



# 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](http://www.itau.cl)

Infórmese sobre el límite de garantía estatal de los depósitos en su banco o en [www.sbif.cl](http://www.sbif.cl)

**Itaú** perfecto  
para usted

# PANORAMA MÉDICO

Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 22 N°89 / Marzo 2012

Servicios de Urgencia  
Avances de la comisión  
Colmed-Minsal

Asociaciones gremiales  
y Libre competencia

IPC de la salud  
Intento por regular  
las alzas de los  
planes de isapres

## Plan Garantizado de Salud

### ¿Medida cosmética o real solución?



# FONDO DE SOLIDARIDAD GREMIAL Y BIENESTAR

## NUEVOS BENEFICIOS

- Rescate anticipado de la cuota mortuoria en casos calificados, tales como enfermedad grave o situación de precariedad económica.
- Cesión solidaria de su cuota mortuoria para apoyar a otro médico afiliado que esté en situación de necesidad extrema.

### BENEFICIOS EXISTENTES

- Ayudas solidarias
- Auxilio económico por enfermedad
- Asignación por natalidad
- Ayudas escolares
- Consulta médica
- Ayuda para lentes ópticos y/o de contacto
- Ayuda para audífonos
- Prótesis dental total
- Ayuda por viudez
- Cuota mortuoria

**INFORMACIONES**  
**(2) 4294135 / 4294138**



**COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.**

## Salud y Gobierno: en la mitad del camino



Dr. Juan Eurolo Montecino  
Presidente Consejo Regional Valparaíso

● Habiéndose cumplido recientemente dos años de Gobierno, es interesante pasar revista a los logros y deudas de la gestión de esta primera administración de derecha, la primera luego de 20 años de Concertación. Si bien hay hechos positivos, hay otros que causan profunda desazón.

Digno de destacar es el posnatal de 6 meses para mujeres trabajadoras contratadas o independientes, y también la posibilidad de traspasar el derecho al padre. Si bien esta iniciativa tuvo su origen en mociones de parlamentarios de oposición, es destacable que finalmente se concretara. Otra medida que vale la pena resaltar es la eliminación del 7% de cotización de salud a los jubilados, que beneficia a 700 mil personas que reciben menos de \$ 255.000 mensuales.

Quisiéramos mencionar entre los grandes logros el fin de las listas de espera AUGE, sin embargo éstas no se terminaron realmente. Lo que hubo allí fue sólo una actualización y depuración de los registros, que aunque necesaria no es en modo alguno resultado de una "brillante gestión" como se quiso aparentar.

Tampoco el Bono AUGE es tan fabuloso, pues éste sólo paga la consulta médica pero no el estudio del paciente, necesario en la mayoría de los casos.

Respecto de las principales deudas del Gobierno, los dardos apuntan a un presupuesto de salud que creció sólo un 6,7% para 2012 (contra el 12,5% de 2011), y que es el más bajo de los últimos cinco años. También las inversiones 2012 disminuyen en 3,27% respecto del año pasado.

La eterna deuda de éste y todos los gobiernos: la atención de urgencia de hospitales públicos, un servicio que sigue saturado y colapsado. A esto se suma el déficit de

especialistas en el sistema público y la ausencia de propuestas para contratar o reincorporar especialistas. En cambio, se hacen ofertas a médicos españoles con sueldos muy superiores a los de los chilenos. La queja del Gobierno es que "los médicos chilenos no se interesan por trabajar en el sistema público", pero no se menciona que la autoridad no hace el menor esfuerzo por ofrecer condiciones de trabajo atractivas para el nivel de la medicina chilena en el sector público.

Y en el ámbito regional, aún no hay plena claridad respecto de la infraestructura hospitalaria que tendrá la región en el futuro, dado que no están claros los proyectos presentados a la comunidad.

Por otro lado, los concursos de Alta Dirección Pública siguen siendo hechos a la medida de profesionales administrativos, con condiciones que sencillamente excluyen a los médicos para postular a estos cargos. Un caso ya emblemático es el del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, institución que luego de tres años y tres concursos (y enormes recursos gastados en ellos) aún no tiene autoridad titular.

Y por último, un tema especialmente sensible porque afecta a una comunidad históricamente perjudicada en aras de la producción. A un año de la catástrofe de la escuela de La Greda y luego de varios otros episodios de contaminación en la zona de Quintero-Puchuncaví, aún no hay una política medioambiental para nuestra región.

La conclusión final es que la salud sigue siendo la fea del baile, acorralada y postergada, pero aun capaz de sobrevivir. La pregunta es ¿hasta cuándo?

# En esta edición

**Palabras del Presidente**  
Salud y Gobierno:  
en la mitad del camino  
PAG.01

**Editorial**  
Gremio médico  
en alerta  
PAG.03

**Gremial**  
Plan Garantizado  
de Salud ¿Medida  
cosmética o real  
solución?  
PAG.04



**Gremial**  
IPC de la Salud  
Intento por regular  
las alzas de los planes  
de las isapres  
PAG.06

**Gremial**  
Servicios de Urgencia.  
Avances de la comisión  
Colmed-Minsal  
PAG.08



**Gremial**  
Oferta de trabajo  
a médicos españoles.  
Acuerdo con el Minsal no  
dejó conforme al Regional  
Valparaíso  
PAG.11

**Noticias**  
PAG.12

**Asociaciones Gremiales**  
AG de Otorrinolaringología.  
Un referente profesional  
en la región  
PAG.13

**Normas y Medicina**  
Asociaciones gremiales  
y Libre competencia  
PAG.14

**Ética**  
La verdad en medicina  
PAG.16

**Breves**  
PAG.18

**Semblanza**  
Dra. Luisa Cubillos Jorquera  
Una persona y médico ejemplar  
PAG.20

**Médicos Viajeros**  
Un viaje milenario  
PAG.22



**Historia de la Medicina**  
La modernización de la medicina  
en Chile durante el siglo XIX  
PAG.24

**Médicos Escritores**  
"Magnus Opus"  
Dr. Pablo Araya C.  
PAG.26

**Deportes**  
MEDIGAMES Turquía 2012.  
Una aventura deportiva  
de nivel mundial  
PAG.30



**Cartas / Obituario**  
PAG.32

# editorial

## Gremio médico en alerta

El año pasado nos tocó ser espectadores de diversas crisis sociales y sobre todo aquella que involucró a la educación y que sumió al país en un caos paroxístico. Quedó en evidencia la falta de pericia de nuestro Gobierno para resolver los problemas y una sensación en el ambiente de que las cosas pueden empeorar. Ya por esos tiempos sabíamos que así como en el 2011 era la crisis de la educación, el 2012 podía gatillarse la de la salud.

Puede que no hayamos estado muy equivocados. Mientras partíamos el 2012 con el pie derecho, trabajando en Comisiones de Urgencia, en conjunto con el Ministerio de Salud para mejorar la realidad de los servicios de urgencia de la salud pública y nos encontramos con el sorprendente anuncio de nuestro Ministerio de Salud publicado en la página web del equivalente al Colegio Médico en España, en que se hace una oferta de trabajo a médicos españoles para venir a trabajar a Chile, sin pasar por la adecuada convalidación de título y con un sueldo superior al que perciben los médicos chilenos. Ante esta desagradable, absurda y escandalosa sorpresa el Colegio Médico reaccionó con rapidez y logró detener la iniciativa y retomar las conversaciones con el Minsal para dar una mejor solución al déficit de especialistas que aqueja a nuestro país sin pasar por sobre los médicos nacionales.

En otra arista, el proyecto de ley que hoy se discute en el Congreso y que modifica la salud privada creando un plan único de salud, prácticamente acaba con la libre elección y podría dificultar las alternativas laborales de todos aquellos médicos que no pertenezcan a una red cerrada de atención vinculada a una isapre.

En este número, *Panorama Médico* presenta varios artículos que se adentran en los detalles de estos problemas.

La situación es compleja, los médicos estamos atentos y no seremos espectadores cuando la salud de las personas y el ejercicio de nuestra profesión están amenazados.



Dr. Humberto Verdugo Marchese  
Director Panorama Médico

PANORAMA  
**MÉDICO**

PANORAMA MÉDICO / Año 22 – Número 89 – Marzo 2012 / Director: Dr. Humberto Verdugo Marchese, [director.panoramamedico@gmail.com](mailto:director.panoramamedico@gmail.com) / Colaboradores: Dr. Antonio Orellana, Dr. Francisco Pérez, Dr. Guillermo Torres, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Dr. Eduardo Bastias, Dr. Pablo Araya, Dr. Ignacio de la Torre, Alfredo Silva / Editora: Sandra Valenzuela Torres, [panoramamedico@gmail.com](mailto:panoramamedico@gmail.com) / Esta revista es editada por el Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G. / Representante Legal: Dr. Juan Eurolo Montecino, Los Acacios 2324, Miraflores, Viña del Mar, Fono: (32) 2677982 / Producción & Publicidad: (32) 2677982, [reg.valparaiso@colegiomedico.cl](mailto:reg.valparaiso@colegiomedico.cl), [reg.valparaiso@gmail.com](mailto:reg.valparaiso@gmail.com) / Sitio Web: [www.colegiomedicovalparaiso.cl](http://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.

# Plan Garantizado de Salud

## ¿Medida cosmética o real solución?

De público conocimiento es ya la existencia del proyecto de ley que tiene por objeto modificar el sistema chileno de salud privada que se encuentra regulado en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

El documento, ingresado al Congreso a fines del año pasado por el Gobierno, fue diseñado por una Comisión de Expertos tras el fallo del Tribunal Constitucional que cuestionó la tabla de factores de riesgo usada para reajustar los planes de isapres, según sexo y edad de las personas.

El proyecto de ley –que se pretende entre en vigencia a mediados de 2013– busca modificar el régimen de financiamiento de la salud privada, a través de la creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS). Del mismo modo, pretende otorgar nuevas herramientas que faciliten el análisis de los ajustes de precios que realicen las isapres.

Simulaciones efectuadas por la Superintendencia de Salud, de acuerdo a una metodología concordada por la Comisión de Expertos, determinaron que el precio de este Plan Garantizado de Salud, con las características antes descritas, tendría un costo aproximado por afiliado de \$17.000 mensuales, valor que sería referencial, pues podrá ser determinado por cada isapre.

### MIRADA GREMIAL

Tras analizar en detalle el proyecto de ley, a través de una carta el Colegio Médico propuso a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados una serie de modificaciones.

En la misiva se expresa que la posibilidad de avanzar hacia una mayor equidad en el acceso, cobertura y protección financiera en prestaciones de salud de calidad garantizada, dependerá de la capacidad de acordar el diseño e implementación del siguiente conjunto de reformas a la organización y gestión del sistema de salud:

**Elaborar un Plan Garantizado Universal de Salud.**

Financiar el Plan mediante un Fondo

**Solidario Universal en Salud.**

Construir el Fondo en base a una Prima Solidaria proporcional al ingreso.

**Diseñar mecanismos de ajuste de riesgos poblacionales en base a variables socio-demográficas, territoriales y de carga de enfermedad.**

Permitir la libre afiliación y movilidad de usuarios entre seguros públicos y privados de salud, sin exclusiones ni discriminaciones de ninguna naturaleza.

**Definir la totalidad de los servicios y prestaciones de salud en base a coberturas estanda-**

**rizadas, comparables, homogéneas y con plena información a los usuarios.**

Implementar un Modelo de Atención preventivo, integral y ambulatorio de los servicios, mediante estrategias de colaboración público-privada.

**Viabilizar la libre adscripción a Beneficios Adicionales en Salud, complementarios y separados del Plan Garantizado de Salud.**

Crear Modelos de Compra y Pago de prestaciones, con prohibición absoluta a la integración entre seguros y prestadores, relaciones reguladas



entre proveedores e incentivos a la expansión de la Libre Elección con enfoque sanitario.

**Fortalecer la gestión de los Subsidios por Incapacidad Laboral, creando un sistema autónomo para su administración y aplicando las mismas reglas financieras del Plan Garantizado de Salud.**

En concordancia con estos puntos, y entre otras modificaciones, se solicitó: que los cotizantes puedan trasladarse libremente entre Fonasa e isapres, de manera que quienes pertenecen al fondo estatal queden en igualdad de condiciones con los cotizantes del sistema privado; que los beneficios complementarios estén sujetos a las mismas reglas del PGS, es decir, sin discriminaciones ni exclusiones; que el IPC de la salud, considerado como un elemento inflacionario, sea reemplazado por un indicador de variación de costos; y que las isapres no puedan participar en la administración ni en la propiedad de prestadores de salud, ya sea directamente o a través de terceros, esto como una forma de evitar la integración vertical entre seguros y prestadores.

### VISIÓN REGIONAL

Para el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, la propuesta gubernamental no resolverá los problemas actuales del sistema de salud privado. Por el contrario, ocasionará una serie de nuevos problemas que podrían terminar con un éxodo importante hacia Fonasa. “Un porcentaje importante de los afiliados va a tener que pagar más por el mismo plan que hoy tiene, porque el PGS contempla un pago por beneficiario y no por cotizante. Y esto podría provocar que haya una fuga hacia un sistema de salud público que ya se encuentra sobrecargado”, sostiene el directivo.

Por otro lado, el nuevo modelo no beneficia en nada al grueso de la población que está fuera del sistema privado. “Muy por el contrario. Las isapres podrán restringir aún más la entrada de usuarios de Fonasa porque el plan sólo termina con las preexistencias entre los afiliados a las isapres, pero no con los del sistema público”.

Otro problema que vislumbra el facultativo es que los afiliados a isapres que quieran conservar la libre elección de sus prestadores médicos van a estar obligados a contratar planes complementarios de salud, donde la normativa tarifaria va a ser la misma de hoy. En ese sentido, estima que mecanismos tales como los planes complementarios, copagos o ahorro “podrían ser utilizados para que las aseguradoras privadas recuperen lo que dejarán de ganar con el PGS”.

El PGS tampoco impediría realmente los abusos en la fijación de los precios, dado que

el IPC de la salud es sólo referencial y no establece sanciones para aquellas isapres que efectúen alzas por sobre lo recomendado por la Superintendencia. En este punto el dirigente va más allá, y advierte que el proyecto contiene un párrafo que busca legalizar las alzas en las tarifas de los planes. “El inciso segundo del nominal 16 señala que las variaciones de precios ‘se presumirán justificadas para todos los efectos legales’, lo que creemos es un claro intento por favorecer a las isapres. Las alzas tarifarias no pueden quedar legalizadas”, afirma.

