando se trata del riñón y, posiblemente en la medida que mejoren aún más los procedimientos técnicos y los fármacos empleados post-trasplante, ese indicador va a ser positivo para todos los casos. El beneficio es claro en cuanto a la mejoría de la calidad de vida de los trasplantados y el menor costo de vida potencialmente útil logrado. La autonomía en donación de órganos, como decisión personal y aceptación familiar, es un acto altruista y voluntario. Por tanto implica también el derecho a rechazar la donación, decisión que por nuestra nueva legislación debe expresarse formalmente. Las razones del rechazo son respetables y obedecen a múltiples factores, donde predominan la información y comprensión errada acerca de la muerte encefálica, del tratamiento que reciben los potenciales donantes y del proceso de procuramiento de órganos. El derecho a recibir tratamiento por una enfermedad grave se fundamenta en el derecho a la asistencia sanitaria y no en los méritos personales. Los trasplantes de órganos son una forma de tratamiento médico y dependen de su disponibilidad, pero no de la generosidad del eventual receptor ni de su comprensión de los procesos de donación. Obtener órganos susceptibles de ser trasplantados en la situación apropiada, es un deber moral para todo el equipo de salud. ■

Dr. Carlos Alonso Raby

Prof. Dra. Teresa Veas Nanjari
Jefe Cátedra de Medicina, Hospital
Eduardo Pereira de Valparaíso

Profesor emérito de la
Universidad de Valparaíso

Honrosa, pero difícil tarea se me ha encomendado, pues complejo resulta resumir la vasta y admirable trayectoria académica y profesional del profesor Dr. Carlos Alonso Raby.

A criterio de muchos médicos y docentes, hablar de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso es hablar del Dr. Carlos Alonso, ya que él ha sido protagonista de la historia de esta escuela desde sus inicios.

El Dr. Alonso nació en Santiago, exalumno del Colegio de los Sagrados Corazones de Valparaíso. Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde se graduó con distinción máxima, en el año 1957. Se especializó en Medicina Interna, en la Clínica de La Concepción de Madrid, del destacado Profesor Carlos Jiménez Díaz, y en el Hospital San Pablo y la Santa Cruz de Barcelona.

Ejerció en la Unidad de Emergencia del Hospital Carlos van Buren y en los Servicios de Medicina Interna de los hospitales Naval, Enrique Deformes, Gustavo Fricke y Carlos van Buren, jubilando en 1982 en este último establecimiento, para incorporarse con jornada completa a la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, donde se desempeñó hasta el 1° de marzo de este año.

Su esposa es la Sra. Vania Karlezi Balbontín, tienen 4 hijos y 9 nietos. Uno de sus hijos, Rodrigo, también médico internista, es un distinguido exalumno de esta escuela, con una brillante trayectoria profesional en España. Tres de sus nietos

también han querido seguir su ejemplo y han optado u optarán por la medicina.

Su carrera docente la inició al ingresar como ayudante del profesor Carlos Silva Lafrenz, en el Hospital Carlos van Buren, en los inicios de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile sede Valparaíso. El año 1984, por decreto de rectoría, es nombrado profesor titular de Medicina Interna, grado académico con el cual culminó su labor docente.

Fue director del Departamento de Medicina Interna desde 1972 hasta el año 2008; paralelamente, tuvo que desempeñarse como Director de la carrera de Medicina desde 1979 a 1981; como Vicedecano de la Facultad de Medicina desde 1982 a 1986; y en el año 2004 fue director subrogante de nuestra escuela por un período de 2 meses.

Ha sido uno de los docentes más directamente vinculado al desarrollo de esta Escuela de Medicina, la cual no sería lo que es actualmente sin su esmerada e inteligente acción. Guerrero en pro de la educación médica, son innumerables sus obras y toma de afortunadas decisiones en beneficio de esta escuela desde sus inicios.

Participó activamente en la comisión creadora de la Universidad de Valparaíso; asesoró la construcción del edificio de Facultad que hoy nos cobija y también el de la Escuela de Química y Farmacia de Playa Ancha.

Realizó con éxito todas las gestiones ante el Ministerio de Salud para adquirir el actual edificio de la Escuela de Enfermería y Obstetricia.

Fue el creador de la organización general de la Escuela y de la Facultad, de sus reglamentos detallados y precisos, cuya aplicación ha facilitado enormemente la labor universitaria, especialmente en el proceso de acreditación.

A él también se debe la confección y



ejecución de programas de Estudios en Medicina Interna y Especialidades derivadas, tanto para el pre como para el posgrado respectivo.

Visionario en su labor docente, anticipativo, siempre tuvo el convencimiento de que esta escuela debía traspasar los límites del puerto, por lo que consiguió expandir los campos clínicos con la apertura de ellos en la Armada, Fuerza Aérea, Ejército y Carabineros de Chile y Dipreca. Autor y propiciador de los convenios internacionales con la Asociación Médica Argentina, la Fundación Jiménez Díaz y de Hipercolesterolemia Familiar de España. Gracias a su gestión fue posible realizar intercambios de alumnos y becados de Medicina a las instituciones españolas mencionadas y a la Universidad de Granada.

Por su extraordinario dinamismo y capacidad de organizar fue llamado a integrar diversas comisiones tanto de esta escuela, como otras instituciones a nivel nacional, tales como:

· **Comisión Nacional de Acreditación** de Programas y Centros formadores de Especialistas de la Asociación de Facultades de Medicina.

· **Presidente de la Comisión Nacional** de Acreditación de la especialidad de Medicina Interna de ASOFAMECH.

· Integrante chileno en la **comisión de pares evaluadores** en el proceso de acreditación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

· Participó en la **autoevaluación y primera acreditación** de nuestra escuela en el año 2000.

· Integró una **comisión de gobierno en Estados Unidos y Canadá** para la compra y habilitación del Hospital de las Fuerzas Armadas para Punta Arenas.

A pesar de sus cargos de gran responsabilidad, se daba tiempo para dedicarse a la docencia directa con alumnos, internos y becados de Medicina. También famosas son sus clases de Legislación, Ética Médica y Orientación Profesional.

Tiene publicaciones en la Revista Médica de Chile, donde deja en evidencia su interés por la enseñanza de la medicina.

Ha recibido muchas distinciones de importancia, sin embargo nunca ha hecho ostentación de ellas, entre las que destacan:

- **Profesor de la Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina.**
- **Miembro Correspondiente Extranjero de la Asociación Médica Argentina.**
- **Miembro fundador de la Asociación Médica Latinoamericana.**
- **Maestro de la Academia Latinoamericana de Medicina, entregada en ceremonia especial en Buenos Aires.**
- **Miembro distinguido de la Sociedad Médica de Santiago.**
- **Premio Profesor Carlos Reussi.**

Destacada fue su participación en la Sociedad Médica de Valparaíso. Fue fundador y presidente del Capítulo Valparaíso-Viña del Mar de la Sociedad de Medicina Interna de Chile, Sociedad Médica de Santiago, donde fue director. Afiliado al Colegio Médico de Chile, ocupó el cargo de tesorero regional, donde consiguió la liberación de cuotas para los médicos que cumplían 30 años de profesión en todo el país.

Pero no sólo en sociedades científicas ha participado, el Dr. Alonso es fundador y primer presidente del actual Club Español de Reñaca y entre sus antecedentes está el hecho de haberse interesado en la ecología y "paisajismo", ya que cuando viajó en el Buque Escuela Esmeralda llevó desde Tahití a Isla de Pascua la primera partida de cocoteros, cambiando la visión y entorno de la isla hasta la fecha.

Al enterarse la Asociación Médica Argentina

del merecido nombramiento del Dr. Alonso como Profesor Emérito de esta escuela, enviaron un mensaje al Decano de la Facultad, Dr. Luis Maldonado, en el cual celebran su nombramiento y expresan que "la armonía y hermandad que existe entre estas instituciones son en gran parte producto de la labor del Dr. Alonso".

Se ha destacado fundamentalmente por su notorio sentido común para enfrentar las contingencias cotidianas. Siempre ha sobresalido por su capacidad para realizar rápidos análisis críticos y su sabia actitud pragmática para resolver los problemas administrativos y docentes que constantemente surgían.

Diplomático, sencillo y muy ejecutivo, enemigo de la tramitación innecesaria, franco, directo, atento, afectuoso, pero exigente, tanto con el personal no académico, como con sus discípulos y colegas. Llano pero sin campechanías. Pero con un defecto: siempre acelerado.

Lo más significativo y digno de admiración es su trato humano y acogedor con sus pacientes, a quienes atiende sin ningún afán de lucro, sin escatimar recursos y con una postura altruista y abnegada.

