



CECILIA RAMOS
Ejecutivo Comercial

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

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

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

Itaú perfecto
para usted

PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 22 N°90 / Junio 2012

Los Andes 2012
Asamblea General

Estudio preliminar
**Evolución de
aranceles Fonasa**

**Tribunal Regional de
Ética Médica**

Nueva Ley

**Otorgamiento de
licencias médicas**





Visite nuestro sitio web

www.colegiomedicovalparaiso.cl

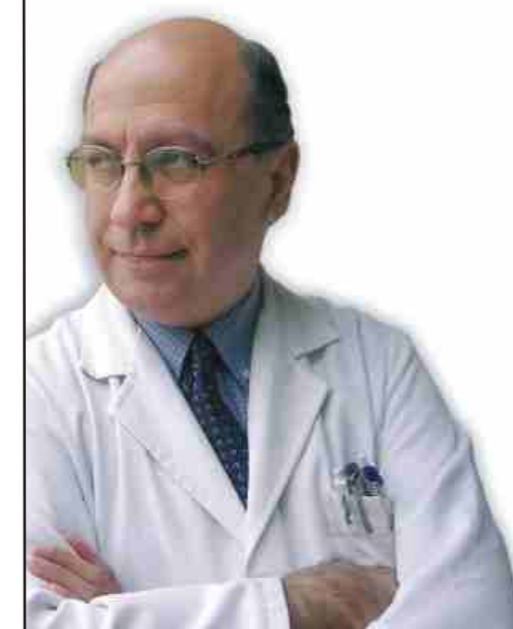
Allí podrá encontrar

- Noticias
- Información institucional
- Asociaciones gremiales
- Fondo de solidaridad gremial
- Estado de afiliación
- Galería de imágenes
- Ediciones anteriores de Panorama Médico

Contáctese con nosotros y actualice sus datos para mantenerlo siempre informado.

Consejo Regional Valparaíso:
Los Acacios 2324, Miraflores, Viña del Mar, Fono: (32) 2677982
reg.valparaiso@colegiomedico.cl

Parlamentarios y la desmedicalización de la Medicina



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

● Hace ya un tiempo que en el Congreso se están continuamente presentando proyectos de ley que pretenden que otros profesionales o técnicos realicen actos o procedimientos que hasta hoy son patrimonio del trabajo médico. Entre éstos destacan el proyecto que permite a profesionales de enfermería prescribir medicamentos, otro para asumir labores de anestesiología, uno más que permite a fonoaudiólogos y tecnólogos médicos con mención en otorrinolaringología realizar audiometrías e indicar uso de aparatos de audición, y aun otro más que permite a kinesiólogos atender pacientes sin indicación médica. A su vez, hay que señalar que hay otros proyectos que ya son leyes de la República, tales como el que otorga a tecnólogos médicos la facultad de prescribir lentes ópticos e incluso prescribir ciertos preparados de uso local, sin perjuicio que se está intentando reponer un proyecto para la formación de optómetras para realizar esto mismo. También ya se aprobó la realización de ecografías de embarazo normal por las matronas.

Sin entrar en las causas del problema, el hecho es que varios de estos proyectos han sido presentados al Congreso por parlamentarios médicos y han contado con un apoyo político transversal. La Mesa Directiva Nacional de nuestro Colegio le ha representado a la diputada y médico, Karla Rubilar, autora de varios de estos proyectos, la inquietud y preocupación por lo que

está pasando. Esto, además de otras diligencias efectuadas con diversos otros parlamentarios a este respecto.

Y la preocupación tiene un fundamento, a mi juicio, profundo y trascendente: el diagnóstico médico. Todo lo que se haga o se deje de hacer en la atención de un paciente parte del buen o mal diagnóstico realizado. Los médicos sabemos que en el proceso diagnóstico hay una serie de dificultades y sutilezas que se logran aprender después de muchos años de práctica y estudio, y que requieren de una disciplina profesional rigurosa. Los tratamientos dependerán de dicho diagnóstico, y de allí en adelante se facilita bastante el acto médico, puesto que cualquier persona puede averiguar lo que hay que hacer ante una determinada enfermedad, incluso consultándolo en internet.

Es posible pensar que esta “banalización” del acto médico se deba a que muchas patologías frecuentes en la población no revisten ninguna gravedad y son tratadas sin problemas por los propios afectados, o bien por otros miembros del equipo de salud, dejando la impresión que es muy fácil atender enfermos. El problema es cómo se logra separar lo banal de lo complejo sin equivocarse, pues el que pierde con esto siempre será el paciente.

En esta edición

Palabras del Presidente
Parlamentarios y la desmedicalización de la Medicina

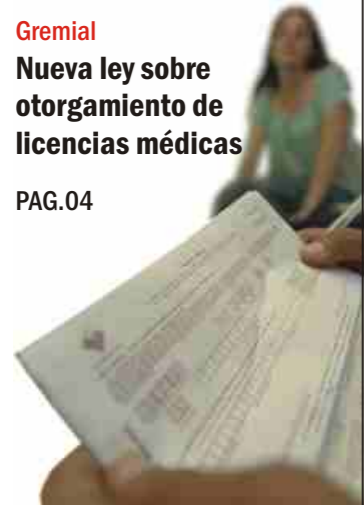
PAG.01

Editorial
La obstinación de la clase política

PAG.03

Gremial
Nueva ley sobre otorgamiento de licencias médicas

PAG.04



Gremial
Experto analiza los alcances del PGS

PAG.06

Gremial
Asamblea General Los Andes 2012

PAG.08

Gremial
Evolución de aranceles Fonasa

PAG.10

Gremial
Tribunal de Ética Médica, Región de Valparaíso

PAG.14



Actualidad
PAG.17

Breves
PAG.18

Tecnología
Smartphone y medicina: más que un buen complemento

PAG.20



Médicos Viajeros
Australia, una inolvidable experiencia

PAG.22



Historia de la Medicina
Médicos que ejercieron en Valparaíso los primeros años después de la Independencia