El Dr. Eurolo considera que la iniciativa tampoco terminará con la judicialización del sistema de salud. “Por una parte, es probable que muchos casos de alzas sin mejoras en los planes terminen en tribunales. Y por otra, como las isapres podrán rechazar a personas provenientes de Fonasa, cabría esperar que estos casos también terminen judicializándose”.

Y un punto particularmente preocupante es que tampoco se transparenta la relación entre las clínicas privadas y las isapres. En el país existen siete isapres abiertas y seis cerradas, las cuales en su mayoría están vinculadas directa o indirectamente a los prestadores de salud privados más importantes de Chile. “Creemos que esa situación hay que transparentarla para evitar abusos”, sostiene.

Finalmente, el presidente regional de la Orden estima que una solución real al problema de la salud no pasa por modificar sólo el sistema de isapres. “Se debe contemplar también al sistema de salud público en la discusión. Con este proyecto parece que la solidaridad se da sólo al interior de uno de los fondos, el de mayor ingresos; pero el otro, donde está el grueso de la población queda igual o peor”, concluye.



## PRINCIPALES ELEMENTOS DEL PROYECTO

PGS: incorporación de un Plan Garantizado de Salud común para todos los beneficiarios del sistema Isapre.

Prima plana para el PGS: la misma para todos los beneficiarios de una misma isapre, independientemente de su sexo, edad o estado de salud.

Fondo de compensación para el PGS: compensará las diferencias de costos derivadas de los diferentes perfiles de riesgo de los beneficiarios. Más amplio que el actual fondo del AUGE.

Financiamiento separado para el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL): sólo para quienes tengan derecho a él. Será igual para todos los cotizantes de una misma isapre y estará expresado como un porcentaje de la renta imponible.

Patrones de referencia para las alzas de precios: los precios del PGS y SIL se ajustarán sobre la base de índices de

referencia fijados por un Panel de Expertos a partir de indicadores calculados por el INE.

Eliminación de la Cautividad: en el contexto del PGS, los actuales beneficiarios de isapres no tendrán limitaciones de acceso o cobertura que les impidan cambiarse de isapre.

Beneficios Complementarios: las isapres podrán ofrecer beneficios adicionales al PGS cuyos requisitos serán fijadas por un Reglamento. Estos beneficios podrán ser adquiridos con los excedentes de cotización o cotizaciones voluntarias.

Cuenta de Excedentes: los cotizantes también podrán destinar sus excedentes de cotización a una cuenta individual de excedentes, similar a la actual, pero sin restricción de montos.

Nuevo Plan de Isapre: los principales cambios en la estructura del plan de salud de las isapres se presentan en el siguiente esquema:



# IPC DE LA SALUD

## Un intento por regular las alzas de los planes de isapres

● A pocos días de que las isapres informaran el reajuste anual que aplicarían para el proceso de adecuación julio 2012-junio 2013, la Superintendencia de Salud cifró en un 2,15% el alza real de costos en la industria. Esto, con el objeto que las aseguradoras tuvieran un indicador referencial –más conocido como IPC de la salud– que considerar al momento de reajustar los precios de sus planes de salud.

Este indicador se ubica por debajo del reajuste de 6% que, en promedio, se aplicaron a los planes durante 2011, y también es inferior a la media de 3,7% que registran los aumentos de precios durante los últimos seis años.

De acuerdo al Superintendente de Salud Luis Romero, uno de los temas más importantes con la llegada de este IPC de la salud es la regulación de las alzas de los planes de las isapres, asegurando que éste sería “el último año en que las isapres van a estar completamente desreguladas”.

No obstante, y una de las primeras críticas que surgen a este indicador es que al ser

sólo referencial, no tendrá una incidencia real en los reajustes de precios y que, por el contrario, validaría las alzas anuales que aplican las aseguradoras, al legalizar el instrumento.

Ante esto, el superintendente aclara que con el indicador “no es que se valide nada. Antes se tenía una nebulosa y estamos diciendo lo que pasó (con los costos operacionales de isapres)”.

“Las personas recibirán las alzas de precios y ellos podrán evaluar el aumento de forma particular y si responde al elemento técnico que nosotros hemos estado evaluando. Así verán si se cambian a otras isapres o de plan”, agregó la autoridad.

### VISIÓN DE COLEGIO MÉDICO

Pero las cuentas positivas que saca la Superintendencia están lejos de la mirada que tiene el Colegio Médico, entidad que considera que el abuso con los usuarios se mantiene.

Para el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, el abuso no se logra frenar con este indicador. “Como es un índice referencial, no impedirá que las isapres suban sus tarifas, y de hacerlo, tampoco recibirían sanciones”. Para el facultativo, lo más grave es que “a esto se sumaría un artículo del proyecto de ley que modifica el sistema de isapres (PGS) donde se establece por anticipado que se

### ALZAS CONCRETAS

Junto con dar a conocer el indicador, el Superintendente de Salud, Luis Romero, dijo esperar que dado los resultados financieros obtenidos el 2011 y considerando el índice mencionado, los reajustes de precio de los planes deberían ser cero “o muy cercanos a cero”. Sin embargo, a excepción de Más Vida y Ferrosalud, que congelaron sus tarifas, las restantes isapres presentaron un reajuste promedio de 2,4%.

El mismo superintendente de Salud informó que Banmédica tendría un reajuste de un 2,1%, Vida Tres 2,4%, Cruz Blanca 2,7%, y tanto Colmena como Consalud se reajustarán en un 2,9%.

No obstante, a horas de anunciado el reajuste promedio, el presidente del Colegio Médico, Enrique París, aseguró que el alza real de los precios de la salud en las isapres llega al 6,8%, lejos del 2,4% anunciado por el Gobierno.

### CÁLCULO

Este IPC de la salud se elaboró a partir de las prestaciones de carácter curativo definidas en el arancel FONASA Modalidad Libre Elección, que en su conjunto representan un 90% del total bonificado, es decir el costo para las isapres, tanto en ambulatorio como en hospitalario.

Se consideraron 105 prestaciones ambulatorias, tales como consultas médicas de especialidades, electivas, de neurólogo, neurocirujano, psicólogo clínico (sesiones de 45') y la ecotomografía abdominal, entre otras. Mientras que en las prestaciones hospitalarias fueron 186, como por ejemplo el día cama de hospitalización medicina y especialidades, día cama hospitalización adulto en unidad de tratamiento, derecho a pabellón y día cama hospitalización adulto en unidad de cuidado.

A partir de estas prestaciones se consideraron los efectos del cambio en el costo de las prestaciones de salud, tomando como indicadores el precio de las atenciones (2,86%), la bonificación (2,60%), la frecuencia de uso (4,48%) y el gasto derivado del uso del Subsidio por Incapacidad Laboral (2,74%).

Como resultado de la operación, la Superintendencia de Salud concluyó que el cambio porcentual real en el costo operacional de las Isapres entre el año 2011 y 2010 fue de un 2,15%.

van a presumir como legales todas las alzas de precios que hagan las isapres. Entonces, efectivamente creemos que se están legalizando las alzas de las isapres”, sostiene.

Además, el IPC de la salud “también servirá a las isapres como prueba ante los tribunales al momento de enfrentar a sus usuarios cuando éstos interpongan recursos de protección por el aumento de los precios de sus planes de salud”.

En opinión del dirigente gremial, la solución pasa “por un control legal del aumento de precio de los planes mediante el cual se establezca un ‘techo’ del alza de acuerdo a este IPC, y cualquier margen superior a ese techo debe justificarse técnicamente. También la idea de crear un

'sernac de la salud' es buena, pero siempre que tenga atribuciones suficientes para tomar medidas tanto de prevención como de persecución de los abusos”, explica.

### JUDICIALIZACIÓN

Cabe señalar que el cálculo de este IPC de salud, además de servir como referencia para el reajuste, es también una respuesta a la creciente judicialización que afecta a las isapres.

Según información entregada por la Superintendencia, el año 2011 los afiliados presentaron 21.497 recursos de protección, por el alza de precios de los planes, lo que acaparó más del 80% del trabajo de las cortes de Apelaciones.

### SERNAC DE LA SALUD

El IPC de la salud puede o no resolver el tema de las alzas de los planes de las isapres, lo cierto es que el problema es mucho mayor en el mercado de la salud.

Actualmente los usuarios están completamente indefensos respecto, por ejemplo, de clínicas que suben los costos de las prestaciones sin tener buenas razones de fondo.

Otra situación es la diferencia de precio entre distintas instituciones, donde por ejemplo el derecho a pabellón en clínicas privadas puede contemplar diferencias de hasta 100 veces los valores que se cobran en otras instituciones de salud.

Situaciones como las descritas hacen necesario contar con mayor regulación y parámetros de medida de todo lo que signifique las prestaciones de salud, tanto públicas como privadas.

Esto llevó a algunos parlamentarios a plantear la iniciativa de crear un “sernac de la salud” que reciba los reclamos tanto del sector público como privado en esta materia. No obstante, hasta la fecha la idea no ha pasado de ser más que una propuesta.

Luis Romero adelantó que este indicador podría facilitar la labor de los tribunales de alzada, pero que la cifra de acciones legales dependerá de las isapres. “Este aumento de judicialización va a depender de la actitud que tengan las isapres respecto del alza. Si es cercana a cero, probablemente, las causas van a bajar; si las alzas son mayores, van a subir”, advirtió.

En el mismo sentido se manifestó el Ministro de Salud, Jaime Mañalich, quien fue más allá y sostuvo que las entidades que determinen un alza de sus tarifas por sobre este IPC de la Salud podrían sufrir una “hiperjudicialización” por usuarios que acudan a los tribunales. Y, por el contrario, dijo Mañalich, si las aseguradoras reajustan en el rango estimado por la Superintendencia de Salud “va a ser un desincentivo para llegar a tribunales, porque la posibilidad de que les vaya bien a los usuarios va a ser baja”.

Con todas las cifras entregadas, sólo queda ver cómo se comporta el mercado. Lo cierto es que las aseguradoras privadas enfrentan el desafío de una imagen pública muy deteriorada, que contribuye a que los usuarios miren con cuidado los precios.

P.M.E

### REFORMA A ASEGURADORAS

El indicador recientemente presentado por la Superintendencia de Salud servirá como transición para el IPC de salud contenido en el proyecto de reforma a las isapres que se debate en la Cámara de Diputados y que crea un Plan Garantizado de Salud (PGS).

Esta iniciativa incluye un IPC de salud como mecanismo de regulación, el que será calculado anualmente por el Instituto Nacional de Estadísticas y un panel de expertos



# Servicios de Urgencia

## Avances de la comisión conjunta Colmed-Minsal

Desde diciembre de 2011 la Comisión de Urgencia del Colegio Médico se encuentra trabajando con su par del Ministerio de Salud, con el objetivo de intentar solucionar los problemas que se arrastran hace años en los Servicios de Emergencia de los establecimientos públicos del país.

Entre los principales problemas se encuentran el alto número de pacientes que llegan solicitando atención y la falta de camas cuando requieren hospitalización –ante lo cual deben permanecer en camillas o sillas en los pasillos de dichos servicios–, además del déficit de equipamiento y recursos humanos, especialmente de médicos especialistas, dadas las condiciones laborales que deben enfrentar.

En esta comisión conjunta dos representantes de la región han participado de manera estable. Por un lado, la jefa del Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Dra. Gloria Fuentes, y por otro, el consejero general del Colegio Médico, Dr. Hugo Reyes.

### EL DIAGNÓSTICO

Según relata la Dra. Fuentes, hace casi dos años que el Ministerio de Salud, a través de su Dirección de Gestión de Red Asistencial (DIGERA), comenzó a reunirse con médicos de distintos servicios de Urgencia, jefaturas y también en algún momento con Enfermería de Urgencia. “Se trabajó en diferentes etapas, primero en subcomisiones que trataron diferentes temas de Urgencia para hacer un diagnóstico completo, y luego en un grupo más reducido, donde éramos unas 6 o 7 personas, médicos jefes de urgencia, tanto de hospitales de Santiago como de regiones”, explica.

En esta instancia se determinó el proceso de atención de Urgencia, en un detallado esquema técnico, que empieza en la consulta espontánea o por derivación de un paciente a un centro de alta complejidad, y que puede terminar de distintas formas: el alta del paciente, el alta con indicación de control en su consultorio de atención primaria o policlínico, la hospitalización, o eventualmente el fallecimiento del paciente.



El problema de esta ecuación es que la mayoría de los Servicios de Urgencia, por la falta de respuesta de los servicios clínicos –por razones que no son resorte de Urgencia– ven su capacidad de respuesta mermada, lo que se traduce en un colapso en la atención. “Si bien Urgencias siempre ha sido tratada como un problema, lo cierto es que es sólo la cara visible, porque en realidad –y esto está claro a nivel ministerial y de las

direcciones de hospitales– el problema es del hospital entero, del sistema de salud en general”, aclara la Dra. Fuentes.

Para enfrentar estas dificultades, la comisión empezó a trabajar en ideas que pudieran implementarse en los hospitales. “Pero llegado ese momento se determinó que no éramos los actores de Urgencia los que teníamos que definir eso, sino los servicios clínicos, las direcciones



Dra. Gloria Fuentes, jefa de la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

de los hospitales; y con ese objetivo se invitó a participar a los jefes de servicios clínicos, directores y subdirectores médicos de hospitales y también a la comisión de urgencia del Colegio Médico”.

### PRIMEROS LOGROS

Esta comisión conjunta definió varias medidas a ser implementadas. Una de las principales es la gestión del paciente, desde que consulta por primera vez hasta que es dado de alta. Esto significa que exista cada vez una mejor gestión de las acciones que se hacen sobre el paciente, de modo que su paso por las instituciones,

### HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

La Comisión de Urgencia conjunta resolvió otorgar un segundo traumatólogo para los turnos de urgencia del hospital porteño. La llegada de este segundo especialista al Van Buren es un gran avance, dado que el establecimiento contaba con un único profesional de turno, quien no tenía reemplazo para el período de vacaciones. Contar con otro traumatólogo es un tremendo logro que permitirá tener un mejor manejo de la patología y brindar una mejor atención a los usuarios.

Además el hospital está trabajando en una serie de proyectos con la finalidad de mejorar algunos aspectos de gestión. La Dra. Fuentes sostiene que “si bien no hay lugar físico en el Van Buren para poner más camas de agudos, se está trabajando en habilitar algunos lugares que hoy no tienen ninguna posibilidad de uso clínico, a fin de aumentar el número de camas y dar mayor respuesta”.

ya sea en forma ambulatoria o con períodos hospitalizado, sea lo más eficiente posible, oportunamente y en lugar adecuado. “Entonces se está cambiando el concepto de la simple gestión de camas por algo más integral, que incluye la gestión de camas, pero que es la gestión completa del proceso conducente a devolver la salud de la persona que consulta”, explica la jefa de Emergencia Adulto del hospital porteño.