Viajero incansable ha cruzado en 44 oportunidades el Atlántico para visitar Europa, el norte de África y el Asia menor, estudiando sus culturas, historias e idiosincrasias, enriqueciendo con ello su personalidad y visión del mundo.

Cuidó de su Escuela como un jardinero estudia y cuida su rosal.

Termino con una frase que el recordado Profesor Sergio de Tezanos Pinto escribió en su libro acerca de los médicos de la región: "Al Profesor Dr. Carlos Alonso Raby la Universidad de Valparaíso le debe mucho". ■

**Discurso pronunciado en la ceremonia de nombramiento del Dr. Carlos Alonso como Profesor Emérito de la Universidad de Valparaíso, el 13 de Agosto de 2010.*

“Haber participado de este proceso fue todo un honor”

El Dr. Andrés Llarena Astudillo, médico que participó en el rescate de los 33 mineros atrapados en la mina San José, señala que la experiencia “fue tremendamente desgastadora, muy intensa, pero muy satisfactoria, con una enorme carga emocional”.

Cuando la tarde del 5 de agosto los noticiarios dieron cuenta de la tragedia de 33 mineros atrapados en la Mina San José, en las cercanías de Copiapó, el Dr. Andrés Llarena Astudillo no imaginó que unas semanas más tarde formaría parte de un rescate histórico.

“Para mí el tema era lejano, no era parte de mi área médica ni de mi trabajo; no lo visualizaba para nada como algo en lo que me iba a ver involucrado. Yo estaba dedicado a lo mío, a nuestras actividades propias en la Dirección de Sanidad donde yo trabajo, en el Hospital Naval”, señala.

SORPRESIVO LLAMADO

Pero todo empieza cambiar el día 22 de agosto en que los mineros son encontrados con vida a 700 metros de profundidad. “A mí me informan el martes 24, cerca de las 10 de la mañana, que a las 11.30 tenía que estar a bordo de una aeronave para dirigirme al norte a colaborar en las labores de rescate –relata–. Fue tremendamente sorpresivo y no me lo expliqué tan claramente sino hasta varias horas después”.

De lo que luego se enteró Llarena fue que cuando al Ministro de Salud, Jaime Mañalich, le encomendaron tomar el control de todos los aspectos médicos del rescate, y hecho el análisis de las características de la tragedia, solicitó la ayuda de la Nasa y los submarinistas. Así, a través del Ministerio de Defensa Mañalich se contactó con el Comandante el Jefe de la Armada para solicitarle oficialmente la concurrencia de un grupo de expertos en el manejo de emergencias con gente atrapada, y la institución determinó que algunos de sus miembros constituyeran este grupo asesor, entre los que se encontraba el Capitán de Fragata SN Andrés Llarena, principalmente por la subespecialidad que él tiene, de Medicina Hiperbárica y Submarina.

La tarea encomendada inicialmente al equipo de expertos fue asesorar al personal médico a cargo del rescate. Estas asesorías decían relación con: manejo artificial de atmósfera, manejo psicológico de grupos en lugares confinados, sanitización, manejo sanitario del ambiente, manejo del agua, “y también un poco de medicina a distancia, que es lo mismo que se hace en el caso de un submarino siniestrado, donde se hace una contención de los daños, de la crisis y se comienza a hacer soporte de vida”, aclara.

El Dr. Llarena explica que iniciadas las asesorías, el equipo de expertos poco a poco se fue involucrando en el área médica, fundamentalmente por los conocimientos y entrenamiento que tenían en medicina expedicionaria, militar, “que es la medicina que se hace no sólo fuera del hospital sino muy lejos de él, en ambientes hostiles”.



Médico de la Universidad de Concepción, el Dr. Andrés Llarena Astudillo se especializó en Anestesiología y luego optó por la subespecialidad de Medicina Hiperbárica, de Sumerión y Medicina Submarina, cursada en el “Naval Undersea Medical Institute” (NUMI) y el “Naval Diving and Salvage Training Center” (NSDTC), pertenecientes a la Marina de Estados Unidos. Actualmente se desempeña como Oficial de Marina, Capitán de Fragata SN, Jefe del Departamento de Medicina Operacional de la Dirección de Sanidad de la Armada de Chile, Subjefe del Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital Naval “Almirante Nef” de Viña del Mar. Además, como especialista en Medicina Hiperbárica, de Sumerión y Medicina Submarina, es médico asesor del Comando de Fuerzas Especiales (COMFUES) de la Armada.

Realizaron un trabajo médico continuo, de soporte de vida, de mantención y fomento de la salud de los mineros atrapados, especialmente de quienes tenían diagnóstico de enfermedades preexistentes. “Teníamos personas que eran diabéticas, hipertensas, uno con silicosis pulmonar, algunos casos con antecedentes psicológicos; otros presentaban problemas odontológicos y dermatológicos, también preexistentes”.

MEDICINA VIRTUAL, RIESGO REAL

No es fácil imaginar cómo se realiza este trabajo sin tener contacto físico con los pacientes. “Fue todo virtual”, señala Llarena. “Nosotros teníamos una línea de comunicación telefónica, mediante la cual hacíamos ‘rondas médicas’. También tuvimos una UCI virtual, que luego pasó a denominarse UTE, Unidad de Tratamiento Especial. A diario hacíamos ingreso de pacientes y también los dábamos de alta; así pudimos mantener cierto orden para nuestro trabajo. Y luego de la comunicación telefónica pasamos a las rondas médicas por videoconferencias”.

A juicio del profesional, lo más difícil fue conseguir que los mineros les dijeran la

verdad respecto de sus dolencias. “El minero es de una casta especial, no es fácil ganarse su confianza. Por otro lado, van poco al médico, principalmente porque desconfían del sistema. Entonces, fue un desafío tremendo para nosotros ganarnos su confianza por teléfono. Y luego, otro desafío no menor fue hacer un diagnóstico con cierta exactitud sin ver a los pacientes y confiando en lo que ellos relataban”.

En un intento por salvar el problema de la falta de contacto físico con el paciente, consiguieron bajar una cámara fotográfica para que los mineros se sacaran fotos de algunas áreas del cuerpo donde podían tener síntomas visibles. De esta forma, si

por ejemplo, alguno acusaba una molestia en una zona de piel enrojecida, se fotografiaban esa área y con la imagen, más la asesoría de un equipo de especialistas a distancia –dermatólogos, odontólogos y cirujanos, entre otros– se podían diseñar ciertos protocolos de manejo médico.

También tuvieron un proceso de vacunación supervisado desde la superficie. Y en la profundidad de la tierra el minero Johnny Barrios ofició de “enfermero” y ayudó con la inoculación. Dado que su madre era diabética, las inyecciones no eran ajenas para Barrios. “No tenía más preparación que ésa, la de cuidar a su madre. Y fue una ayuda crucial, sino vital, para poder hacer



Andrés Llarena recibe en la superficie a Mario Sepúlveda, el segundo minero rescatado. Foto: Hugo Infante/Gobierno de Chile.

nuestro trabajo”, destaca Llarena.

La cobertura mediática del rescate no dio perfecta cuenta de los riesgos médicos a los que estaban expuestos los mineros. Según el relato del Dr. Llarena, dado que algunos de ellos sobrepasaban los 60 años, estaban expuestos a todo tipo de riesgos cardiovasculares o tromboembolismos. Además, mientras estuvieron confinados en la mina estuvieron ejecutando trabajo pesado, básicamente de remoción de materiales, con lo que aumentaba sustancialmente el riesgo de trauma o de tener un accidente grave con hemorragia. “El riesgo de que ocurriera cualquiera de estas circunstancias y que los mineros se agravaran, se enfermaran más o eventualmente murieran, era enorme. A nosotros nos quedaba tratar de hacer algo en materia de prevención de riesgo, pero más que nada esperar que no ocurriera nada, y porque Dios probablemente es minero es que nada pasó”, asegura.

LA EXTRACCIÓN DESDE EL FONDO DE LA MINA

El rescate de los mineros desde el interior de la mina San José se dividió en tres fases.



Llarena verifica el oxímetro de pulso de Mario Gómez, minero de 63 años que presentaba un cuadro severo de silicosis. El equipo médico también sospechaba de una neumonía (que posteriormente confirmarían), razón por la cual lo obligaron a subir con mascarilla.

La inicial, de recuperación, comenzó una vez que los mineros fueron encontrados con vida, y que se extendió por cerca de tres semanas. Una vez que se determinó que tenían cierto nivel de normalidad –desde el

punto de vista físico y fisiológico– se dio paso a la segunda etapa, de soporte vital y mantenimiento, que duraría hasta que comenzara la última parte, de extracción, que fue lo más espectacular del rescate y



El Dr. Llarena conversa con el Ministro de Salud, Jaime Mañalich (de espaldas).

que todo el mundo, literalmente, pudo ver por televisión.

“A mí me entregaron la responsabilidad de estar a cargo de todos los aspectos médicos que ocurrían abajo en la mina, en el túnel de extracción y en la superficie, en el área inmediata donde afloraba la cápsula Fénix II con los mineros. Yo era el responsable, desde el punto de vista médico, de entregarlos finalmente en el área de emergencia y *triage*”, relata.

En la práctica, se fijaron una serie de protocolos para la salida final de los mineros. Entre ellos, se determinó el uso de medias elásticas, una faja elástica abdominal, una precarga de volumen por vía oral, y una bebida isotónica. También se realizó un protocolo de medición de parámetros vitales, toma de presión, frecuencia cardíaca, temperatura corporal, en todos y cada uno de ellos, de manera de determinar si estaban aptos para el ascenso. Llarena aclara que “naturalmente, si no estaban aptos no los íbamos a dejar abajo, sino que los íbamos a preparar hasta conseguir las condiciones idóneas para el ascenso”.

Previo a todo ello se estuvo trabajando también en el aspecto psicológico de la salida a la superficie, ello con la idea de minimizar el impacto emocional del cambio. Y el buen trabajo realizado en este ámbito quedó reflejado en la tranquilidad que los mineros, que salvo el caso de Mario Sepúlveda, manifestaron al salir, sin las grandes muestras de emoción que los espectadores pudieran haber estado esperando después de pasar dos meses bajo tierra.

“A veces la gente me comenta que al único que vio salir alegre y dichoso de estar de nuevo en la superficie fue a Sepúlveda, entonces yo les explico que lo que se esperaba era lo contrario. Este manejo psicológico se hizo para que la salida y el reencuentro con sus familias no tuvieran un impacto emocional tan fuerte en ellos, para que todo fuera moderado. Hay que decir que a algunos se les medicó, a los que más lo necesitaban según la evaluación que en conjunto hicimos con los enfermeros que bajaron y que realizamos previo al ascenso, pero no fueron más de 10, lo que quiere decir que para el resto fue suficiente la preparación psicológica que se les hizo”.

Con la salida de Luis Urzúa, el último minero en abandonar el yacimiento, el Dr. Llarena dice haber tenido una enorme sensación del



El minero Victor Segovia, de camino al área de emergencia

deber cumplido. “Nunca había tenido esa sensación tan intensa como en ese momento. Estaba categóricamente cansado, con cansancio acumulado producto de haber trabajado todas esas semanas sin feriados, sin fines de semana, donde todos los días eran lunes. Fue tremendamente desgastador, muy intenso, pero muy satisfactorio, con una carga emocional muy fuerte”, asegura.

Llarena señala que en su vida profesional la experiencia en el rescate de los 33 mineros de San José es sólo comparable a lo que vivió en Haití en 2007. “Lo más parecido es quizá el hecho de haber sido médico en jefe del equipo del batallón de Chile en Haití, pero así de intenso no, nunca”. Y agrega que “haber participado de este proceso fue todo un honor. No sólo formar parte del equipo, sino también asesorar directamente al Presidente de la República y al Ministro de Salud, eso es difícil de encontrar en la vida de un médico”.

Cuando terminó la extracción, el Dr. Andrés Llarena le hizo entrega al Presidente del informe final de la labor realizada en el yacimiento. “Y que el Presidente espontáneamente se haya acercado a abrazarme, sin ninguna duda fue uno de los momentos más emocionantes e intensos de mi vida profesional, tanto como médico como oficial de marina”. ■



Dr. Hugo Max Grove

Dr. Hernán Lillo N.

Hoy ha sido un domingo primaveral en Viña del Mar. Un 25 de julio. Para disfrutar en casa con toda la familia. Había habido una prolongada reunión de cumpleaños de mi primer nieto, Hernán Mattías. Desayunamos con Diego, un muy buen amigo de mi primer nieto. Y mientras conversábamos pensé –lo que es un lugar común– “¡qué chico es el mundo!”, expresión escuchada cientos de veces antes de la globalización. Sí... el mundo es chico. Sucede que con el abuelo de Diego fuimos muy buenos amigos, pero nos separamos durante muchos años. Hace un tiempo atrás llegó a vivir, frente a nuestra casa, una familia, la madre con tres hijos. Uno de ellos es Diego y su madre, hija de mi inolvidable amigo Hugo Max Grove, el “Maco”. Y sucedió que se hizo muy amigo de mi nieto, sin saber éste, de mi relación con el abuelo de su amigo.

Esta mañana pregunté por el abuelo y Diego me dijo que estaba enfermo. Le expresé mi pesar y permanecí en silencio meditando...

Son las 18.30 horas. Se oscurece. El mar en la lontananza está enrojecido por el sol que sólo refleja sus cansados últimos rayos. Había estado todo el día pensando en lo que me contó. Y me decidí. Estoy frente al teclado. Ya es oscuro... Voy a escribir sobre “Maco”, a quien tuve la satisfacción de encontrar hace más o menos un año atrás, en una reunión de nuestra sociedad de Traumatología. El abrazo cordial y con tremendo cariño repercutió en toda la extensa sala...

Se tituló en la Universidad de Chile en 1951, en Santiago. De regreso a Viña del Mar inició su especialización en Ortopedia y Traumatología, junto al siempre recordado Maestro de la especialidad, el Profesor Manuel Rivera Santelices, en el inolvidable Instituto Traumatológico de la calle Orella de Valparaíso, cuna de la formación de muchos especialistas, en ese entonces.

Inició los servicios de atención en el actual IST en 1960. En 1968, al aprobarse la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que entre otras cosas exigió a las Mutualidades la construcción de hospitales propios, fue designado Jefe de los Servicios Médicos del IST, iniciando la creación de los hospitales, policlínicos y centros de atención del IST a lo largo del país. “Gracias a las mutuales se desarrolló mucho la especialidad de Ortopedia y Traumatología en Chile, llegó buen equipamiento y colaboramos con las universidades en la formación de profesionales especializados”, dice. Fue Jefe de Servicio del primer Servicio en Traumatología y Ortopedia Infantil, independiente del de Cirugía Infantil y Ortopedia, cuando éste fue creado en el

antiguo Hospital Deformes, en 1966. Al respecto señala: “además en 1961 fuimos pioneros en la cirugía de la escoliosis”. Y destaca con énfasis al Profesor Manuel Rivera, “un gran médico de la especialidad que nos guió a todos nosotros. Falleció a los 68 años”.

Inició los servicios de atención médica del IST en 1960, junto con el doctor Luis Mondragón.

Es uno de profesionales que introdujo los aportes de la Asociación Suiza de Estudios de Osteosíntesis (AO). Dice, “se trata de tecnología aplicada al tratamiento de las fracturas”. Esta relación con la AO le permitió gran intercambio tanto humano como de conocimientos con diversos centros en el mundo.

Destaca su familia, su bisabuelo, Guillermo Eduardo Grove, también médico cirujano, irlandés, llegó a Chile en 1849, cuando el barco en que viajaba encalló en el norte. Su padre, Hugo Grove Vallejos, también un brillante maestro, médico cirujano, se vino a Valparaíso en 1911.

A esta familia destacada de la zona se agrega un Senador, Marmaduke; un alcalde, Eduardo; y otras personalidades.

Casado con Eliana Paravic tienen siete hijas y veintidós nietos, en un cálido hogar donde me acogieron cariñosamente por un tiempo a mi regreso de Nueva York. Gesto inolvidable que dio origen a una deuda que es imposible de cancelar.

Compartimos muchos años una consulta y pabellones, haciendo un muy buen equipo quirúrgico. Por una situación, en parte ajena a nuestra voluntad, se quebrantó esta hermosa amistad.

No recuerdo bien cómo nos conocimos y nació ésta. Fue tal vez a través de amigas comunes: Berta, excelente enfermera jefe del Traumatológico, y su amiga Clara, mi esposa.

“Maco” ha sido un excelente amigo, a quien le guardo mucho cariño, mucho agradecimiento, admiración y respeto por sus calidades humana y profesional. Es un excelente especialista con una particular habilidad quirúrgica, empecinado trabajador y brillante continuador de la obra de Lionel Cooper, joven traumatólogo fallecido a consecuencia de un cuadro de poliomielitis con compromiso respiratorio, mientras trabajaba incasablemente por los

“Maco” es un hombre bueno y cuando un hombre es bueno, siempre hay en él un aspecto muy valioso en su personalidad...

niños afectados por esta epidemia y sus secuelas en un Pabellón especial del Hospital Deformes, que luego sería el Pabellón Cooper, del que se hizo cargo Hugo Max. Constituyó así un eficiente equipo profesional y para-profesional, junto a un valioso voluntariado, integrado por Eliana, su esposa.