Algunas de las cosas que se lograron fue la posibilidad de contratar reemplazos a honorarios para el período estival que acaba de finalizar. Dada la dificultad en encontrar personal dispuesto a hacer reemplazos en Urgencia, esta medida permitió que buena parte de los médicos y odontólogos de los Servicios de Emergencia pudieran salir de vacaciones. Si bien esto nació en la comisión de urgencia, se extendió también a los médicos de las Unidades de Paciente Crítico.

Otro sistema que se puso en marcha, ahora de manera permanente, fue el

Servicio de Atención de Urgencia Diferida (SAUD), que se había implementado en la campaña de invierno 2011 en hospitales de alta demanda de todo el país, con muy buenos resultados.

“Con el SAUD conseguimos varias cosas. Primero, descongestionar las Unidades de Emergencia y sacar de la sala de espera y de los boxes de atención a las personas de menor gravedad, que eran los que más tenían que esperar, y llevarlos a otro lugar donde son atendidos por un médico general, bajo las mismas normas de la Unidad de Emergencia, pero en un lugar diferente, un poco más cómodo, más espacioso y con mayor rapidez”, aclara la Dra. Fuentes.

Con eso –asegura la profesional– se logró no sólo atender a esos pacientes en forma más oportuna y satisfactoria, visto desde el punto de vista del usuario externo (el paciente y su familia), sino también desde el punto de vista del usuario interno (los funcionarios). “Eso disminuyó el hacinamiento y los tiempos de espera, y con ello también el nivel de agresividad y reclamo de los pacientes. Ha sido sano tanto para los pacientes como para los funcionarios”, sostiene.

### PROPUESTAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO

Por otro lado, se está trabajando para implementar programas de especialización que puedan ser aplicables a médicos que estén contratados en las Unidades de Emergencia, dado que cada vez son más los médicos generales que trabajan en estos servicios por falta de especialistas interesados.

Simultáneamente con eso, se entregaron tareas para los hospitales, como reforzar algunos policlínicos de choque, indicación de que en algunos



## HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

A fines de enero pasado el jefe de la División de Integración de Redes del Minsal, Dr. Hugo González, visitó el hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar. El resultado:

- Está en estudio la implementación de 26 camas de pacientes agudos.
- Se lograron conseguir horas médicas para un residente médico.
- Se lograron 4 cargos de 22 horas para adosar a las 28 horas de los médicos de intensivo de adultos.
- SAUD en funcionamiento permanente desde enero en horario diurno.
- Se implementó un pabellón exclusivo para traumatología de urgencia de lunes a viernes, 8 a 13 horas.
- El Minsal solicitó un catastro de todas las residencias médicas del hospital con el objeto de efectuar las mejoras necesarias.

Por otro lado, al interior del establecimiento se constituyó una comisión para hacer el diagnóstico de las brechas actuales, no sólo de especialistas, sino del recurso humano en su totalidad. Todo ello, con miras a lo que será el funcionamiento de nuevo hospital que se construirá.

establecimientos se implementen nuevas camas de agudos, entrega de algunos cargos nuevos en varias Urgencias del país, revisión de las hospitalizaciones de larga estadía, entre otras.

Como Jefa de una Unidad de Emergencia, la Dra. Fuentes siente que los plazos son demasiado largos, pero también reconoce que los proyectos son complejos y que requieren de grandes recursos y no por una vez, sino de manera permanente. "Si aumento camas necesariamente aumento el gasto del hospital en una serie de insumos, y requiero una mayor cantidad de recursos humanos. No es tan simple como poner más camas. Una cama hospitalaria significa un sistema complejo, de instalaciones, equipamiento, recurso humano, y servicios de apoyo clínico que

"No va a existir un interés real en los colegas (por trabajar en Urgencias) mientras no haya un aumento significativo de sus remuneraciones"

(Dr. Hugo Reyes)

estén en condiciones de permitir el funcionamiento de esas camas", asegura.

Para el consejero general por Valparaíso, Dr. Hugo Reyes, uno de los aspectos relevantes es que el ministerio se haya dado cuenta que el colapso de la unidad de emergencia de cualquier hospital grande significa el colapso de todo el establecimiento. "Esto nos lleva a pensar que el modelo de gestión no es el adecuado. Por ejemplo, en el Hospital Gustavo Fricke no hay residente, entonces es el mismo médico de Urgencia el que tiene que ir a ver al paciente al hospital y eso va sobrecargando el trabajo de Urgencia", explica.

Otro tema relevante para el dirigente

gremial es la formación de los urgenciólogos. "La propuesta que nos ha hecho el ministerio es que este año debiéramos tener cerca de 30 becados. Lo bueno es que a la Universidad Católica y la Universidad de Chile, que ya tienen varios años formando urgenciólogos, se agregarían la Universidad del Desarrollo y la de Santiago, y los becados harían su beca *in situ*".

## PRIORIDADES

Si bien el Colegio Médico aún no prioriza las propuestas de la comisión de Urgencia, para el Dr. Reyes una de los temas importantes de conseguir para este 2012 es solucionar el déficit de camas a nivel nacional. En ese sentido, el consejero general por Valparaíso destaca el proyecto de camas de hospitalización de agudos que pretende dotar a los cinco hospitales del país más complicados en su atención de urgencia, con unas 30 camas para hospitalizaciones de no más de 48 horas, lo que descongestionaría de manera significativa sus Unidades de Emergencia.

El facultativo señala que otro de los compromisos importantes del Ministerio de Salud es dotar de mayor resolutivez a las Unidades de Emergencia, "y eso implica que algunos hospitales tengan sus informes de escáner con mayor rapidez, lo que no se da actualmente dado que existe un solo centro en el país que tiene radiólogo de urgencia. Por tanto es fundamental que a través de telemedicina se puedan informar los resultados de escáner a distintos establecimientos".

Respecto de las condiciones para incorporar más especialistas a las Unidades de Emergencia, el Dr. Reyes cree que "no va a existir un real interés en los colegas mientras no haya un aumento significativo de sus remuneraciones. Pienso que nos va a ayudar el desacierto del ministerio de publicar en España una oferta de trabajo para especialistas españoles. Y aquí la premisa es que si son capaces de ofrecerle a un médico extranjero un sueldo *equis*, lo menos que pueden hacer es ofrecerle lo mismo a un especialista chileno".

Como comisión del Colegio Médico, la tarea será ahora priorizar las propuestas; "ésta es la tarea que tenemos pendiente y que prontamente tendremos que definir. Y una vez que se pongan en marcha tenemos la obligación de velar por que todo ello se cumpla", sostiene.

## Oferta de trabajo a médicos españoles

## Acuerdo con el Minsal no dejó del todo conforme al Regional Valparaíso

Como "una tremenda sorpresa" calificó el presidente del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico, Dr. Juan Eurolo, el aviso publicado el pasado febrero en la web de la Organización Médica Colegial de España, en que el Ministerio de Salud chileno ofrecía 510 plazas de trabajo para médicos especialistas españoles, con un sueldo de 4.500 euros (unos \$2.900.000). Un punto interesante mencionado en la publicación era que los médicos que aceptaran la oferta no necesitarían revalidar su título para ejercer en nuestro país y estarían "autorizados de inmediato para la práctica médica".

El aviso había sido enviado por el Ministerio de Salud chileno a su par español, entidad que a su vez lo hizo llegar a la Organización Médica Colegial de España para que lo publicara en su sitio web.

La publicación, tras conocerse en Chile, generó molestia y alarma. "El tema no había sido discutido en Chile -indicó el Dr. Eurolo-. Una cosa es que en el país falten alrededor de 1.600 especialistas, pero otra cosa es el déficit de estos profesionales en el sistema público. La mayoría de nuestros especialistas

trabaja en el sistema privado, no sólo por razones económicas, quiero ser claro respecto de esto, sino también porque las condiciones de trabajo del sector público no son las mejores", sostuvo el facultativo.

Por otro lado, cabe mencionar que desde hace algunos meses el Ministerio de Salud, el Colegio Médico y médicos de servicios clínicos están trabajando en la Comisión de Urgencias, avanzando en el diagnóstico nacional de la situación de urgencias de nuestro país. Para el Dr. Eurolo resulta contradictorio que pese a que ambas instituciones están dialogando respecto de esta área no se haya discutido el tema antes de publicar la mencionada oferta.

A las críticas, siguió una reunión de la Directiva Nacional del Colegio Médico con el Subsecretario de Redes Asistenciales, Luis Castillo. Como resultado de esta reunión se acordó que serían los facultativos chilenos quienes tendrían prioridad para ocupar los cargos de especialistas disponibles en los establecimientos del sector público. Asimismo, se determinó que sólo en caso de no haber interesados los puestos podrían ser ofrecidos a médicos especialistas extranjeros.

Además, se le recordó al Subsecretario que los médicos provenientes de España -país que tiene un convenio vigente con Chile-, para desempeñarse en nuestros hospitales tienen que dar el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) como todos.

Los asistentes a la reunión coincidieron en la necesidad de generar incentivos para que sean médicos especialistas chilenos quienes ocupen los cargos disponibles. Para ello, se acordó trabajar en crear condiciones que generen el interés de los médicos de nuestro país por trabajar en el sistema público.

El acuerdo no dejó del todo conforme al presidente del Regional Valparaíso, quien señaló que "debiera haberse señalado también que se iba a mantener el valor de la oferta. Los 4.500 euros son un buen piso para negociar, y si el Ministerio de Salud fue capaz de ofrecer esa cantidad a médicos extranjeros, entonces entendemos que puede ofrecer lo mismo a los especialistas chilenos", indicó.



Dr. Hugo Reyes, consejero general del Colegio Médico.



## Colegio Médico se reunió con parlamentarios en Viña del Mar

Dirigentes nacionales y regionales se reunieron el pasado enero con integrantes de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, para analizar proyectos de ley relacionados con el sector.

La Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico sesionó de manera extraordinaria en la ciudad de Viña del Mar en enero pasado. A la reunión se integró la directiva del Consejo Regional Valparaíso y participaron como invitados los diputados Dr. Enrique Accorsi y Dr. Juan Luis Castro, y también el senador Dr. Mariano Ruiz-Eskvide.

En la sesión se analizó el avance de varios proyectos de ley relacionados con el sector

salud, entre ellos el que modifica el sistema de isapres, creando el Plan Garantizado de Salud. Esta iniciativa genera especial preocupación, tanto en los representantes gremiales como en los parlamentarios, por las consecuencias que tendrá en la libre elección.

Otros de los proyectos que se discutieron fueron aquéllos relacionados con la venta de medicamentos y la entrega de atribuciones

propias de los médicos a terceros, en áreas como kinesiología y anestesiología.

Uno de los acuerdos, al término de la reunión, fue fortalecer los vínculos entre el Colegio Médico y las Comisiones de Salud de la Cámara y del Senado, con el fin de tener una continua retroalimentación respecto de los cuerpos legales que son analizados en el Congreso.

## Dr. Elías Hola Hadad

Profundo pesar en la comunidad médica ocasionó el repentino fallecimiento de este querido odontólogo que, a través de la cátedra de Anatomía en la Universidad de Valparaíso, participó en la formación de pregrado de centenares de médicos.

El Dr. Elías Hola Hadad nació en Valparaíso el 22 de junio de 1945. Realizó sus estudios primarios y secundarios en el Colegio de los Padres Franceses de Valparaíso. Más tarde, cursó la carrera de Odontología en la sede Valparaíso de la Universidad de Chile, titulándose como Cirujano Dentista en abril de 1972.

Ese mismo año ingresó como profesor ayudante al Departamento de Anatomía de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile, desempeñándose en las instalaciones ubicadas en Playa Ancha. En 1981, de acuerdo a Ley de Universidades,

continuó sus actividades académicas en la Universidad de Valparaíso, ahora como profesor auxiliar. En esta condición, ejerció la docencia de pregrado a las carreras de Medicina, Odontología, Enfermería, Obstetricia, Química y Farmacia, Fonoaudiología y Kinesiología. También participó en la docencia de Anatomía de la carrera de Medicina de la sede San Felipe, durante sus primeros cinco años y fue docente de posgrado y postítulo de las escuelas de Medicina y Odontología.

En el año 2000 asumió como director del Departamento de Anatomía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cargo que desempeñó hasta diciembre de 2010. En la ceremonia de celebración del aniversario de esta escuela, en agosto de 2011, le fue conferida la calidad de Profesor Distinguido, reconocimiento a su trayectoria y prolífica labor docente.

Se estima que el Dr. Hola participó directamente en la formación de pregrado de unos 1.200 médicos de la región y alrededor de 5 mil profesionales de otras carreras de la salud.

En lo personal, el Dr. Hola estuvo casado



durante 38 años con María Isabel Bustamante, con quien tuvo tres hijos: José Francisco (médico cirujano), Elías Salvador (kinesiólogo) e Ignacio Javier (ingeniero), quienes a su vez le dieron cuatro nietos: Francisca, Salvador, Josefa y Valentina.

Quienes lo conocieron lo recuerdan como un gran hombre, amante de su trabajo, wanderino e hípico de corazón, simpático y con mucho sentido del humor. En palabras de algunos de sus exalumnos, se destacaba en él "una precisa combinación de amor, rigor y alegría, logrando traspasar en sus enseñanzas la importancia de dar cada día lo mejor de sí".

## Asociación Gremial de Otorrinolaringología, un referente profesional en la región

● La Asociación Gremial de Otorrinolaringología de la región fue fundada en Viña del Mar el 29 de septiembre de 1986, con el objetivo fundacional de "promover la racionalización, desarrollo y protección de las actividades de sus asociados", y a la fecha cuenta con 40 socios, distribuidos entre Viña del Mar, Valparaíso y las comunas del interior.

La función instrumental de representar los intereses pecuniarios de los asociados ante las isapres, no es excluyente de su rol de ejercer como interfase válida entre éstos y las corporaciones de salud en otros ámbitos. Así, la AG representa el referente profesional en los planos ético, técnico, administrativo y es además garante del respeto a los convenios y aranceles de atención con las isapres, lo que otorga estabilidad al compromiso de éstas para con sus afiliados, de contar con profesionales confiables e idóneos.