Entre muchas otras actividades, Grove, además de sus intensas actividades quirúrgicas, creó un centro pionero para el tratamiento de la Escoliosis, con excelentes resultados. Desplegó un tremendo esfuerzo, lo que permitió además la formación de jóvenes traumatólogos como lo hizo durante su jefatura en el IST, algunos de los cuales han destacado en el ambiente de la especialidad.

En su afán de perfección viajó frecuentemente a importantes centros de diferentes países.

Repito, compartimos consulta, pabellones y actividades en la antigua ENAP, junto con otro brillante colega, Lautaro Silva Olivares, nuestro jefe.

Mi amigo cosechó muchas amistades por su bonhomía, personalidad, simpatía y espíritu sociable. Ha sido un excelente padre y jefe de familia, y no me caben dudas, hoy debe ser un excelente abuelo.

“Maco” es un hombre bueno y cuando un hombre es bueno, siempre hay en él un aspecto muy valioso en su personalidad, su vocación por el deporte. Siempre se man-

tuvo en excelente estado físico porque practicó largos años el golf, siendo un excelente jugador. En algunas ocasiones lo acompañé, gozando del maravilloso entorno de Granadilla, momentos suficientes para absorber las bellezas naturales, el aire puro y el sol reconfortante, que nos permitía reponer nuestras energías físicas, mentales y espirituales, para la venidera semana de labor. Además practicó bicicleta, caminatas y especialmente gimnasia para fortalecimiento general.

Fue activo miembro de varias sociedades científicas, presidiendo algunas de ellas. Compartí con él muchos años las inolvidables reuniones de los especialistas locales en el Instituto Traumatológico, presididas por el “maestro” Rivera. Luego la cena en el tradicional “Menzel”, para terminar en el Club Naval con interesantes partidos de bolos, de palitroque. De vez en cuando nuestra concurrencia a las reuniones en Santiago y la parada obligada de regreso, en el restaurante “Las Achiras”.

No deseo adentrar en lo técnico. Deseo poner énfasis en su calidad humana. Nuestra comunidad le debe mucho, en largos años, en que mejoró la salud de cientos de pacientes. Más le deben tantos médicos jóvenes que formó, que espero sean sus eternos agradecidos y pronto le rindan un enorme y tremendamente merecido homenaje. No puedo aceptar que a un colega de tantos méritos, como ha ocurrido con muchos, sólo le dediquen algunas frases en alguna de nuestras publicaciones o algunas palabras de despedida fúnebre.

Su vida tranquila hace algún tiempo, se vio dolorosamente trizada con la tremenda pena con el fallecimiento de una de sus hijas, que conocí desde su niñez. Dolor inmenso que los afectó muy dolorosamente.

Hoy el amigo está retirado en su apacible y tranquilo hogar de Cachagua junto a Eliana, gozando del enormemente merecido descanso de su valiosísima e intensísima labor médica, tan eficiente, en beneficio de tantas personas.

Deseo y anhelo que las frases de este modesto homenaje aparezcan destacadamente en nuestra publicación del Colegio Médico Regional. Si así sucede, será un merecido reconocimiento a un brillante colega. ■

El Escorbuto

PARTE I

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

El escorbuto fue una enfermedad muy común en el pasado pero que en la actualidad virtualmente ha desaparecido. Su causa primaria es la ingesta inadecuada de vitamina C o ácido ascórbico pues el organismo humano –a semejanza del de los primates– no es capaz de sintetizarla en forma endógena; la mayor parte de los mamíferos y de las plantas lo elaboran a partir de la glucosa y de la galactosa gracias a una enzima. Es escaso en la leche materna y en la leche de vaca y se reduce en forma importante con el calor de la cocción de los alimentos

El organismo genera radicales libres que contienen un electrón en la órbita externa de sus átomos, los que tienden a unirse a electrones de átomos vecinos produciendo daño tisular por oxidación de las células, lo que se evita con una dieta que contenga ácido ascórbico porque éste inhibe las

reacciones oxidativas a que dan lugar a los radicales libres. La clínica aparece cuando la ingesta inadecuada de vitamina C se prolonga por 2 a 4 meses. La alteración del colágeno pericapilar y alteraciones de la lámina basal de los vasos sanguíneos originan la fragilidad capilar que caracteriza al cuadro.

Aunque una enfermedad con síntomas similares ya había sido recogida por los egipcios en el papiro de Ebers, descrita luego por los griegos, por los legionarios romanos, en las cruzadas y también en el norte de Europa, el escorbuto se comenzó a presentar cada vez con mayor frecuencia a partir de las grandes navegaciones que siguieron al descubrimiento de América. En el viaje de Vasco de Gama, que dio la vuelta a África por el Cabo de Buena Esperanza en 1497, 100 de los 140 marinos de su tripulación fallecieron a causa del escorbuto.

En los siglos siguientes se fueron construyendo veleros cada vez de mayor envergadura, que permitían viajes muy prolongados, de varios meses o años de navegación, que requerían tripulaciones más numerosas. Muchas veces, aunque los navíos estuvieran cercanos a la costa, sus tripulaciones no desembarcaban bien porque se estaba en guerra con los que ocupaban esos territorios o con sus metrópolis, bien por temor a posibles ataques de los nativos.

Es así como el escorbuto pasó a constituir la causa más importante de fallecimiento entre los marineros, superando ampliamente a las muertes debidas a los naufragios y a aquellas que eran consecuencia de heridas de guerra.

Las motivaciones de esas largas navegaciones de meses o de años se encontraban en la expansión naval europea. Los países marítimos planeaban grandes expediciones con el objetivo de descubrir nuevas rutas y también nuevas tierras; en ellas implantaban su soberanía, que luego debían defender, para lo cual se

hacía necesaria la presencia de nuevos buques; por otra parte, se armaban escuadras para atacar territorios de países enemigos. Tampoco faltaban las disputas comerciales. Las naves de las diferentes armadas, buques corsarios y piratas se trababan en combates marítimos y atacaban ciudades costeras. La captura de galeones españoles que transportaban oro o plata desde América a Europa o a las Filipinas era un incentivo para todo tipo de veleros.

Las condiciones de vida de unos y otros eran semejantes. Se podía pasar largos periodos de embarque en los que tanto el agua como los alimentos se echaban a perder y después de un tiempo con frecuencia comenzaban a escasear; no era extraño que en esas condiciones se comieran hasta las ratas. Los alimentos usuales eran carne salada de vacuno y cerdo, pescado salado, queso, mantequilla, aceite, legumbres –principalmente porotos–, avena, arroz, harina de trigo o de cebada, pan, bizcocho, galletas secas o fritas, melaza, verduras en conserva o en escabeche, azúcar, pasas, manzanas y peras deshidratadas, tamarindos –que son leguminosa azucarada que contiene ácido cítrico–, sagú, almendras, ajo, nuez moscada. Una vez que se consumían los alimentos frescos, no había posibilidad alguna de conseguirlos.

En cuanto a las condiciones de salubridad, siempre había hacinamiento tanto por la estrechez propia de los buques como porque se embarcaba una tripulación superior a la requerida, anticipándose al alto porcentaje de bajas que se sabía que necesariamente se produciría en el curso de la navegación.

El escorbuto confundía sus síntomas con los que producían otras carencias alimenticias concomitantes tales como la falta de niacina que produce demencia y convulsiones, el de tiamina que produce beriberi, el de vitamina A con ceguera nocturna y la carencia de vitamina D con raquitismo u osteoporosis. También se

superponían a los de enfermedades infecciosas agudas y crónicas frecuentes en aquella época como la viruela, fiebre tifoidea, tifus exantemático, tuberculosis, malaria, fiebre amarilla, y también la sífilis, que apareció con gran violencia en Europa poco tiempo después del descubrimiento de América.

De acuerdo con el razonamiento médico de la época, la salud dependía del equilibrio de los humores propios del organismo –sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema– y para mantenerlo se debían armonizar *sex rex non naturalis* entre las que se encontraban la comida y la bebida, el ejercicio y el reposo, la vigilia y el sueño. Es así como se culpaba de la enfermedad al aumento de la bilis negra, a la transpiración bloqueada, al frío, a la humedad, a gases nocivos –procedentes por ejemplo de los alimentos en mal estado o de los propios enfermos–, y a la ociosidad u holgazanería. Esto último llevaba a que se hiciera trabajar a aquellas personas que como primer síntoma de su enfermedad presentaban fatiga, agravando así su situación. Luego se presentaban los signos propios de la enfermedad: se producían petequias, equimosis, hematomas y hemorragias subungueales. Se reabrían heridas recientes ya cicatrizadas y sangraban –hoy sabemos que a consecuencia de los defectos en la síntesis de colágeno–. Comenzaban a doler fracturas antiguas ya consolidadas, si las había habido; con frecuencia se producían dolores óseos con dificultad para caminar y adopción de posturas anormales de las extremidades –trastornos debidos a la alteración de la formación de la matriz ósea y del cartilago–. Las encías se inflamaban, sangraban, se ocasionaban infecciones que producían olor a putrefacción y se perdían piezas dentarias.