La AG tiene como valores el compromiso con los pacientes y los colegas, la orientación a la comunidad de médicos, el trabajo en equipo, el respeto absoluto por las normas de la organización, aranceles y convenios con isapres, la responsabilidad social, y la ética profesional como pilar fundamental. Hemos realizado, en los últimos años actividades de educación continua, encuentros de camaradería y labores de extensión a la comunidad como operativos y rondas médicas para reducir listas de espera en consultorios municipales.

### DIRECTIVA 2012

<b>Presidente</b>	: Dr. Francisco Pérez G.
<b>Secretario</b>	: Dr. Vicente Carrillo A.
<b>Tesorero</b>	: Dr. Francisco Heller V.
<b>Directores</b>	: Dr. Ricardo Aburto A. Dr. Claudio de Amesti C. Dr. Jaime Espinoza C. Dr. Eduardo Sáez C.

Dr. Francisco Pérez Godoy  
Presidente AG Otorrinolaringología  
Región de Valparaíso

Entendemos a las isapres como el intermediador de las condiciones materiales, necesarias para la adecuada atención del paciente, por parte de los médicos y demás integrantes del equipo de salud. La relación entre los médicos y las isapres debe propender a garantizar el mejor servicio a los pacientes, con resguardo del adecuado trato económico para los médicos ("prestadores").

### ¿QUÉ HACE ESPECIAL EL ROL DEL GALENO?

El médico constituye "el eslabón de oro" en la cadena vida-salud-enfermedad, estando presente en los instantes más significativos de la existencia. La recuperación de la salud tiene costos, pero no tiene precio para quien la recobra, por lo que –entendemos– el pago por los servicios médicos debe ser proporcional al valor del bien que se cuida y resguarda.

El tiempo es oro, el tiempo es todo: el médico invierte largos años de su vida (al menos diez, de su mejor período) en la formación de pregrado y la de posgrado para dar ("prestar") sus servicios. Opuestamente, dispone de unos cinco años menos de

productividad laboral que el promedio de los otros profesionales.

Esto impone una condición a su favor ante cualquiera sea la aseguradora de salud, pública o privada, de remunerar en justicia esa inestimable inversión. Se debe también considerar el impacto social y económico de la actividad del médico sobre la población, y los riesgos que corre en el ejercicio de su oficio, a la hora de apreciar el valor de su trabajo.

Nuestra Asociación Gremial de Otorrinolaringología propende, en definitiva, a crear un ambiente amplio de confianza y cooperación, para continuar trabajando en conjunto con las isapres, como hemos hecho en estos 25 años de recorrido. Sin embargo, creemos que este trabajo es también extensible a Fonasa y al Estado mismo (a través del Ministerio de Salud), negociando con honestidad, realismo y respeto a las realidades locales. Ello redundaría en otorgar una mejor atención y servicio a todos nuestros pacientes, destinatarios naturales de nuestro trabajo.

P.MÉ





# Asociaciones gremiales y Libre competencia

Alfredo Silva Villarroel

Abogado

Colegio Médico de Chile, AG Cirujanos, Ginecobstetras, Traumatólogos y Anestesiólogos Región de Valparaíso.



El pasado 7 de enero tuvo lugar en el Auditorio del Colegio Médico de Valparaíso un seminario sobre Asociaciones Gremiales y Libre Competencia, a partir del estudio específico sobre la materia difundido por la Fiscalía Nacional Económica (FNE) a mediados del año pasado.

La FNE es un servicio público independiente cuyo objetivo es evitar la colusión, el abuso de posición dominante y la coordinación en los mercados, pudiendo investigar infracciones a la Libre Competencia con arreglo a lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Economía (que refunde el antiguo Decreto Ley N° 211 de 1973). Este documento se refiere a las asociaciones gremiales en general y tiene un carácter

informativo y no vinculante; sin embargo, aporta una serie de recomendaciones de utilidad en el quehacer de las AG de médicos especialistas, siendo ello la justificación de este artículo.

Las AG de médicos especialistas tienen por finalidad, según sus estatutos y la ley que las regula (Decreto Ley N° 2757 de 1981), promover el perfeccionamiento, el desarrollo, la protección y la racionalización de su especialidad profesional, así como la intervención y participación de aquéllos en la medicina privada.

El artículo 3 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Economía, sanciona al que individual o colectivamente ejecute o celebre cualquier hecho, acto o convención que impida,

restrinja o entorpezca la libre competencia o tienda a ello; si quien realiza tales conductas es un directivo de una asociación gremial, se estima ello como una agravante.

La FNE ha declarado que las Asociaciones de Profesionales, si bien no son AG típicas, sí pueden ser equiparadas desde el punto de vista de la libre competencia. Y en este último ámbito, conviene saber que la actual institucionalidad contempla varios organismos de defensa de la libre competencia –tales como la FNE–, que propenden a evitar la colusión entre competidores, los abusos de posición dominante, fusiones que puedan encerrar riesgos de coordinación en un mercado determinado y, en general, prevenir la comisión de conductas anticompetitivas.

La autoridad fiscalizadora en el trabajo que nos encontramos comentando ha definido como potencialmente riesgosas, desde el punto de vista de la libre competencia, las siguientes actuaciones y prácticas de las AG:

**1.- Colaboración entre competidores:** se define como beneficiosa para la sociedad si tiene como resultado un incremento de la eficiencia en el mercado, y como perjudicial si produce a éstos un poder de mercado que les permita fijar precios y determinar condiciones de comercialización, dependiendo desde luego del grado de concentración del mercado en que intervienen, la naturaleza del producto y las razones de dicho acuerdo.

**2.- Intercambios de información:** se reconoce como función esencial de una AG la recolección de información de interés común acerca de su industria y su posterior difusión entre sus miembros; por ende –declara la FNE– el intercambio de información por los miembros de una AG no conlleva necesariamente problemas para la competencia, aun cuando tratándose de información relevante (esto es, información estratégica, o sea, que defina decisiones de comportamiento en el mercado) si ésta es intercambiada por competidores dentro de la AG pudiera facilitar el acuerdo o colaboración señalado antes. La Fiscalía también cuestiona –erradamente a nuestro parecer– la mayor transparencia que el intercambio de información produce en un mercado, pues estima que ello deteriora cierto nivel de competencia.

**3.- Recomendaciones a los asociados:** entendiéndose que los miembros de una AG son competidores entre sí, la idea es que las recomendaciones de la organización (referidas desde luego a la actividad comercial de los asociados y no a sus obligaciones de membrecía) no resulten restrictivas para la competencia y sean de adscripción voluntaria.

**4.- Participación en reuniones:** se recomienda que las reuniones de la AG sean debidamente registradas en actas y no establezcan exclusiones o discriminación en la participación de sus asociados.

**5.- Boicot:** nos referimos a aquella acción de presión coordinada que lleva a cabo un conjunto de agentes económicos con el objeto de perjudicar directamente a otro agente económico actual o potencial.

Las siguientes situaciones no generan, en opinión de la FNE, problemas para la competencia y son legítimas y propias del giro u objeto de la respectiva AG; sin embargo, hay que mantener especial cuidado con ciertas desviaciones, que son las que a continuación se relatan:

**a.- Criterios y condiciones de afiliación:** es plausible y propio de una AG la fijación de condiciones para la afiliación, que admita la pertenencia de aquéllos en quienes concurre lo esperado por la asociación para admitirlo en sus filas; lo que se aconseja observar es la fijación de arbitrariedades que constituyan barreras que impidan la afiliación para quien cuenta con los requisitos para ser admitido.

**b.- Prestación de servicios a no afiliados:** desde luego la AG no tiene ninguna obligación de proveer bienes o servicios a no afiliados, salvo que éstos sean esenciales, únicos o exclusivos para la competencia en un mercado, evento en el cual es aconsejable que sean puestos a disposición de socios y no socios.

**c.- Autorregulación:** no sólo se permite, sino que además se recomienda, siempre y cuando sea transparente y objetiva.

**d.- Fijación de estándares técnicos:** posible y permisible para una AG, y que debieran estar basados en elementos

objetivos.

**e.- Publicidad:** es beneficiosa tanto para la AG como para la competencia en sí. Hacia sus asociados, la FNE estima que la AG debe evitar imponer restricciones o prohibiciones a la forma en que sus miembros desarrollan su publicidad.

**f.- Contratos tipo:** se refiere a la formulación por parte de las AG de condiciones estándares aplicables por sus miembros en sus relaciones con el consumidor final. En caso de existir esta situación, la recomendación es que la adscripción sea voluntaria.

La Fiscalía Nacional Económica propone un conjunto de recomendaciones generales a las AG, tales como:

- Registro de reuniones y conservación de la documentación.
- Contratación de asesoría especializada.
- Capacitación y educación continua en normas y prácticas de respeto a la libre competencia.

Tanto las asociaciones gremiales de médicos especialistas de la Región de Valparaíso como el propio Colegio Médico de Chile han reafirmado su compromiso, sustentado en su institucionalidad y trayectoria, de implementar las medidas y realizar los actos necesarios para difundir una práctica gremial con estricto apego a la legalidad y en promoción de la libre competencia. La realización del seminario realizado en enero del año en curso, el compromiso de la creación de un Manual de Procedimiento, la indexación de las normas pertinentes al Código de Ética Médica, la realización de estudios e investigaciones sobre la materia y este propio artículo se enmarcan en esta definición.

P.M.E

Diversas asociaciones gremiales de médicos especialistas de la zona participaron del seminario organizado por la Asociación Gremial de Cirujanos de la región, en conjunto con el Colegio Médico de Valparaíso. A la actividad también asistió el presidente nacional de la Orden, Dr. Enrique Paris, y dirigentes del Regional Santiago.



# La verdad en medicina

Dr. Fernando Novoa Sotta

● Hasta hace pocos años, el énfasis en cómo debía ser el trabajo del médico desde el punto de vista moral, consistía exclusivamente en promover la beneficencia en el paciente, mayormente dentro de un ámbito paternalista, y resguardar debidamente la confidencialidad sobre todo lo que se había tenido conocimiento. No había indicaciones especiales sobre la necesidad de informar la verdad y menos todavía en la prohibición de mentir. En particular la beneficencia era tan importante, que mentir era perfectamente aceptable si con ello se disminuía el sufrimiento en circunstancias de muy mal pronóstico.

Esto ha cambiado radicalmente. Actualmente, informar la verdad al enfermo es un aspecto central de la

relación médico-paciente. Incluso el no hacerlo, en algunos lugares está legalmente penalizado. Las encuestas realizadas demuestran que en la década de los 60 uno de cada diez médicos jamás informaban el diagnóstico de cáncer a sus pacientes. En cambio, en los 70, la cifra en encuestas similares, esta conducta había disminuido a uno de cada doscientos.

En la versión de 1980, la Declaración de Principios Éticos de la Academia Americana de Medicina incluye una referencia explícita, condenando todo tipo de falta a la verdad en la relación médico-paciente. Ésta fue la primera referencia oficial en un Código de Ética que alude a la necesidad de informar sobre la verdad a los enfermos.

Esta afirmación obliga al médico desde el punto de vista moral, a una activa búsqueda de la verdad.

## QUÉ ES LA VERDAD

En este aspecto es necesario considerar los conflictos de interés o prejuicios que todos tenemos. Tenemos que ser objetivos en nuestras apreciaciones y evitar que se exageren los beneficios o se atenúen los efectos adversos de ciertos procedimientos, con el objeto de inducir en el paciente a una elección determinada, que podría ser de beneficio para el médico.

La Verdad es un concepto abstracto de difícil definición. El término procede del latín *veritas* y una propuesta de definición consiste en la conformidad

de lo que se dice con lo que se piensa o con lo que se cree.

En este aspecto es necesario considerar la incertidumbre altamente prevalente en todo el conocimiento médico. De tal modo que con frecuencia no se puede lograr la certidumbre sobre resultados de un determinado tratamiento o técnica de diagnóstico, pero sí es un imperativo ético informar la verdad de lo que se sabe en ese momento.

## POR QUÉ DEBEMOS INFORMAR LA VERDAD AL PACIENTE

La primera razón para hacerlo es por el respeto que merecen los enfermos como personas. Además, las investigaciones demuestran que ellos desean conocer cuál es su enfermedad, en qué consiste, las alternativas de tratamiento y el pronóstico. También es necesario que el paciente conozca la verdad para poder ejercer la autonomía y así escoger la alternativa terapéutica que se ajuste en mayor medida a sus valores y posibilidades. Además, de esta manera, al participar activamente en la decisión, se logra una mayor adhesión al tratamiento.

## CÓMO SE DEBE INFORMAR AL PACIENTE

Dependiendo del juicio del clínico, la información debe ser el resultado de un proceso y no de un acto. Todos los pacientes deben conocer la verdad; pero en dosis progresivas y personalizadas para cada uno. Jamás se debe mentir, pero no es necesario decir toda la verdad en un instante. Si se miente en una etapa y el paciente posteriormente conoce la verdad, cosa que es muy probable, el médico va a haber perdido en forma irrecuperable la confianza de su enfermo. Esto va a hacer menos seguro el cumplimiento de las indicaciones. Frente a una enfermedad incurable es necesario considerar cuidadosamente en qué momento se va a informar, cómo se va a informar, definir la cantidad de información y quiénes van a estar presentes en ese momento. En ningún caso se debe suprimir toda esperanza de salvación, al menos hasta las etapas intermedias de la evolución.



La forma como se da la información debe ser parte de un proceso en que se pondere qué es lo que se va a informar, cuándo se va a dar la información, de qué modo, a quiénes y en qué cantidad. Lo que debe primar en la relación médico-paciente es la honestidad y una muy buena comunicación.

## A QUIÉN PERTENECE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA FICHA CLÍNICA

La ficha clínica pertenece a la institución de salud correspondiente. Pero el paciente tiene el derecho a acceder a toda la información contenida en ella, preferentemente a través del médico tratante, porque es éste quien conoce mejor la situación del enfermo a su cargo. La inclusión en la ficha clínica de datos sensibles y reservados del paciente exige que ésta sea tratada con la debida reserva. En

consecuencia, lo que debe garantizarse por ley es la confidencialidad de la ficha clínica y la responsabilidad que en esta cautela le cabe al médico tratante o a la institución donde se ha llevado a cabo el cuidado del paciente. Hay excepciones al deber de informar sobre el contenido de la ficha, ampliamente documentadas en la doctrina internacional. Ello ocurre, por ejemplo, cuando el médico juzgue que la información pueda causar un daño evitable al paciente. En consecuencia, la transmisión de la información ha de ser prudente, pero siempre veraz.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la información de la verdad al paciente es un derecho que él tiene, y que es independiente de las características que tenga la verdad de lo que se va a informar. Esta información es necesaria para que el paciente pueda ejercer la autonomía y colabore con el tratamiento. Sin embargo, hay que tener presente que la medicina tiene características únicas por la naturaleza de su labor, y este motivo la hace diferente a todas las demás actividades existentes en la sociedad. Por esta razón, la forma como se da la información debe ser parte de un proceso en que se pondere qué es lo que se va a informar, cuándo se va a dar la información, de qué modo, a quiénes y en qué cantidad. Lo que debe primar en la relación médico-paciente es la honestidad y una muy buena comunicación.

## Falmed Valparaíso con nueva abogada jefe

### Oficina regional duplicará su planta de profesionales

Hasta la sede del Regional Valparaíso llegó el abogado Jefe de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico (Falmed), Juan Carlos Bello, quien concurrió para presentar ante la directiva regional a la nueva abogada Jefe de Falmed Valparaíso, Isabel Salas.



La nueva profesional es titulada de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y hasta marzo de este año se desempeñaba en Falmed Santiago, especialmente en el área de mediaciones. A ella se sumará un abogado más, completando así cuatro profesionales para Falmed Valparaíso, el doble de la dotación que se tenía.

La llegada de estos nuevos profesionales se inserta en el reforzamiento que la fundación está realizando en todo el país dada la ampliación de servicios que se implementó en enero de este año.

A la asesoría y defensa en materias de mala praxis (sumarios, mediaciones, juicios civiles y penales relacionados con presunta negligencia médica), se sumaron nuevos servicios como la asesoría y representación judicial y extrajudicial en materias que sean propias o deriven directamente del ejercicio de la profesión médica (sumarios sanitarios y procesos administrativos, materias civiles, conformación de sociedades de prestación de servicios médicos, juicios laborales, juicios de tipo tributario y juicios penales derivados del ejercicio de la profesión médica).

## Regional Valparaíso se reúne con Comisión de Medioambiente del CORE

Con el objeto de sostener una reunión con representantes del Colegio Médico en la región llegaron hasta la sede de la Orden local el presidente de la Comisión de Medio Ambiente del Consejo Regional (CORE), consejero Lorenzo D'Arcangeli, y el secretario técnico de la misma instancia, Gonzalo Gajardo.

El encuentro –en el que estuvieron presentes el presidente regional de la Orden, Dr. Juan Eurolo, y el consejero general, Dr. David Lagos– tuvo por objeto el intercambio de antecedentes y puntos de vista en materia de riesgo y protección a la salud de las personas y el medio ambiente, y la necesidad de aunar criterios de gestión, particularmente respecto de la situación medioambiental que afecta a la zona de Quintero-Puchuncaví.



## Colegio Médico regional patrocinará a la ONG Medicina todo terreno

Jóvenes médicos voluntarios se encuentran en el poblado Padre Cocha, en la Amazonia peruana, para asistir a más de 2 mil personas que no tienen acceso a salud

Desde este año y en forma permanente la corporación médico-humanitaria Medicina todo terreno contará con el apoyo económico del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico. Así se determinó luego de que representantes de la entidad acudieran a la Orden regional para explicar el trabajo que desarrollan y solicitar apoyo. A su vez el Colegio Médico regional Valparaíso pasa a ser socio honorario de la ONG.



Medicina todo terreno es la primera corporación médico-humanitaria chilena legalmente constituida, cuya misión es colaborar en la disminución de las situaciones de inequidad, exclusión y desigual en salud en Latinoamérica, a través de la protección, asistencia sanitaria y la coordinación de ayuda humanitaria.



La institución –nacida en Valparaíso y formada por médicos, internos y estudiantes de Medicina– ya cumplió tres años y varias han sido las campañas realizadas en Chile, logrando llegar a zonas sin acceso a salud por su condición geográfica o de extrema pobreza. Enmarcado en el proyecto “Caen las murallas” ya concretaron sus versiones

en Los Patos de Putaendo, Constitución y Longotoma, donde no sólo prestaron ayuda médica, sino que también educaron para prevenir enfermedades e incluso, en algunas zonas, gestionaron la instalación de Servicios de Urgencia Rural.

Este año, decidieron extender la ayuda al Amazonas peruano, por lo que un grupo de voluntarios viajó a la zona para llevar a cabo la primera fase de la campaña “Caen las murallas”, con la que pretenden asistir al poblado de Padre Cocha, una villa inmersa en la cultura selvática cercana a Iquitos, que cuenta con una población que no supera los dos mil habitantes y donde sólo el 29 por ciento de ellos tiene algún tipo de acceso a salud. Allí, Medicina Todo Terreno trabajará alineado a la ONU en su objetivo por reducir de manera importante la mortalidad materna e infantil de aquí a 2015.

## Nuevas mejoras a la sede regional

En el marco del remozamiento de la sede de Colegio Médico Regional, durante el periodo estival 2012 se realizó una serie de mejoras. Una de las más importantes fue la pavimentación del exterior de la sede, zona que tradicionalmente se anegaba en las temporadas de lluvia y dificultaba el acceso.

Aprovechando los trabajos de pavimentación se soterró el tendido de cables telefónicos y se construyó una rampa hacia el sector del auditorio, con sus correspondientes barandas de seguridad.

Se instalaron dos postes de iluminación solar cuya

electricidad es generada durante el periodo de radiación del sol, la que luego es almacenada en baterías solares y utilizada para iluminar cuando sea requerido.

Al interior de la sede se renovó la señalética, se actualizó el sistema informático y se mejoró la conexión de banda ancha, ampliándose el área de cobertura de Wi-Fi.

En compás de espera se encuentra la construcción de un sector techado multiuso, la renovación de la cocina para convertirla en *kitchenette*, la remodelación del segundo piso para aumentar la cantidad de oficinas y lugares de reunión, y la implementación de un *club-house* adosado a la sede.





La Dra. Cubillos (de pie) en el frontis de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

# Dra. Luisa Cubillos Jorquera

## una persona y médico ejemplar

Dr. Antonio Orellana Tobar

● Puedo resumir mi experiencia con la Dra. Luisa Cubillos Jorquera en tres etapas de mi vida que, coincidentemente, hablan de forma precisa sobre su destacada carrera profesional, su calidad como persona y lo importante que fue y seguirá siendo para sus seres queridos.

Conocí a la Dra. Cubillos en los albores de mi adolescencia, cuando los tiempos eran otros y mis deseos de ejercer la medicina recién comenzaban a dar sus primeros burbujes. Fue así cuando, a raíz de una enfermedad de mi hermana menor, conocimos a una persona asertiva, capaz de traspasar confianza a sus pacientes y, en definitiva, una gran profesional.

Nacida en 1912 en la ciudad de Valparaíso, la pequeña Luisa ya manifestaba sus deseos de vestir la capa blanca a los diez años, intención que se hizo realidad en 1930, cuando ingresa a la Universidad de Chile, a la carrera de Medicina y comienza sus primeros roces con lo que sería su especialidad, la Neurología.

Al pasar un par de años de nuestro primer encuentro, y mientras trataba de encausar mis aspiraciones profesionales hacia mi deseo de ser médico, nos volvimos a encontrar en la casa de mi tío, el doctor Alfonso Tobar, quien había decidido apadrinarme y guiarme en el bello camino de la medicina. Era mi segundo año en la carrera, por allá por 1967.

Allí tuve la oportunidad de conocer a una mujer muy humana, culta e inteligente, estudiosa y dedicada, muy amiga de mi tío; una dama elegante y con un talante serio, correcta hasta la médula y enamorada de la medicina, que ella gustaba definir como "la profesión más hermosa del mundo". Esta amistad entre ellos se remontaba a los inicios de la Dra. Cubillos en la medicina, cuando realizó el internado en el ya desaparecido Hospital Enrique Deformes.

A partir de ahí, la doctora comienza un viaje de profundización en su compromiso con la medicina, desarrollándola en el mencionado Hospital Deformes, en el policlínico Tomás Lea y en la Unidad Sanitaria del Cerro Barón, donde realizó una ardua



labor de enseñanza junto a las madres de los niños, cuestión que creía fundamental y que realizaba con gran devoción.

Es en el año 1946 cuando la Dra. Cubillos es becada por la Oficina de Asuntos Interamericanos para estudiar en la Escuela de Salud Pública de Harvard, oportunidad que le permitió fortalecer su compromiso con la profesión desde su perspectiva de servicio social, además de seguir satisfaciendo su incesante búsqueda de crecimiento profesional.

Fue a su vuelta de Estados Unidos cuando volvemos a cruzar nuestros caminos. Yo ya era un médico joven realizando la beca de Neurocirugía y ella una reconocida doctora con amplia trayectoria y experiencia, que por esos años era parte del Servicio de Neurología del Hospital de Niños Jean Mary Thierry, donde comenzó a gestarse el área de Neurocirugía Pediátrica del Servicio de Neurocirugía



La Dra. Luisa Cubillos (sentada) junto a su hermana Inés, quien la cuidó cariñosamente durante sus últimos años.

del Hospital Van Buren, donde ella tuvo una participación destacada y de importancia.

Allí pude reafirmar mi perspectiva sobre la Dra. Cubillos, definiéndola como una profesional excepcional, de un compromiso intachable con el servicio público hasta el punto de ir a trabajar en sus días libres, pues afirmaba que no podía concebir devolver un niño enfermo a su casa. Sin duda, un ejemplo como médico y persona.

Nuestro tercer y último encuentro ocurrió muchos años después, cuando la doctora ya había abandonado la medicina y una carrera llena de satisfacciones. Yo ya llevaba varios años ejerciendo la profesión. Así fue como la Dra. Luisa Cubillos se convirtió en mi paciente y me dio la oportunidad de conocerla quizás en su ángulo más importante, como una preocupada hermana y tía de quienes la cuidaron abnegadamente durante sus últimos años.

Tuve la oportunidad de comprender, a través de esta experiencia, la importancia de la Dra. Cubillos en la vida de su familia y de sufrir junto a ellos el gran contraste que significó ver a esta persona resuelta, segura de sí misma, una mujer de un porte extraordinario, y que ahora se veía disminuida por un deterioro progresivo, propio de la vejez.

Su familia la recuerda como un "ángel de la guarda", que llegaba cada vez que se necesitaba ayuda. Una mujer en apariencia seria y poco expresiva, pero tremendamente generosa y sencilla. Una persona que disfrutaba de los niños, de los animales y de los viajes por nuestro país, culta y gran lectora, profesional dedicada y de corazón bondadoso.

La Dra. Luisa Cubillos Jorquera falleció el 11 de noviembre del año recién pasado, a los 99 años de edad. Sin duda, he visto partir a una de las mujeres más notables que esta profesión me ha permitido conocer y agradezco las diversas oportunidades que me entregó la vida de cruzar mi camino con una persona tan admirable, tanto en su profesión como en su calidad de persona.



En el Camino Sagrado para ir al templo de la Ciudad Prohibida; a uno y otro lado de la ruta presenta colosales estatuas en piedra.

# UN VIAJE MILENARIO

Dr. Guillermo Torres Gómez

● Salimos de Viña del Mar en un hermoso día otoñal, un grupo de aventureros prontos a conquistar la China milenaria en toda su intensidad. Con Samuel, el responsable de esta rica experiencia, que supo organizar a través de su empresa con criterio internacional.

Llegamos a Beijing después de dos vuelos, con cansancio y algunas turbulencias que debimos soportar, para arribar a esta ciudad hermosa que cautiva con su hermosura, modernidad y con su antigua cultura que esperamos desenterrar. Conocimos sus palacios, que nos abrieron las puertas con mucha facilidad para entrar a su casa: el gran Palacio Imperial.

Recorrimos la Muralla China en un tramo

especial y descansamos en su terraza para poder constatar, en el mismo sitio, su belleza ancestral que con justicia lo declararon Patrimonio de la Humanidad.

Nos atendió una guía muy singular llamada Margarita, quien con sencillez y sonrisa cordial solucionó algunos problemas con experiencia y calidad.

Caminamos por los *hulong* y visitamos en su casa a un chino muy sencillo que nos contó su historia con afecto y cordialidad. En la noche fuimos a un espectáculo de acrobacias difíciles de realizar, las que fueron ejecutadas con esmero y profesionalidad.

Terminamos en la "tienda de la seda", donde aprendimos el cultivo de esta tela,

con ese gusano tan particular, que también Marco Polo con sus viajes llevó al mundo para que las mujeres a través de sus trajes y vestidos pudieran realzar su belleza y personalidad.

Llegamos luego a Xi'an, ciudad milenaria, con una historia muy singular, especialmente por su ejército de terracotas de miles de años de antigüedad que parecían desfilar y saludarnos al pasar.

Visitamos la Gran Mezquita y su barrio musulmán después de visitar las torres de la Campana y del Tambor.

En Xi'an estaba la chinita Cecilia, quien nos contó historias con su gran conocimiento de la realidad local. Nos fue a dejar al aeropuerto con una despedida de

afecto y personalidad.

Llegamos a Shanghai y en un tren rápido constatamos con asombro su gran modernidad, con sus hermosos rascacielos de enorme espectacularidad. Subimos a la Torre Perla Oriental, donde constatamos su progreso en estos últimos veinte años, realizados con criterio y calidad.

Aquí nos atendió Julio, guía muy especial, cauto, sereno, de poco hablar, quien nos contó la historia de la Shanghai colonial, con su río que divide en dos esta hermosa ciudad.

Visitamos el Templo del Buda de Jade y el hermoso Jardín Yuyuan con numerosos recovecos sobre su lago artificial. También conocimos el Museo de Shanghai, templo de la cultura, con sus cuatro pisos y pabellones, con figuras de jade, bronce, pinturas y vestuarios de la Antigüedad.

Terminamos nuestra ruta y llegamos a Suzhou y Hangzhou, donde nos esperaba Lina con su conocimiento y cordialidad, manejando a nuestro grupo con juicio y responsabilidad.

Con ella visitamos el Lago Oeste, el Templo de las Almas Escondidas, la Colina de Tigre con su tumba real y con estatuas de Buda esculpidos en roca natural.

Terminamos nuestro viaje en la Casa del Té, donde conocimos la historia del cultivo de esta maravillosa bebida, que según los chinos curan todas las dolencias que solemos presentar.

Culminamos la jornada con un espectáculo de la Dinastía Song, en la que

se relatan las leyendas de guerreros, cantos y bailes que asombran al recordar.