A pesar de que en el siglo XVI se encontró que el limón y la infusión de corteza y hojas de cedro mejoraban la enfermedad, al parecer la persistencia de síntomas y signos debidos a otras enfermedades que

los marinos solían sufrir al mismo tiempo, impidió reconocer la eficacia de estos dos tratamientos. Por tal motivo continuaron ensayándose tratamientos a veces de lo más disparatados tales como una ración diaria de dos onzas de vinagre, elixir de vitriolo –siendo el “elixir” un compuesto de diferentes sustancias disueltas en vino o alcohol, y “vitriolo” el nombre que se daba a diversos sulfatos–. También se usaban purgas de agua salada o ingestión de gotas o de pastillas de Ward y aplicación de pasta de mercurio en las llagas. Como forma de restablecer el equilibrio de humores se utilizaban vomitivos, laxantes y sangrías.



James Lind

James Lind era un joven escocés que se enroló en la Armada Británica como ayudante de cirujano en 1739, año en que entraron en guerra España e Inglaterra, participando en diversas batallas. Las enfermerías de los buques consistían en una celda húmeda situada por debajo de la línea de flotación, en que los pacientes permanecían suspendidos en varias filas de hamacas colgadas en el techo. En 1746 Lind aprobó el examen de cirujano y ascendió, embarcándose como médico naval en el *HMS Salisbury* con una tripulación de 350 hombres. Ya con varios años en la Armada conocía bien la

enfermedad y sus tratamientos; al año siguiente la mayor parte de los marineros presentaba algún grado de la enfermedad. Escogió a 12 de los más afectados por la enfermedad, los separó en otro compartimiento, les dio igual alimentación pero los dividió en 6 parejas a quienes dio un tratamiento diferente. Éste consistió en un litro de sidra al día a la primera pareja, elixir de vitriolo a la segunda, vinagre a la tercera, agua de mar a beber a la cuarta, naranjas y limón a la quinta, y una pasta de ajo, mostaza, raíz de rábano, bálsamo de Perú y mirra a la última. Aquellos que recibieron los cítricos habían mejorado después de una semana, y en los que habían recibido sidra se notaba cierta mejoría, a diferencia de todos los demás que continuaban enfermos.

Su obra, *“Tratado sobre el escorbuto, con una investigación de la naturaleza, las causas y la cura de la enfermedad”* fue publicada en 1753.

Si bien los habitantes de Chile no sufrieron la enfermedad, el escorbuto fue durante toda la Colonia bien conocido por los médicos de Valparaíso por tener que atender permanentemente a los tripulantes de veleros procedentes de Europa que habían dado la vuelta al Cabo de Hornos o cruzado el Estrecho de Magallanes, y no rara vez llegados a través del Pacífico en una navegación desde Asia.

El escorbuto llegó a adquirir características de “epidemia”, siendo llamado “la peste de los mares”. ■



Las Asociaciones Gremiales de Médicos Especialistas de la V Región

Alfredo Silva V.
Abogado Consejo Regional Valparaíso

Las Isapre aparecen en el año 1981 con el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N°3 del Ministerio de Salud, y en su carácter de captadores de la cotización obligatoria de los trabajadores hoy día aseguran y financian las atenciones de salud de aproximadamente el 20% de la población. Frente a este nuevo y relevante actor en la Salud Privada, buena parte de los médicos formados en diferentes especialidades en la región, también a principios de la década del 80 conforman –con la misma técnica jurídica que a partir de 1981 transformó al Colegio Médico de Chile– las diferentes Asociaciones Gremiales de Médicos Especialistas de la V Región.

La Asociación Gremial (AG) es una persona jurídica⁽¹⁾ que se ha constituido como tal conforme al Decreto Ley (DL) 2.757 publicado en el Diario Oficial del 4 de julio de 1979. Esta norma regula a las Asociaciones Gremiales y las define en su artículo 1 de la siguiente manera: “Son Asociaciones Gremiales las organizaciones constituidas en conformidad a esta ley, que reúnan personas naturales, jurídicas o ambas, con el objeto de promover la racionalización, desarrollo y protección de las actividades que les son comunes, en razón de su profesión, oficio o rama de la producción o de los servicios, y de las conexas a dichas actividades comunes”. Como se dijo, el Colegio Médico de Chile tiene también la naturaleza jurídica de Asociación Gremial, pero por aplicación además del DL 3.621 de 1981 que otorga dicho carácter a los Colegios profesionales, al poner término a su categoría de Corporaciones de Derecho Público.

Las AG de la región han definido esta-



tutariamente su objeto orientándolo a “promover la racionalización, desarrollo y protección de las actividades que les son comunes, en razón de su profesión”. De allí que el marco principal de funcionamiento de la AG está constituido por dicha definición, y los actos o contratos que realice deberán apuntar a la ejecución y cumplimiento de dicho objeto, en el marco de la legislación vigente.

Las AG son entidades de perfil económico y habiéndolo entendido así el legislador dispuso que su fiscalización estuviera a cargo del Ministerio de Economía.

Ahora bien, esta AG interviene en un sector específico de la industria, a saber, el

legalmente denominado “sector salud”⁽²⁾. Cabe tener presente que el Art. 3 del DFL 1 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL 2.763 de 1979 y de las Leyes 18.933 y 18.469, establece que “las personas, instituciones y demás entidades privadas, gozarán de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley”.

Con sus socios, en materia de derechos y obligaciones, la AG se relaciona a partir de la incorporación de éstos (una vez acreditada su condición de especialista), rigiéndose en primer lugar por los estatutos y en lo que no sea regulado por éstos, por la ley. No tiene la AG por definición legal relaciones estructurales u orgánicas con otras personas diversas de sus socios, sean éstas naturales o jurídicas, públicas o privadas. De allí que cualquier vinculación que construya con terceros habrá de tener un marco propio, dado por un acto o contrato celebrado en el marco de la ley. De esta manera, la AG, por no ser parte de su objeto, no tiene relaciones de ningún tipo con los pacientes de sus afiliados ni puede

ser calificada como prestadora de servicios médicos; cuestión distinta es con las Aseguradoras, toda vez que, por encargo de sus socios, la AG ha actuado como mandatario (recordemos que es una persona jurídica capaz de celebrar actos y contratos) ante diversas Isapre, conviniendo en algunos aspectos, principalmente arancelarios, referidos a las prestaciones que los especialistas otorgan a sus pacientes que son beneficiarios de dichas Isapre. Nada distinto hay en ello respecto de los mismos pactos que celebran las Isapre con clínicas, las clínicas con departamentos de bienestar de las empresas, etc. No existe ninguna regulación legal expresa en esta relación que pueda formarse entre una Isapre y la AG, como sí la hay tratándose de la relación que las Isapre forman con sus afiliados y beneficiarios.

Resulta conveniente saber que de conformidad con lo dispuesto por el Art. 173 del citado DFL 1 del Ministerio de Salud, las Isapre tienen como objeto exclusivo “el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias”, prohibiéndoseles ejecutar dichas prestaciones y beneficios o participar en la administración de prestadores⁽³⁾.

Es perfectamente lícito que una Isapre celebre un convenio con un prestador individual o un grupo de éstos o con uno o

más prestadores institucionales (ver Art. 110 N° 9, 189, 170 letra j), todos del DFL 1 del Minsal) y este convenio es una ley para quienes lo han celebrado⁽⁴⁾.

Sin embargo, no es obligatorio que las Isapre celebren convenios de atención con los prestadores de salud, pues recordemos que su obligación, por mandato legal, es financiar las prestaciones y beneficios de salud. Conforme a ello, lo que la Isapre pacta o vende a sus afiliados en un tope de financiamiento de la prestación, lo que libre elección se traduce, según el Art. 189 letra b) A del DFL 1 del Ministerio de Salud en cubrir, por vía de reembolso, a su afiliado. Esto no es más que expresión de la autonomía de la voluntad, en cuya virtud el prestador legítimamente puede pactar con su paciente un precio determinado, y el paciente luego acudir a su Isapre para que ésta le reembolse la parte que le aseguró, según el plan de salud que le vendió.