Llegamos a Guilin, donde nos atendió Li de manera jovial, serena, de poco hablar, sin lugar a réplicas ni preguntas de más. Con ella conocimos las cavernas y cuevas rocosas que deslumbran por lo artístico e iluminación peculiar, que pareciera que estuviéramos en el mundo profundo de nuestro universo terrenal.

Llegamos al río Li con sus colinas verdes, con gran vegetación y con muchos recovecos y ensenadas de un colorido muy natural, que avistamos en su largo trayecto de 430 kilómetros no más.

Fue una navegación tranquila, llena de recuerdos y espiritualidad. La guía nos llevó a un teatro de entorno natural donde disfrutamos de un espectáculo denominado "Impresiones de Liu San Jie", que relata la vida de este pueblo con sus etnias inmortales, de las tradiciones de este lugar que nos muestra su pasado con coros, artistas, colores, cantos, bailarines y campesinos en un ambiente natural, con el entorno de un lago que nos hizo emocionar.

Nos despedimos de Li y viajamos a Cantón. Allí nos esperaba Giovana, chinita, risueña, humilde y sencilla, con mucha experiencia personal. Nos contó la historia de Cantón y de la familia Chen, quienes lucharon para derrotar la última dinastía de esa época feudal.

Visitamos el entorno del palacio de Sun Yat-sen y luego el hermoso Museo de Artesanía Cantonesa, con numerosos dibujos, figuras y objetos pintados con gran prolijidad.

Viajamos en ferry para llegar a Hong Kong, donde nos despedimos de Giovana, quien nos cantó una canción en chino, con cariño y sentimiento que nos hizo emocionar.

Ya en Hong Kong nos recibió Raimundo, guía cordial, rápido al hablar, quien nos contó la historia de esta isla sin igual, llamada por su belleza Perla de Oriente y con una dependencia entre dos países que asombran al recordar. Visitamos el Pico Victoria, donde pudimos observar la maravilla de paisaje desde la altura de esta montaña natural.

Nos fuimos al Templo de Pescadores en un día con mucha humedad, donde pudimos observar el respeto por lo antiguo y una mirada religiosa de honda espiritualidad. Regresamos a almorzar al restaurante flotante Jumbo, donde nuestras emperatrices del grupo se dejaron fotografiar en un trono milenario de mucha antigüedad.

Nos despedimos de Raimundo, quien al terminar su jornada nos llevó a una tienda de electrónica y nos ayudó mucho en esta actividad, con espíritu sonriente y gran cordialidad.

Y aquí ahora estamos festejando el fin de una travesía larga y de mucho caminar, de este grupo tan selecto que supo respetar las normas de convivencia con gran cordialidad, pese a algunas divergencias que pudimos aclarar para seguir unidos en conjunto y amistad en estas vivencias milenarias que jamás podremos olvidar, y que recordaremos siempre en lo más íntimo de nuestra espiritualidad.



En la plaza de Tian'anmen.



Panorámica de la Gran Muralla China.



En los jardines de bonsái.



Con los Guerreros de terracota.



Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, inaugurada en 1889.

# La modernización de la medicina en Chile durante el siglo XIX

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

● En publicaciones anteriores se han tratado temas relacionados con el avance experimentado por la medicina. Sin poder dejar de mencionar algunos de los hitos más relevantes ya tratados, este artículo fijará su atención en otros aspectos que formaron parte de la renovación de la medicina chilena en la época decimonónica.

Hacia fines de la Edad Media se había creado en España una institución española llamada Tribunal del Protomedicato, que por Real Cédula fue encargada de otorgar licencias para ejercer como médico, cirujano, boticario, partera y demás oficios médicos. Los

aspirantes no tenían obligación de haber realizado estudios formales de Medicina; eran examinados en latín acerca de las materias que debían conocer y que se estudiaban en textos de Hipócrates, Galeno, Avicena y algunos otros destacados médicos de épocas pretéritas. Sin embargo, el Protomedicato no tenía entre sus funciones la de regular los estudios de Medicina.

En ausencia de un protomédico, el cabildo de la ciudad tenía entre sus funciones examinar a los aspirantes, quienes debían demostrar en forma práctica que poseían las habilidades

requeridas para desempeñarse en debida forma. Si eran aprobados, se les otorgaba la licencia para ejercer. Los médicos eran controlados por el cabildo, al que tenían que pedir permiso para ausentarse de la ciudad, les fijaba los aranceles de las prestaciones y establecía las obligaciones que debían cumplir, entre las que se encontraba la atención gratuita de los pobres de solemnidad.

Como se comprenderá, el prestigio de esos profesionales, de escasos conocimientos, era ínfimo; es por ello que cuando en el siglo XVIII se creó en Chile la Universidad de San Felipe, fueron pocos los interesados en estudiar Medicina, con excepción de algunos frailes de San Juan de Dios.

Desde comienzos del siglo XIX, las ciencias experimentaron un notorio avance en el Viejo Continente, que benefició directamente a la medicina, permitiendo que ésta se convirtiera en una disciplina moderna. La aplicación de los nuevos descubrimientos fue un factor decisivo en la transformación que experimentaron la medicina y la cirugía durante ese siglo.

Es así como se desarrollaron la Anatomía Comparada, Embriología, Biología Celular, Química, Bioquímica, Farmacología, Fisiología y Clínica; y en la segunda mitad del siglo, la Bacteriología y la Anestesia, que permitió los grandes progresos de la cirugía. Las universidades europeas fueron creando cátedras que enseñaron estas disciplinas, lo que fue



Dr. Guillermo Blest (Sligo, Irlanda, 1800 - San Bernardo, Chile, 1884).

esencial en la transición del antiguo oficio a una profesión actualizada que adquirió la condición de "ciencia" y el prestigio de aquélla.

La moderna medicina europea comenzó a llegar con el arribo de médicos de diversas nacionalidades que se acercaron en Chile desde fines de la Colonia, como el doctor Nataniel Cox y luego, con los cirujanos que con Lord Cochrane formaron parte de la Expedición Libertadora del Perú. Finalmente, una vez consolidada la Independencia, otros tantos llegaron por propia iniciativa, como los doctores Juan y Guillermo Blest. Ellos trajeron al país los avances de la medicina decimonónica y tuvieron un importante papel en el desarrollo de la medicina nacional.

En 1833 se abrió un curso de Ciencias Médicas en el Instituto Nacional. Este logro fue producto de un esfuerzo dirigido hecho por el gobierno de Joaquín Prieto y por el impulso dado por médicos extranjeros. Ellos convencieron a la burguesía de la importancia de la profesión médica, actividad que era digna de ser ejercida por las clases sociales superiores.

En 1843 fue fundada la Universidad de Chile, la que tomó a su cargo la educación médica y graduó a los médicos que habían estudiado en el Instituto Nacional. Se nombró un Claustro de Profesores de la Facultad de Medicina,

compuesto por el decano Lorenzo Sazié y los doctores Blest, Cox, Tomás Armstrong, Julio Lafargue y dos médicos chilenos recientemente titulados por esta universidad, Luis Ballesteros y Francisco Javier Tocornal, hijo del Ministro del Interior.

Se crearon las cátedras de Anatomía (Lafargue), Fisiología, Medicina (Guillermo Blest), Cirugía (Cox), de Medicina y Cirugía en clases teóricas impartidas en el Instituto Nacional (Passaman), Química y Farmacia (Bustillos), Obstetricia (Sazié), Higiene y Enfermedades de los Niños. Los alumnos debían estudiar en modernos textos ingleses, franceses y en traducciones al español de textos escritos en otros idiomas. Los programas se renovaron periódicamente y se fueron agregando nuevas cátedras tales como Enfermedades Mentales y Medicina Legal.

La Facultad de Medicina se hizo cargo de establecer las normas para revalidar los títulos de los médicos que habían estudiado en universidades extranjeras y el decano de Medicina pasó a ser a la vez presidente del Tribunal del Protomedicato. Por otra parte, se establecieron los mecanismos legales para dar exclusividad al ejercicio de la profesión.



Dr. Lorenzo Sazié (Monpezat, Francia, 1807 - Santiago, Chile, 1865), el primer médico en usar la anestesia general en Chile

En esa época se modernizaron y ampliaron los hospitales de Santiago y de provincias, y se crearon lazaretos, casas de huérfanos y la Casa de Orates.

En 1863 se inauguró el edificio de la "antigua Escuela" en la calle San Francisco, descrito por Orrego Luco en *Recuerdos de la Escuela*, a los pies del Hospital San Juan de Dios. Esto permitió que los cursos, que se abrían cada tres años, pudieran abrirse cada dos y luego anualmente.

Entre 1874 y 1890 un grupo de estudiantes y médicos recientemente titulados fue becado a estudiar por dos años a Francia y Alemania; a su regreso trajeron los avances en métodos diagnósticos, microbiología, histología, cirugía, antisepsia y oftalmología. También llegaron como profesores a la universidad nuevos médicos europeos. Esto permitió que a partir de 1892 el currículo de estudios contara con nuevas asignaturas entre las que se encontraban todas las especialidades.

En 1889 se inauguró la "nueva Escuela" en Avenida Independencia, vecina al Hospital San Vicente. Se modernizó la enseñanza tanto en el área básica como en la clínica, incorporando los grandes progresos científicos del siglo XIX, con lo que culminó el proceso de cambio de la medicina colonial a la medicina científica.

En el intertanto, en 1872 se había fundado la *Revista Médica de Chile*. En 1877 se dictó el decreto que permitió a las mujeres el acceso a la educación universitaria. En 1889 se creó el Consejo Superior de Higiene, que dirigió una política nacional de salud para toda la población y tres años más tarde se fundó el Instituto de Higiene.

Paralelamente, los médicos habían ido entrando en política, logrando ocupar importantes cargos públicos y numerosos asientos en el Congreso, algo impensable hasta entonces. En esa época de apogeo de la medicina chilena, el decano, doctor José Joaquín Aguirre, decía a quienes iban a titularse: "Ustedes no podrán comprender jamás todo lo que deben a los que dignificaron el título que van a recibir. Conserven esa herencia de dignidad que ha costado tanto esfuerzo".

# Médicos Escritores

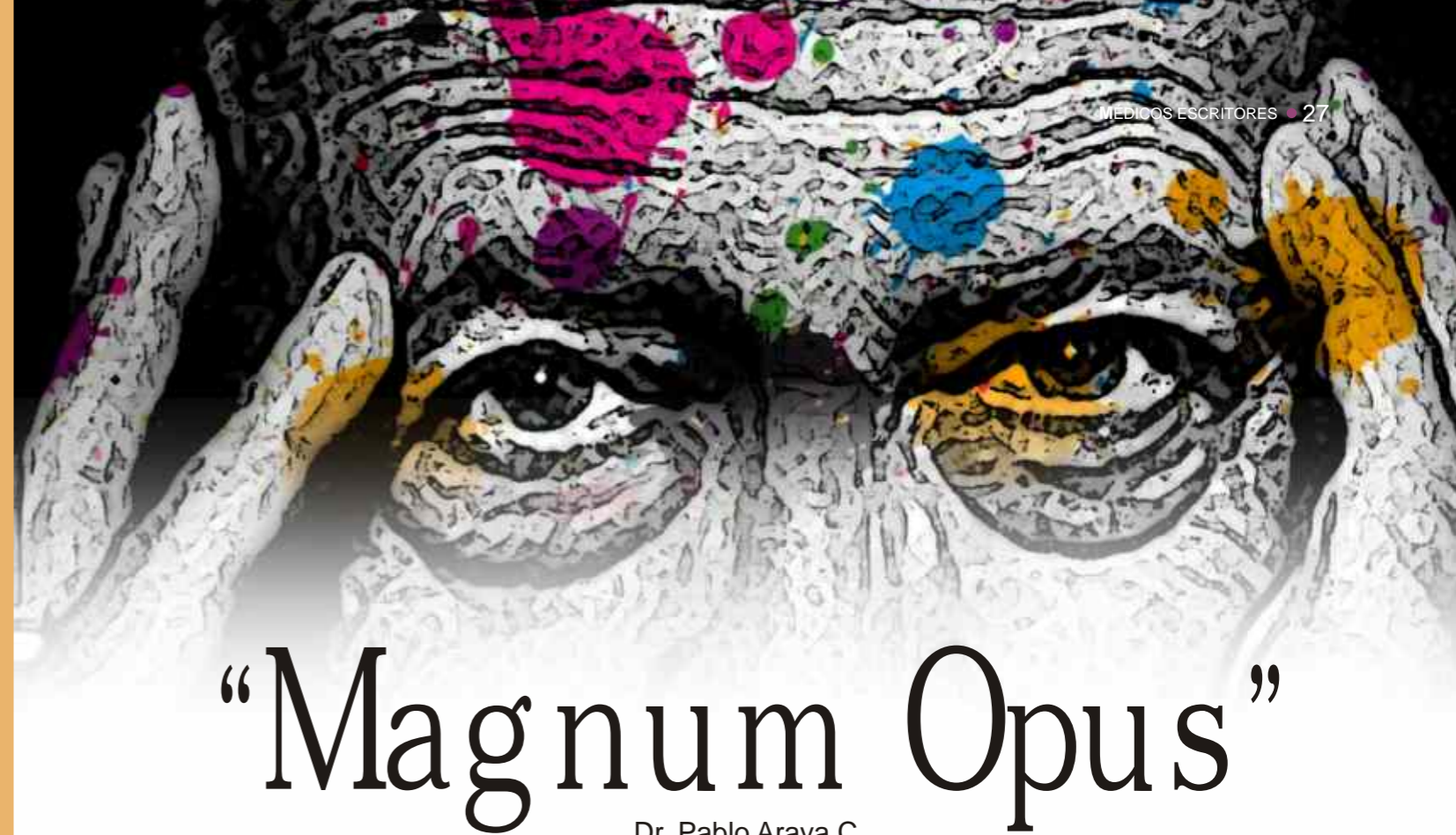
El Dr. Pablo Araya es médico Neurólogo del Hospital Naval de Viña del Mar. Estudió Medicina en la Universidad Católica e hizo su especialización en el Hospital del Salvador de Santiago. Se siente “viñamarino de corazón”.

Amante del cine y de la literatura, reconoce su admiración por el escritor alemán Patrick Suskind, cuya novela *El Perfume* fue llevada exitosamente al cine. Otra novela que menciona como favorita es *Cien Años de Soledad*, de Gabriel García Márquez. Entre los géneros literarios, es seguidor de Asimov, Bradbury y Franck Herbert.