Lo anterior es especialmente relevante puesto que en libre elección, en salud privada, no existe obligación del prestador para atender a los beneficiarios de una Isapre bajo una estructura de convenio y/o cobrar un precio o arancel prefijado. Por el contrario, el médico, en libre elección y en el ejercicio liberal de su profesión (por aplicación de lo que dispone el Art. 5 del DL 3.621 de 1981, en relación con el citado Art. 1.545 del Código Civil, más lo que dispone el Art. 1.445 del mismo Código y, según la teoría que se adopte sobre la naturaleza del

contrato médico, lo dispuesto por los Arts. 2.118 ó 1.915 del mismo Código) puede pactar el precio que estime valen sus servicios.

De allí que pareciera más conveniente al negocio de las Isapre que éstas, que venden topes de financiamiento de acciones de salud a las personas con cargo a lo menos a su cotización obligatoria, celebrasen contratos con uno o más prestadores, sean estos individuales, grupales o institucionales, pactando aranceles conocidos más otras condiciones relevantes. Ésta por lo demás ha sido la conducta conocida en la región, en que las distintas Isapre han visto en la AG el interlocutor central de un grupo relevante de prestadores individuales y han fijado en el contexto de un Convenio Marco, las referidas condiciones arancelarias, encontrándose vigentes numerosos convenios, al menos entre las AG de las especialidades básicas y todas las Isapre con presencia regional. Recordemos por último que este tipo de convenio tiene el carácter jurídico de “consensuales”, esto es, que se perfeccionan con la sola manifestación de voluntad de las partes. Las Isapre a través de sus agencias regionales han reconocido en las AG contrapartes relevantes en la contribución del manejo de la siniestralidad, por ejemplo para evitar la suplantación en la atención de pacientes, el otorgamiento de subsidios o el uso inadecuado de tecnologías. ■



⁽¹⁾ Art. 545 Código Civil: Se llama persona jurídica una persona ficticia, capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones civiles y de ser representada judicial y extrajudicialmente.

⁽²⁾ Art. 1 y 2 DFL 1, Ministerio de Salud, Año 2006.

⁽³⁾ El incumplimiento clásico a esta prohibición ha sido la integración vertical que, de un modo bastante notorio, algunas Isapre desarrollan. Si bien han cautelado la separación de las estructuras societarias para generar la imagen formal de que se trata de empresas distintas, por aplicación de la teoría jurídica del “levantamiento del velo” es perfectamente posible descubrir estos eventuales incumplimientos (ver al efecto www.empresasbanmedica.cl).

⁽⁴⁾ Art. 1.545 Código Civil: Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.

Médicos *Escritores*

Damos inicio a una nueva sección, destinada a crear un espacio para médicos que ocupan parte de su tiempo en escribir. En esta sección daremos cabida a composiciones de narrativa y poesía, a la que están todos invitados a participar. En esta oportunidad publicamos el cuento "El agua tiene memoria", del doctor Víctor Villegas. El doctor Villegas estudió Medicina en la Universidad de Chile, Sede Valparaíso y se perfeccionó en la Universidad de Montpellier, Francia. Actualmente se desempeña como Pediatra neonatólogo en el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Aficionado a la literatura desde su época universitaria, opina que para él "la narrativa es un mundo paralelo, es la libertad de moverme en el tiempo y espacio, pero sobretodo es concretar mis reflexiones. La poesía, algo parecido, revolverme arriba de un

segundo, pensar, imaginar y jugar con las palabras". Aunque son muchos los autores que admira, señala que: "mi mejor poemario son mi señora Cecilia y mis cuatro hijos que me mantienen siempre ocupado, cansado, alerta, vigil y feliz. A veces creo que la virtud literaria viene del más allá y lo que hace el que escribe... es traerla mas acá". Su cuento "El agua tiene memoria" surgió en relación con un taller literario para médicos, recientemente patrocinado por Laboratorio Saval. En este cuento se destaca una creatividad exquisita –que en alguna medida recuerda a Kafka–, un estimable manejo del flujo descriptivo narrativo y especialmente un profundo reflejo psicológico de los protagonistas, que no sólo son seres humanos.

Dr. Eduardo Bastías G.



El agua tiene memoria

Dr. Víctor Pablo Villegas

Lo que ocurre, ha ocurrido en el corazón de la gran ciudad, en un barrio señorial de calles rectas, cubiertas de adoquines brillantes, limitadas por edificios de ladrillos rectangulares, cuyas ventanas de madera noble y puertas amplias fueron la fuente por donde escurrió la elegancia que otrora deslumbrara a residentes y paseantes, pero que la acción de lluvias incesantes, seguida de soles perforantes, potenciada por lloviznas y vientos desquiciados, la mutaron por un colorido anorético, que refuerza el desgano del tiempo en su acción erosiva, involuntaria pero persistente.

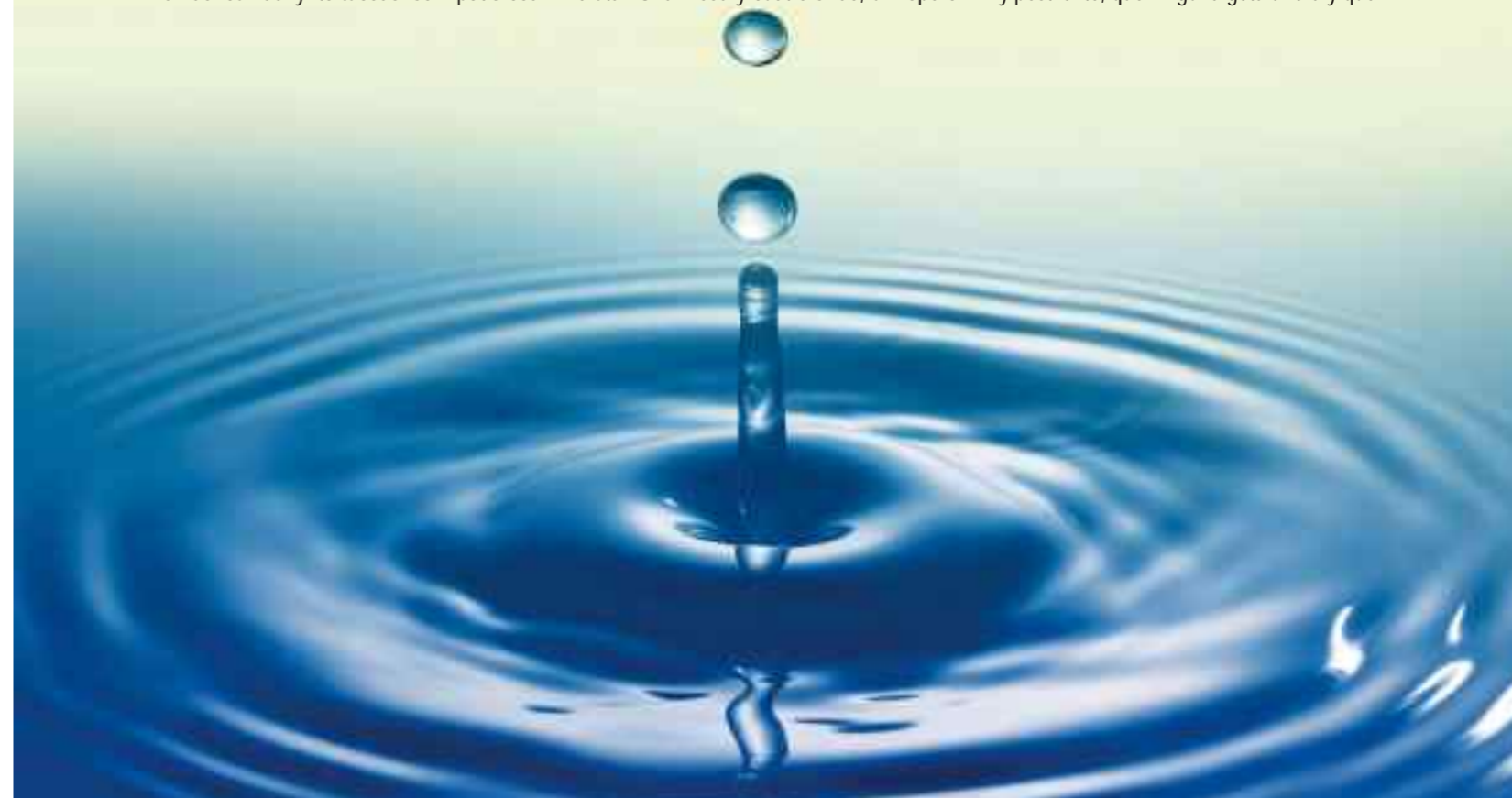
En una de sus viejas casonas, detrás de la puerta principal, de madera dura, pesada y vetas elípticas, se encuentra una escala curva en espiral, de madera suave y colores claros con cientos de cicatrices que revelan un devenir de pasiones y tacones, que han hecho mella en la apariencia pero no en su esencia. Los escalones firmes y seguros se dejan oír de día y de noche. Transmiten seguridad y son el nexa con la realidad y la fantasía que juega en la plaza cercana, donde los árboles de troncos gruesos y ramas curvas y tortuosas son poderosa

fuente de vida para las sombras que van de paseo por la calle, más allá del umbral y por la escala del edificio de ladrillos rectangulares, de puertas amplias.

Al final de la escala, en la parte alta del edificio, se encuentra una puerta especial. Es de madera sólida, vetas gruesas, surcos profundos labrados por un artista ignorado y un marco potente y severo. La puerta ostenta una cerradura gruesa y tosca. Tres bandas autoadhesivas amarillas la cruzan de lado a lado. Se lee *no pasar*. Otro sello cuelga de la cerradura. En el borde inferior de la puerta se aprecia un área húmeda y con la luz del día se pueden ver gotas colgando desde la madera algo revenida. En los pocos días de sol, juegan los rayos de luz con las gotas que cuelgan como murciélagos diminutos y la descomponen en un abanico de colores, que flirtean libremente detrás de la puerta especial, en un espacio amplio, donde destaca una cama antigua de madera bruta, articulada con estructura de fierro forjado a mano, frío y grueso. Un plumón blanco grisáceo, grande y mullido, reposa sobre este lecho brutal. Una mesa y cuatro sillas, un ropero

rectangular, un refrigerador pequeño tipo bar permanecen en silencio. Sólo se ve madera simple de bordes romos, patas gruesas y carentes de adornos. Una bandeja adosada a la pared soporta una cocinilla eléctrica de un plato. Junto a ésta resalta un lavamanos de loza blanca cuadrado, dos llaves y un grifo de cuello corto y grueso que completan el mobiliario. No hay televisor, tampoco radio ni teléfono, pero se ven cables desparramados detrás de los muebles y enchufes y conectores. También hay polvo, musgo y papeles, cientos (tal vez miles) de papeles dispersos por doquier. Bajo éstos se pueden ver libros grandes y pequeños. Sobre la mesa descansa una bandeja, un par de tazas, platos, un hervidor eléctrico y utensilios de cocina, sencillos.

El grifo gotea. Una gota cae cada 30 segundos. La gota se forma con parsimonia y cual pepa de limón desnuda, cae al lavamanos desvaneciéndose como un fantasma que se escabulle con picardía acuática por el drenaje oscuro y misterioso que lleva a un mundo de sombras húmedas y pestilente, que ninguna gota añora y que



llevadas por una fuerza rígida y sistémica, rigurosa e insensible, aceptan su destino con resignación hidráulica. De día gotea cada 45 segundos y de noche cada 15 segundos, pero hay días en que gotea cada 41 segundos y otros días cada 33 segundos. Luego se desvanecen y ya nadie sabrá de ellas, de su tamaño, de su forma, de su consistencia, de su memoria. El rumor de la calle las apabulla. Lo que cambia es la luz, la sombra, la latencia, el rumor y la pestilencia. La memoria del agua se resiste a ser absorbida por el drenaje y se escabulle como sombras que saltan desde el lavamanos, buscando alguien que las acoja o las escuche, antes de su aniquilación total y absoluta. La sala está vacía y nadie parece interesarse en abrir la puerta y darles vida.

Sobre la ventana, desde un tubo que soporta las cortinas, pende una sogá gruesa, de color café claro con manchas grises y con múltiples zonas deshinchadas. Pende inerte y sin propósito alguno, destacándose como un elemento ajeno a la escasa ornamentación de la habitación.

Una lámpara cuelga del techo, con forma de timón de madera en desuso y reciclado como sostenedor de ampollitas, varias de ellas rotas y además escorado, más bien tironeado hacia abajo y cubierto de polvo.

Una cucaracha cruza veloz la habitación y al pasar sobre los papeles se resbala y lo hace crepitar. La siguen varias. Vienen desde la parte posterior del ropero y parecen jugar. Corren hacia la puerta y luego regresan, rodean las patas de la cama y luego las de la mesa. Después se van, desaparecen entre rendijas de los zócalos y de las paredes. Se van, pero regresan. No tienen horario ni rutina. Aparecen y desaparecen. A veces muchas. Ocasionalmente una. No buscan comida y más parecen disfrutar de un gran parque de diversiones.

Los papeles desparramados son hojas de oficio fotocopiadas, aunque los hay de otros tipos, boletos de loterías, cuentas, folletos turísticos, postales, sobres y recortes de revistas, periódicos. Papeles por doquier sin orden alguno. Diríase que un torbellino pasó por esta habitación y la llevó a un caos total. Los papeles con escritura son monótonos, previsibles, muy regulares y sin sorpresas. Rayas negras con formas bizarras colocadas una junto a la otra encadenadas formando piños cortos, otros largos, espacios y luego otra vez lo mismo, rayas y puntos, puntos y espacios, líneas y puntos, espacio y espacio. (Curiosa y extraordinaria la manera que tienen estos seres grandes, pesados, despreciativos y malolientes de atesorar el tiempo que les sobra y malgastan. Pasan horas y días contemplando rayas y puntos y luego haciendo rayas y puntos y cuando se trata de vivir se mueren.) Pero esto no es problema para las cucarachas que gustan de correr sobre papeles de colores y por sobre

fotos, logos y figuras diversas. Las cucarachas sólo saben vivir, crecen, comen, procrean, corren, corren todo el día, descansan lo justo y necesario para luego correr hasta morir sin preocupaciones que le impidan gozar de su condición maravillosa de cucaracha. Justo es decir que algo de temor existe hacia esos seres, los humanos, pero también los quieren, los admiran, los necesitan y los respetan. Son ellos quienes se han preocupado de construirles un hogar, habitaciones calefaccionadas, espacios amplios donde jugar y correr y les proveen comida y seguridad. Más se le teme a las ratas que las engullen sin ningún respeto ni consideración. Pero los humanos hacen ya muchos miles de años que dejaron de considerar a las cucarachas como un bocado apetecible por lo que su esencia no se mezcla con la propia. Cucaracha eres, cucaracha permanecerás. Y eso las tiene tranquilas y seguras. Confían en su destino. No así –piensan– los pobres humanos que buscan seguridad en una búsqueda infinita. En esto se les va la vida. De esto saben las cucarachas que les ha tocado ver tantos despojos humanos e incluso han llegado a comerse sus restos, sabiendo de su esencia. La cucaracha es más fuerte que el humano putrefacto e inmundado. Aun así pueden agradecer la oportunidad de alimentarse. Son agradecidas por esencia. El humano puede alimentarse con la palabra. Ellas no.

Quiso el destino que esta habitación fuera ocupada por un joven estudiante de ciencias. Debía hacer una maestría en química. Su tesis: la memoria del agua. El agua es esencia. El agua es él.

Su interés nació al conocer a Jean Jaques Benveniste O. y su teoría de la capacidad

del agua de retener las formas o la esencia de las materias que habían coexistido con ella. El agua tendría memoria. Planeó su trabajo de simple a complejo. Diluyó el agua 250 veces, siguió con la observación cotidiana de los tubos diluidos evaluando color, transparencia, sabor y olor. Le tomó una placa radiográfica a cada tubo y registró fecha y hora. Pudo además hacerle un examen ultrasónico a través de un colchón de gel. Batalló hasta conseguir una observación con microscopía electrónica. Tan difícil como la microscopía, fue conseguir un examen de resonancia magnética. Colocó los tubos junto a pacientes que concurrían al hospital a hacerse sus exámenes y como no molestaba a nadie, un antiguo camarada escolar le pudo ayudar en esta cruzada secreta en búsqueda de lo desconocido, la memoria del agua.

No pudo hacer un estudio de espectroscopía, ni de cromatografía como hubiera deseado. Concluyó sus observaciones, recolectó la información, hizo un análisis estadístico, comparó resultados y hallazgos con la información de la literatura científica y llegó a la conclusión que *no se puede afirmar que el agua tiene memoria, aunque faltan estudios más profundos y con técnicas más sensibles que permitan descifrar el misterio*. Algo desilusionado, pero conforme, llegó el día de la defensa de su tesis. Presentó sus observaciones, datos, análisis y conclusiones. Terminó y la sala se llenó de un silencio casi infinito. Un profesor llamado Giles de la Tourette comenzó por criticar el diseño de su trabajo, la simpleza pueril, la precariedad de su análisis y la torpeza de sus conclusiones. *Se trata de basura, más bien lodo*, concluyó. Lo reprobaron.