El género literario que más le atrae es el cuento. Encuentra “fascinante percibir la emoción, entretención y suspenso que es posible lograr en pocas páginas”, sostiene.

En su cuento “Magnum Opus”, hay varios elementos surgidos de sus aficiones. El relato, inicialmente es convencional y simple, con sutiles elementos que hacen suponer otra intención. En las páginas siguientes incorpora descripciones que se apartan de un realismo natural. El lector percibe que tras el relato hay ironía, no carente de matices de humor, en un mundo que atrapa al protagonista hasta el absurdo. Maneja con destreza su creatividad literaria. “Magnum Opus” es un cuento para revisar, comentar y dar que hablar.

Dr. Eduardo Bastías G.



## “Magnum Opus”

Dr. Pablo Araya C.

“Hoy es el gran día, el día que será recordado como el del inicio de la gran obra”—pensó el pintor. Llevaba meses craneando la idea de la gran misión. El maestro, como le agradaba que lo llamaran, había llegado a la conclusión de que ya era tiempo de demostrar su destreza y entregarle al mundo lo que —él pensaba— se merecía. Esa mañana se levantó pausadamente, como sabiendo que cada uno de sus actos y movimientos ya participaban en el entorno artístico de su futuro proyecto. Llevaba años sabiendo que debía pintar la obra más maravillosa de todos los tiempos. Tan titánica tarea sólo la podía realizar un pintor que representara el cúlmine del arte: el Picasso de picassos, el Miguel Ángel de la modernidad. Durante años no se atrevió a revelar su idea, pues no estaba seguro de haber alcanzado la experiencia y madurez necesaria, aunque no dudaba de su capacidad innata, que consideraba algo así como un don, aunque él prefería llamarlo una genopatía artística.

Desde su infancia había demostrado habilidades artísticas excepcionales. Al año de vida ya era capaz de asir un pincel con suficiente fineza como para dibujar figuras. A los siete años era capaz de utilizar diferentes técnicas pictóricas. Vivió toda su adolescencia pintando retratos; al principio de amigos de sus padres, y luego, incluso de gente influyente que se movía en altos círculos de la sociedad, donde se le conocía como “el joven Rembrandt”. Ingresó a la escuela de arte más importante de su ciudad, sin siquiera tener que superar algún tipo de prueba de admisión. Los mismos maestros de la escuela ya habían planificado, junto con sus padres, su ingreso desde cuatro años antes de completar la Educación Media.

A poco andar, la escuela de arte se hizo pequeña y, él mismo esta vez, postuló a la gran Escuela de Artes Pictóricas de París, donde su entrada fue un mero trámite, dado que los cuadros de muestra que llevó bastaron para

que fuera ingresado sin inconvenientes.

Sus padres lo iban a visitar a la capital francesa durante los primeros años, pues era el orgullo de la familia; pero luego dejaron de hacerlo, cuando él les pidió que le permitieran más tiempo para producir sus obras que maravillaban incluso a los especialistas europeos, conocidos por su exigencia en este ámbito.

Rápidamente se hizo conocido en muchos países y hacer exposiciones por todo el mundo se hizo una tarea rutinaria. Hasta entonces no se había involucrado sentimentalmente con nadie. Para él lo más importante era rendir todos sus sentimientos a la ocupación del arte, que en sus palabras, “es donde el amor realmente pertenece”.

En una de estas exposiciones, en la Galería de los Maestros en el Museo de Santa Úrsula, en otra capital de Europa, conoció a Rosa Cecilia de los Ángeles Hernández de la Ossa. Rosita, como él le decía —no claramente de cariño—, era, en ese entonces, una mujer joven muy bella que provenía de una familia española acomodada. En aquella época ella acompañaba a su padre, un asiduo admirador de todo tipo de arte, a cuanta exposición o espectáculo artístico existiera. Su padre creía que ella adquiriría el mismo gusto por el arte que él tenía si siempre lo acompañaba; pero en realidad, ella verdaderamente disfrutaba sólo por el hecho de salir de su casa y aprovechar la ocasión de lucir los últimos vestidos a la moda que se había comprado. Después de ver los cuadros expuestos, el padre de Rosita no pudo evitar insistir en conocer al famoso pintor. Así fue como Rosita lo conoció y se enamoró de la seguridad con que este pintor explicaba su obra y la confianza que demostraba al hablar.

Él, por su parte, no se mantuvo indiferente a tan hermosa mujer, que persistentemente adulaba su trabajo. Cuando se percató de que la compañía de Rosita era más

bien una ayuda que un obstáculo, el resto del camino para el matrimonio fue mucho más fácil. Cumplieron varios años casados sin inconvenientes, pues la relación había ido de la única manera en la que podía ir: ella atendiéndolo mientras él pintaba.

Un día, en que Rosita le había llevado el desayuno a la mesita de velador, se dirigió al taller y se maravilló con el tamaño del lienzo que tenía preparado para recibir su inspiración. La superficie del lienzo no fue decidida a la ligera. Había consultado a ingenieros y matemáticos para lograr obtener una tela con forma de rectángulo perfecto de dimensiones adecuadas, que lograra dos requisitos impuestos por él mismo. En primer lugar, lograr una proporción de ancho y alto especial, que le permitiera al espectador imaginar que miraba por una ventana; a otros, que miraban un espejo; y a algunos, que parecía una pantalla de cine o televisión. En segundo lugar, las dimensiones debían dar la sensación de que el pintor era un muralista, un retratista y un paisajista.

No contento con lograr sólo una dimensión exacta, exigió también una composición especial del lienzo. Para ello encargó la tela a la Kennedy American Textile, empresa reconocida no sólo por producir diferentes tipos de telas de gran calidad, sino también por participar, junto con la NASA, en el proyecto *Mars Spacesuit* para un nuevo tipo de traje de astronauta que permitiese vivir en Marte.

Para su obra, encargó una tela de composición no creada previamente: que tuviera la capacidad de recibir diferentes tipos de pintura, como óleo, acrílicos, acuarela, etc., como si fueran parte de la trama, y dar la ilusión de que las fibras habían sido pintadas desde el inicio y no que la pintura les había llegado posteriormente.

Instaló el magnífico lienzo en el taller, previo aseo exhaustivo y desinfección de la habitación. Escogió una posición especial para él, en la cual las ventanas y el balcón dieran un contraste de acuerdo a si es de mañana, mediodía, tarde, noche, verano, invierno, otoño y primavera. El propósito de lograr esta diferencia lumínica era poder admirar la pintura desde todos los puntos de vistas posibles y lograr que todos ellos fueran perfectos. De día debía entregar una sensación de jolgorio y juerga; de tarde, nostalgia; de noche, calma. En verano la gente que viera su obra debiera tender a sentir, irrespectivo del estado de ánimo del espectador, alegría; en otoño, una pizca de melancolía; en invierno, un poco de miedo y una gota de esperanza; y en primavera el observador debería sentirse enamorado.

Organizó el taller de la forma más apropiada posible, aunque no necesariamente de la manera más práctica. Instaló el mesón de trabajo en el lado opuesto de la tela, pues así tendría que volverse cada vez que necesitara un accesorio y cuando volviera a la pintura la miraría nuevamente desde un punto de vista un poco diferente, que le ayudaría a darle la genialidad que requería. Sobre el mesón estableció un orden especial a las herramientas para no mezclar en ningún momento alguna pintura por equivocación. Fabricó varias paletas de colores a la medida de sus manos y dedos para trabajar mejor con ellas. Decidió retirar el reloj de la pared en signo de protesta contra el tiempo, dado que esta obra que planeaba había sido pensada para la eternidad y no había lugar para plazos.

Por último, cuando ya estaba satisfecho de la

disposición, decidió dejar sobre un banquillo, al lado de su taburete los dos objetos más importantes que le habían ayudado a pintar previamente sus maravillosas obras: un cuaderno de notas que Rosita le había regalado para que escribiera y dibujara todas las ideas que debía integrar a sus pinturas, y un basurero pequeño donde eliminaba con enojo la mayoría de estas ideas y bocetos porque no le convencían.

Comenzó a pintar con movimientos más o menos lentos, que a algunos inexpertos les hubieran parecido demostración de temor e inseguridad, pero en realidad reflejaban la tranquilidad que le entregaban sus conocimientos de algunas artes marciales como el Tai Chi y el Ashtanga Yoga.

Esa tarde, Rosita tocó la puerta que recelosamente había dejado cerrada el maestro para no ser interrumpido. Después del sobresalto vino el enojo y le gritó:

—¿Qué pasa? ¡por favor! —dejando claro su disconformidad.

—Nada especial, sólo quería saber cómo estabas. Hay mucho silencio —replicó Rosita ingenuamente detrás de la puerta.

Calmó su voz a la fuerza, lo cual fue muy notorio y le dijo:

—Rosita, amor, por favor no me asustes de esta manera. Tú sabes lo que estoy haciendo aquí y lo importante que es esto para todos. Necesito tranquilidad y la voy a necesitar por mucho tiempo.

—Perdona, perdona. No pensé que te molestaría. ¿Me puedes abrir un momento para que discutamos lo de las comidas y a qué hora la quieres?

—No te puedo abrir, al menos no hasta que cubra la pintura. Nadie la puede ver hasta que la termine.

—Entonces te dejaré la comida afuera y te tocaré. Luego podrás abrir cuando sientas hambre, pero no respondo si te parece fría cuando la comas— dijo Rosita con resolución.

Así comenzó a desarrollarse la rutina que compartirían por mucho tiempo, mientras el maestro trabajaba. Durante las mañanas, escribía en su cuaderno de notas lo que deseaba almorzar y cenar, y lo dejaba afuera del taller. Para estos efectos utilizaba el reverso del cuaderno, pues había decidido utilizar el frente para escribir sus ideas y dejar la parte de atrás para comunicarse con Rosita. Ella le dejaba la comida en una bandeja afuera, él hacía una pausa en los momentos que consideraba menos iluminados, y después de asegurarse que nadie estaba detrás de la puerta, abría con desconfianza y la llevaba al taller. Sólo interrumpía su labor para sus necesidades básicas y para dormir. El resto del tiempo lo utilizaba sólo en pintar.

Comenzó utilizando colores suaves como base, para demostrar que la vida necesita una pausa antes de planear, y que se requiere de serenidad antes de la aventura. Pintó con pinceladas largas de sosiego y luego pinceladas más cortas de ensoñación. Le fue dando movimiento a los trazos, de un modo tal que la pintura comenzaba a recordar a los tres primeros movimientos de la *Sexta Sinfonía* de Beethoven, que era exactamente su intención. Empleó el celeste a discreción para representar el cielo y el milagro de la Fe; cambió luego a amarillo para

dibujar los astros y las riquezas del mundo que obnubilan y maravillan. Pasó a tonos de rosado para pintar las siluetas de lo femenino disfrazado de debilidad. Utilizó el verde para pintar naturalezas muertas, medio muertas y vivas, especialmente éstas últimas. Al cabo de unos días, al llegar la primavera, decidió dedicarse a los colores vivos.

Pintó sin parar. Hombres luchando hasta sangrar la muerte y erotizadas mujeres con un rojo brillante. Con todos los tonos de azul conocidos y no conocidos, un mar profundo y superficial que se podía casi escuchar, y un aire que se podía casi respirar. Pintó monarquías y frescos matutinos con el violeta y el púrpura. Masculinos sementales con el café. Juveniles calores de verano y hogueras recién encendidas con el naranja. Por último, decidió utilizar el negro, el blanco y el gris para darle nobleza y color a la composición. Al alejarse sólo un poco de la pintura notó algo especial. Sin darse cuenta, esta vez había logrado evocar también el cuarto y quinto movimiento de la *Sexta Sinfonía* de Beethoven, lo que lo satisfizo mucho.

Pintó figuras con técnicas de hiperrealismo, figuras hiperabstractas y todo lo del medio. Dibujó primero todo lo relacionado con el universo. Pintó flamígeros cometas que surcaban la galaxia y se encontraban con planetas y astros estremecidos de soledad. Pintó un sol de noche y de día, que incesantemente instigaba a sobrevivir. Sombreadó la Tierra y la sopa originaria que propagó vida, y se transformó lentamente en necia razón. Representó campos agrestes, hechos de calles, faroles y edificios. Coloreó gente corriendo sin destino, gritando palabras incomprensibles, durmiendo sueños imposibles y danzando el baile de la redundancia.

Después de haber pintado incansablemente días, meses, y quizás años, el maestro decidió que su obra estaba terminada. Buscó un barniz especial que se componía de una mezcla de dos elementos traídos por el pintor en uno de sus múltiples viajes: la primera era una poción preparada por una bruja checa, que serviría para evitar cualquier tipo de maldición o mal de ojo; y el segundo correspondía a un macerado muy fino de diferentes semillas de plantas preparadas por un chamán sudamericano, que tendría el poder de mantener la obra incólume por siglos.

Roció la pintura con una capa microscópica de este barniz y, tal como tenía planeado el pintor, no afectó en nada la obra.

Finalmente disponía de la pintura más maravillosa jamás realizada. Y sería eterna. Probablemente su obra no sólo correspondería con la obra más espectacular del arte pictórico, sino de todos los tipos de arte. Para el maestro no existía una novela que tradujera mejor los sentimientos humanos, no había una sinfonía mejor compuesta que sus colores. La cubrió como solía hacer cuando buscaba su comida detrás de la puerta y por primera vez después de mucho tiempo llamó a Rosita. Pensó que ella sería, a pesar de todo, un buen sujeto de experimentación para evaluar su reacción frente a su obra. Ella representaba bastante bien al espectador promedio. Rosita, sin creer mucho al principio que escuchara su nombre, se asomó lentamente por la puerta que él había dejado abierta.

—Rosita... he terminado —dijo el pintor y sonrió con satisfacción.

—Oh, esto es maravilloso. Por fin podrás descansar y alimentarte bien.

—Eso no importa ahora. Lo más importante es que tú serás la primera afortunada en ver mi obra. Mi gran obra maestra, *mon œuvre d'art, my masterpiece, meus magnum opus*.

El maestro se acercó al lienzo y lo descubrió. Rosita miró la pintura atónita durante un largo rato mientras su marido la observaba con orgullo. Entonces, como despertando del letargo, ella le dijo con cierta emoción:

—Amor, realmente eres un maestro, este autorretrato es aún más magnífico que todos los previos.