Caminó de regreso a paso lento, bajo una llovizna que camuflaba las lágrimas. Lo invadió el silencio. El resonar de los peldaños entre macilento y taciturno, hizo de las sombras un penacho mortuario. Abrió la puerta, entró, cerró la cerradura con llave, buscó una cuerda, subió a una silla, ató la cuerda a la lámpara y el otro extremo se lo enrolló al cuello y saltó de la silla. Cayó con estruendo al suelo y las cucarachas corrieron bajo el ropero. Se puso de pie y mirando en rededor de la habitación, vio el tubo que sujetaba las cortinas, subió nuevamente a la silla, pasó la cuerda y haciendo un lazo perfecto se lo colocó al cuello y saltó, quedando colgado. Luego de algunos espasmos y corcoveos quedó inmóvil. Por sus piernas escurrió líquido que goteó intensamente, formándose un charco en el suelo. Las cucarachas se aproximaron a la poza y la rodearon. El grifo goteaba y en el silencio, como nunca, se escuchaba el resonar de las gotas, una tras otra, como campanadas. Una sombra antropomórfica de contornos mal definidos salió del cuerpo colgante. Fue atraída hacia el lavamanos y sin alarde de angustia ni lucha u oposición alguna, fue succionada por el drenaje y desapareció. Las cucarachas permanecieron allí, inmóviles, un día y otro y luego otro. Parecían adorar un ídolo. No hubo carreras ni juegos. Tampoco comieron. Sólo veneración total.

De pronto un gran golpe y con estrépito se abrió la puerta. Las cucarachas corrieron detrás del ropero. Entraron bomberos con equipos de respiración autónoma. Los acompañaban policías con máscaras y

trajes especiales. El hedor era insoportable para ellos y el cuerpo rígido estaba seco, sin gusanos y sin signos de putrefacción. Parecía una momia milenaria. Bomberos y policías asombrados sacaron fotos y registraron el lugar, hurgaron y revolvieron todo, libros y papeles. Buscaban algo. Fue una búsqueda infructuosa. Llegó una autoridad. Portaba un sombrero diferente, un traje especial y una máscara como todos. Ordenó sacar el computador, el teléfono y cualquier otro equipo electrónico. Se llevaron los papeles que consideraron más importantes. Los demás quedaron dispersos. Bajaron el cuerpo, lo introdujeron en una bolsa negra y se lo llevaron. Luego cerraron la puerta, hubo golpes y otros ruidos.

Las cucarachas reaparecieron lentamente, recorrieron el lugar, parecía que buscaban algo sin hallarlo. No les incomodaba el olor. El edificio fue evacuado y pasó un mes antes que lentamente reaparecieran sus antiguos moradores. Al final de la escala permanece la puerta y las bandas amarillas, el sello en la cerradura y algunas flores secas, que alguien dejó en memoria del estudiante de química que buscaba encontrar la memoria del agua. ■



Obituario

Dr. Humberto Miralles Águila

(1920 - 2010)



Nació en Maullín, el 03 de octubre de 1920. Cursó sus estudios en el Colegio San Javier de Puerto Montt y el Liceo de Hombres Concepción.

Estudió Medicina en la Universidad de Concepción y por traslado a Santiago concluyó la carrera en la Universidad de Chile. Una vez titulado retornó a su ciudad natal Puerto Montt por 18 años, haciendo de su carrera un apostolado.

Siempre tratando de hacer cosas en 1967 se trasladó a Viña del Mar y se integró al Hospital Van Buren donde terminó su labor como médico.

Entre sus cualidades destacan el haber sido deportista, fotógrafo, piloto civil, pintor y lector incontrolable. Creó un centro de atención gratuito en San Roque Valparaíso dependiente de los Jesuitas.

Su misión en la vida fue el servicio, ética y trabajo social.

En el mes de mayo falleció el destacado y recordado médico, Dr. Jorge Artigas Jara, quién ejerció su profesión por más de cincuenta años. En 1953 se tituló de médico cirujano en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Se especializó en parasitología, conocimientos que transmitió como catedrático y que aplicó en investigaciones y en consulta privada.

Dr. Jorge Artigas Jara

(1927 - 2010)



En su larga trayectoria académica y científica destacan haber sido:

- Coautor de la creación de la carrera de Tecnología Médica de la Universidad de Chile, de la cuál fue su primer director, desde 1961 hasta 1968.
- Catedrático fundador del Departamento de Salud pública, de la Escuela de Medicina de la Universidad Austral de Valdivia.
- Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Austral de Valdivia.
- Director y profesor del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
- Director Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
- Pro rector subrogante de la Universidad de Valparaíso.
- La Universidad de Valparaíso, en 1998, lo distinguió nombrándolo Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de esa universidad.

Su fallecimiento no sólo enluta a familiares, sino también a sus amigos, colaboradores y discípulos. Siempre será recordado como una gran persona, fino, íntegro, honesto, culto, desprendido y amable. Para sus discípulos constituyó un ejemplo de rectitud, de humildad académica, rigurosidad científica, espíritu de trabajo, caballerosidad y buen trato.

Obituario

Dr. Gastón Chaparro Castillo

(1919 - 2010)



Nació el 22 de marzo de 1919. De carácter tranquilo, generoso, humanitario y un gran pensador, entre otros valores, estudió en el Seminario San Rafael de Valparaíso y cursó 2 años como Seminarista, para luego dedicarse a estudiar Medicina en la Universidad de Chile. En 1947 obtuvo el título de Licenciado en Ciencias Médicas en la Universidad Católica de Chile, en 1948 se tituló de Médico Cirujano, se especializó en Tisiología, y en 1949 era miembro activo de la Sociedad Médica de Valparaíso. En 1960 participó de la Sociedad Chilena de Enfermedades del Tórax y Tuberculosis.

Casado con María Violeta Arriagada, tuvieron 4 hijos: María Victoria, Carlos Humberto, Violeta Eugenia y Gastón Alejandro. Luego de la pérdida de su hijo Gastón en 1987, su salud se deterioró fuertemente, lo que le impidió seguir ejerciendo su carrera de médico. Aún así, sus pacientes continuaron visitándolo en su casa particular.

Se desempeñó como Médico Broncopulmonar en el Hospital "El Salvador" de Playa Ancha, en el Sanatorio de Putaendo, fue Director del Hospital Sanatorio de Valparaíso (actual hospital Eduardo Pereira), en el Consultorio de Enfermedades Broncopulmonares de Valparaíso, dándose el tiempo también para prestar sus servicios profesionales a domicilio.

Fue presidente del Colegio Médico en Valparaíso, donde luchó firmemente por los profesionales jubilados. Su desempeño como galeno fue ampliamente reconocido por su gran vocación de servicio público, humanidad, generosidad y por sobre todo humildad, tanto por las instituciones donde ejerció, como por sus pacientes y amigos. De hecho, en 1998 el Colegio Médico de Chile le otorgó el título de Miembro Emérito, y el Consejo Regional Valparaíso lo homenajeó por haber cumplido 50 años de ejercicio ininterrumpido de la medicina.

Una larga y destacada trayectoria profesional tuvo el Dr. Luis Guiresse Mongaston, quien se desempeñara como Médico Internista en el Hospital San Borja y en la Posta Central (UTI) en Santiago.

Dr. Luis Guiresse Mongaston

(1934 - 2010)

Titulado en la Universidad de Chile en mayo de 1961, además de gran profesional se le recuerda como un apasionado lector.

Casado con Sonia Torres, tuvo dos hijos, Claudio y Denise. A ellos, sus familiares y amigos nuestras más sinceras condolencias.

FE DE ERRATAS

Junto al obituario del Dr. Jorge Artigas Jara publicado en la edición anterior de Panorama Médico publicamos una fotografía que no correspondía al médico mencionado, razón por la cual en esta edición incluimos el obituario con la imagen correcta.

**En nuestra
próxima edición:**



- Análisis del Informe de la Comisión Presidencial de Salud
- Día del Médico 2010 y muchos temas más



Panorama **Médico**

Informamos a nuestros asociados que producto de una reestructuración en el equipo de diseño la edición correspondiente al mes de septiembre de Panorama Médico sufrió un retraso en su publicación. Pedimos disculpas a nuestros lectores por este inconveniente y les informamos que la edición de diciembre saldrá en el breve plazo.



Les deseamos a todos nuestros asociados y sus familias un nuevo año colmado de alegrías.

¡Feliz 2011!



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.
CONSEJO REGIONAL VALPARAÍSO