El rostro del maestro pasó rápidamente de demostrar suficiencia a tribulación. Se quedó mirando a Rosita un momento y luego se volvió para mirar su obra una vez más. Al observarla, sus peores miedos se hicieron realidad. Su corazón se aceleró, su cara se abochornó y su postura se arqueó. Se movió adelante, atrás, a la izquierda y a la derecha, pero sabía que ninguna posición cambiaría su error. Tuvo ganas de llorar, pero por mucho que intentó ninguna lágrima asomó.

Entonces se acercó al banquillo con la lentitud y el temblor de las personas antes de morir y tomó el cuaderno de notas. Miró a su mujer y con una voz de máxima contrición le dijo:

—Perdona Rosita, mi amor.

Ella lo miró con perplejidad y no interrumpió la situación, pues realmente no sabía que decir. El pintor abrió el cuaderno de notas inicialmente por el reverso, pero justo antes de escribir lo volteó y lo puso de frente.

Escribió trémulamente: "Necesitaré un basurero muchísimo más grande".





# MEDIGAMES

## Turquía 2012

### Una aventura deportiva de nivel mundial

● Para esta edición de *Panorama Médico* hemos incluido un artículo acerca de una actividad deportiva de nivel mundial que involucra a médicos. Se trata de los Juegos Mundiales de la Medicina y de la Salud, más conocidos por su sigla en inglés, MEDIGAMES, que se desarrollarán entre el 7 y 14 de julio próximo.

Esta competición reúne 24 disciplinas deportivas y se desarrolló por primera vez el año 1978 en la ciudad de Cannes, Francia. Desde esa fecha se han organizado 33 versiones de manera ininterrumpida, en 26 ciudades de 14 países, privilegiando al seleccionarlas, una combinación de infraestructura turística y deportiva de primer nivel.

Cada año, participan cerca de 2 mil deportistas de 40 países, entre los que destaca Chile. Al inscribirse en los Juegos, cada competidor firma el siguiente juramento:

*"Nos comprometemos, en el curso de los Juegos Mundiales de la Medicina y de la Salud, a enfrentarnos con espíritu de amistad, respetando a nuestros adversarios y cumpliendo con la ética deportiva y profesional. Esperando así, más allá de la competición, revivir un 'fair-play' que pueda servir como ejemplo a los grandes enfrentamientos internacionales".*

Junto con la competencia, se desarrolla un simposio de Medicina deportiva, donde se presentan ponencias acerca de entrenamiento y lesiones vinculadas a la práctica del ejercicio. Esta actividad es auspiciada por la Federación Internacional de Medicina del Deporte y las sociedades italiana y francesa de la misma especialidad. Además, se organizan actividades deportivas y recreativas para los acompañantes de cada delegación.

Los primeros registros de participación



Antalya, Turquía.

de médicos de nuestra región en MEDIGAMES se remontan al año 1992, en que un grupo encabezado por los doctores José Mena y Felipe Villanueva asistieron a la ciudad de Ostuni, Italia, para competir en fútbol. La delegación obtuvo el tercer lugar tras perder contra el seleccionado de Francia, que a la postre resultó campeón. Sin embargo, ese grupo tuvo la satisfacción de ver a uno de sus miembros y líderes, el Dr. José Mena, recibir el premio como goleador del

campeonato.

Desde entonces, la participación de colegas de nuestra región ha sido esporádica y en pequeñas delegaciones. Este año, y tras varios intentos frustrados desde el 2008, un grupo heterogéneo de 21 colegas, reunidos a través del fútbol, han formalizado su inscripción para estos juegos, que se desarrollarán en la ciudad de Antalya, Turquía, y que representarán a nuestro país en fútbol, atletismo, voleibol,



El Dr. Juan Carlos Bravo, Campeón mundial de Ajedrez en los MEDIGAMES 2011, en Las Palmas (España).

ajedrez y media maratón.

Inicialmente, los juegos de este año, serían realizados en Estambul, sin embargo la organización decidió cambiar el epicentro del evento a la ciudad de

Antalya, perla de la rivera turca, en la costa mediterránea oriental, siendo considerada una de las ciudades más bellas de Turquía. Con alrededor de 800 mil habitantes, esta ciudad situada sobre un acantilado posee numerosos



Los doctores Leonardo Toledo, Juan Carlos Bravo y Andrés Robertson en la primera reunión informativa de la delegación regional 2012.

atractivos turísticos, mezcla de tesoros arquitectónicos de la antigua Grecia, Roma y el imperio de Bizancio, con hermosas playas y sitios arqueológicos. Esperamos que para nuestros deportistas tenga un nuevo atractivo, convertirse en la ciudad donde alcancen su mejor rendimiento y tal vez, se titulen campeones mundiales, como lo logró nuestro colega, Juan Carlos Bravo Pérez, en ajedrez, el año 2011, en la ciudad española de Las Palmas.

A quienes deseen conocer mayores detalles de los MEDIGAMES 2012 los invitamos a visitar el sitio web oficial del evento [www.medigames.com](http://www.medigames.com), y si se motivan a participar, envíen un email al correo de nuestra delegación [ahoraonunca2008@gmail.com](mailto:ahoraonunca2008@gmail.com), para conocer los detalles del viaje.

#### NÓMINA DE INSCRITOS

- Osvaldo Becerra Parada
- Juan Carlos Bravo Pérez
- Juan Francisco Cabello Andrade
- Álvaro Cortés Jeria
- Luis Ignacio de la Torre Chamy
- José Andrés Estay Girardi
- Cristian Fischer Levancini
- Claudio Fuentes Barros
- Fernando González Cofré
- Eduardo Lorenzo Zuleta
- Rolando Márquez Arellano
- Humberto Pizarro Amigo
- Leonardo Toledo González
- Enzo Rivera Torres
- Andrés Robertson Marty
- Samuel Sánchez Céspedes
- Humberto Verdugo Marchesse

¡Aún estamos a tiempo de incluir deportistas y acompañantes!

En el próximo número informaremos acerca de los médicos que participaron en la Maratón de Santiago. A quienes concurren los invitamos a contarnos sus experiencias y enviarnos fotos a [panoramamedico@gmail.com](mailto:panoramamedico@gmail.com).

## OBITUARIO

"No existen las despedidas... sólo los reencuentros"

Dr. Luis Humberto Torres Ortega  
(1916-2011)

El Dr. Luis Humberto Torres nació en Chillán, el 27 de Junio de 1916. Estudió Medicina en la Universidad de Concepción y los últimos tres años en la Universidad de Chile, titulándose en 1944. Efectuó una estadía de perfeccionamiento en Estados Unidos, en los hospitales Cook County Graduat School of Medicine de Illinois y Metropolitan Hospital de Nueva York. Se casó con Jelka Henriksen Glavich en 1954.



Ese mismo año se incorporó al Hospital Naval, donde permaneció hasta 1963. En ese período participó activamente en el desarrollo de la cardiología porteña, que culminó con los primeros trasplantes cardíacos realizados por el Dr. Jorge Kaplán. En 1964 realizó una estadía de perfeccionamiento en el departamento de Enfermedades Cardiovasculares de la Universidad Católica en Santiago.

Sus últimos años los dedicó como médico voluntario de la Cruz Roja en Recreo, Viña del Mar. De sus tres hijos, dos siguen sus pasos en el mundo de la medicina: Ana María, enfermera, y Humberto, médico. Su hija menor es ingeniera Informática y dos de sus nietos estudian Medicina.

Es recordado por sus colegas como admirable maestro de la cardiología clínica, y por sus pacientes, como un médico ejemplar.

El Dr. Luis Humberto Torres falleció el 30 de diciembre de 2011, rodeado de su familia.

Dr. Germán Dazzarola Droghetti  
(1937-2012)

El Dr. Germán Dazzarola nació el 3 de marzo de 1937. Estudió Medicina en la Universidad de Concepción, efectuando posteriormente la beca de Medicina Interna y la subespecialidad de Reumatología.



Trabajó por largos años en el Hospital Gustavo Fricke, donde integró uno de los grandes servicios de la especialidad que ha tenido Chile en las décadas del 70 y 80.

Fue un gran docente y amigo; ecuánime, sabio, suave, pero siempre corrigiendo defectos para formar buenos médicos, donde lo que primaba era el paciente.

Sus alumnos no olvidan su dulce sonrisa con la que guiaba sus manos en los primeros contactos de examen físico, y donde la Semiología era lo más valioso para llegar al diagnóstico. No hacía distinciones sociales, era muy observador y veía los potenciales de cada uno para entregar su valiosísima orientación.

Fue director del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, director del Hospital Carlos Van Buren, y Secretario Regional Ministerial de Salud. Pero antes que todo, fue un sabio hombre que con su humildad enseñó a sus alumnos a ser mejores personas. Tolerante, sus ideales social-cristianos lo hacían conversar y dialogar con todos. Excelente padre, siempre preocupado de su esposa, la Dra. Alicia Morales.

El Dr. Germán Dazzarola Droghetti falleció el pasado 22 de enero.

Dr. Raúl Eberhard Escobar  
(1912-2012)

El Dr. Raúl Eberhard nació el 27 de diciembre de 1912. Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Concepción. Se tituló en 1939 en la Universidad de Chile, para posteriormente seguir las especialidades de Pediatría y Hematología, colaborando con destacados profesores como los doctores Cienfuegos, Steeger y Meneghello.



En 1954 se mudó de Santiago a Viña del Mar, atendiendo un llamado del Hospital Naval Almirante Nef para organizar allí un Banco de Sangre, instancia que años más tarde le valió ser reconocido como un médico "visionario". En este establecimiento, en junio de 1968, participó de un momento histórico de la medicina chilena, al formar parte del equipo del Dr. Jorge Kaplán que realizó el primer trasplante de corazón en el país.

Paralelo a su desempeño en el Hospital Naval también trabajó en el Hospital de Niños, creando el ahora desaparecido "Laboratorio Dr. Raúl Eberhard".

Fue presidente de la Sociedad Chilena de Pediatría y de la Sociedad Chilena de Hematología.

Nunca jubiló. Dejó de trabajar el año 2004, a los 92 años, pero quienes lo conocen aseguran que si de él hubiera dependido, "hubiese trabajado hasta el último de sus días".

Casado con Carmen Oyarzún, tuvo dos hijos, cuatro nietos y un bisnieto. Su familia lo recuerda como un hombre particularmente bondadoso, estudioso, riguroso y con un profundo amor por su profesión, que le hizo merecedor del cariño de todos aquellos que lo conocieron.

El lamentable deceso del Dr. Raúl Eberhard Escobar se produjo el 18 de marzo de 2012.

## Cartas al Director

Sus cartas al director diríjelas a: [director.panoramamedico@gmail.com](mailto:director.panoramamedico@gmail.com) (el cierre del próximo número está previsto para el 31 de mayo próximo). La Dirección de Panorama Médico se reserva el derecho de responder pública o privadamente, según estime conveniente.

Dr. Humberto Verdugo Marchese  
Director Panorama Médico  
Presente

Estimado colega,

Me impactó el editorial de Panorama Médico en que se refiere al trabajo médico continuo y de la imposibilidad cierta y concreta de no tomar vacaciones o postergar éstas, por necesidad y por la responsabilidad que nos atañe en la atención a los pacientes.

También coincido con el artículo de los viajeros, en que nos hace pensar y evaluar nuestra vida futura sólo dedicada al trabajo; trabajo y acumulación de tareas que nos impiden realizar una vida más sana y compartida.

Ya jubilado tuve la oportunidad de realizar un viaje maravilloso a la China milenaria junto a mi esposa y fiel compañera. Envío una semblanza y fotos del viaje para incentivar a mis colegas a que aprovechen su tiempo y miren al futuro con un descanso racional y efectivo para romper la rutina diaria.

Saluda atte.,

Dr. Guillermo Torres Gómez

VIII CONGRESO LATINOAMERICANO  
Y XIV CONGRESO CHILENO  
DE MÉDICOS ESCRITORES

REGIÓN DE MAGALLANES, DESDE EL 26 AL 28 DE ABRIL DEL 2012

## CATEGORÍAS A PARTICIPAR.

- **POESÍA I**: Tema Libre. Extensión máxima 50 versos. Hasta 3 Poesías por participante.

- **POESÍA II**: Tema libre. Extensión máxima 5 versos. Hasta 3 poesías por participantes.

- **PROSA I**: Tema libre. Extensión máxima 5 páginas. Hasta 3 cuentos por participantes.

- **PROSA II**: Tema libre. Cuento menos de 200 palabras incluido el título. Hasta 3 cuentos por participantes.

Páginas hoja A4 en Times New Roman, cuerpo 12.

- **FOTOGRAFÍA**: Tema libre. Hasta 3 fotografías por participantes. (No se publican en el libro)

Enviar trabajos a [medicosescritoresdechile@gmail.com](mailto:medicosescritoresdechile@gmail.com)  
fecha límite de presentación 30 de Abril.

## ACTIVIDADES

- 1.- Presentación y Lectura de Trabajos, en categorías Poesía I y II, Prosa I y II.
- 2.- Lectura de Obras.
- 3.- Publicación en el Libro del Congreso.
- 4.- Conferencias y Talleres.
- 5.- Exposición de libros publicados por los participantes.
- 6.- Exposición de Pinturas y Fotografía libre.
- 7.- Música en vivo.
- 8.- Teatro y Cine.
- 9.- Tradicional sesión de trueques.
- 10.- Lecturas y coloquios de traspasnoche.
- 11.- Caminatas y paseos turísticos.

## INSCRIPCIONES.

[www.medicosescritores.cl](http://www.medicosescritores.cl)

VALOR INSCRIPCIÓN: \$ 60.000

VALOR PUBLICACIÓN EN LIBRO: \$ 10.000

CUENTA CORRIENTE: Catherine Fieldhouse Alarcón,  
Banco Santander, 63 -13364-7.

TELEFONO: 96799036

## CONTACTO E INFORMACIONES.

[lucho.godoy.g@gmail.com](mailto:lucho.godoy.g@gmail.com)

[drclaudiourrea@hotmail.com](mailto:drclaudiourrea@hotmail.com)

[medicosescritoresdechile@gmail.com](mailto:medicosescritoresdechile@gmail.com)

[www.medicosescritores.cl](http://www.medicosescritores.cl)

## COORDINADORES DEL CONGRESO

Dr. Luis Godoy González  
Dr. Claudio Urrea Robin

## KRA, MUSA DEL CONGRESO

La antigua mujer luna de los selknam aún se refleja en nuestra luna actual, lo que reafirma la persistencia del mito, la porfía de la leyenda y del verbo que todavía la acoge en su mágico ritual por los siglos de los siglos

AUSPICIAN Y PATROCINAN