PAG.24

Médicos Escritores
“El final del juego”
Dr. Sergio Fuentes

PAG.26

“Ese molesto dolor”
Dr. Ricardo Valenzuela

PAG.28

Deportes
Médicos runners y el Maratón de Santiago

PAG.30

Gestión
PAG.32

editorial

La obstinación de la clase política

Mientras escucho el discurso del Presidente de la República, en su cuenta del 21 de mayo, me motivo a escribir este Editorial como reacción a la obstinación del Gobierno y a cómo los políticos pretenden embaucarnos una y otra vez. Me explico a continuación.

En su mensaje, el Primer Mandatario anunció (nuevamente) un proyecto de ley que permite la venta sin receta médica de algunos medicamentos *over the counter* en supermercados y almacenes, pese a que este proyecto había sido discutido a mediados de abril en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, ocasión en que se desestimó la idea de legislar.

Cabe mencionar que me tocó asistir a dicha sesión –pues sepa el lector que desde hace algunos meses el Colegio Médico mantiene delegados permanentes en las Comisiones de Salud de ambas Cámaras, todos consejeros de este Regional, con el fin de asegurar canales directos y oportunos de información– y los argumentos esgrimidos para rechazar la iniciativa fueron bastante sólidos. Entre ellos destacaban estudios en varios países (de todos los colores políticos) que demostraban aumentos en la intoxicación por automedicación y la no disminución de los costos de estos medicamentos (principal argumento del Gobierno), entre otros.

Ante esto, no deja de llamar la atención que en su discurso el Sr. Presidente vuelva a mencionar dicho proyecto, apelando a la demagogia, y que luego se insista en buscar fórmulas para agilizar el trámite de una iniciativa que –como han dicho incluso parlamentarios médicos oficialistas– si ingresa a la sala tal como está, difícilmente podrá aprobarse.

A la luz de lo expuesto, concluyo que mientras más se conoce a los políticos, menos ganas dan de hacer política. Pero, ¿se puede ser dirigente sin ser político? Por el tipo de educación que recibimos en la Escuela de Medicina, creo que es difícil llegar a ser tan embusteros. Estoy seguro que la mayoría de los colegas que se dedican al quehacer dirigencial son más honestos y auténticos que la mayoría de los políticos tradicionales. Me tocó verlo en la Comisión de Salud de la Cámara, en que diputados médicos oficialistas votaron en contra del proyecto del mismo gobierno que respaldan, argumentando que la función parlamentaria es temporal, pero que siempre serán médicos. Actitudes como la descrita enaltecen nuestro gremio y son un ejemplo más de que la mayoría de los médicos –políticos o no– tendemos a actuar en pro del bien y la verdad.

Aprovecho este Editorial para hacer un reconocimiento a todos aquellos médicos que han sido dirigentes con rectitud y nobleza, llevando los principios hipocráticos más allá de la relación médico-paciente. Del mismo modo, invito a las nuevas generaciones a interesarse por el trabajo gremial, a mejorarlo y potenciar el desarrollo de un grupo humano que lucha día a día por defender el ejercicio de nuestra profesión y la calidad de la salud de todos los chilenos.



Dr. Humberto Verdugo Marchese
Director Panorama Médico

PANORAMA
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 22 – Número 90 – Junio 2012 / Director: Dr. Humberto Verdugo Marchese, director.panoramamedico@gmail.com / Comité editorial: Dr. Ignacio de la Torre, Dr. Pedro Meneses, Dr. Víctor Villegas / Colaboradores: Dr. David Lagos, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Dr. Eduardo Bastías, Dr. Sergio Fuentes, Dr. Ricardo Valenzuela, Alfredo Silva, Cristian Morales / Editora: Sandra Valenzuela Torres, 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, reg.valparaiso@gmail.com / Sitio Web: www.colegiomedicovalparaiso.cl / Diseño: Marco Antonio Pereda Vallejos / Impresión: Orgraf / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.

● Con la publicación en el Diario Oficial, el pasado 11 de mayo, entró en vigencia la ley que busca asegurar el otorgamiento y uso correcto de la licencia médica, a través de sanciones impuestas por la Superintendencia de Seguridad Social a quienes hagan uso indebido de ella.

Múltiples reparos manifestó el Colegio Médico, y en particular el Regional Valparaíso, durante la discusión de la ley.

Una de las críticas es que sólo se limita a establecer sanciones sin establecer mecanismos de fiscalización eficiente, oportuna y transparente, estimándose que este rol fiscalizador debe estar orientado a prevenir el uso indebido de la licencia médica, y reservando para los tribunales de justicia la aplicación de sanciones en caso de infracción.

Colegio Médico manifestó sus reparos a la ley

En más de una oportunidad, mientras se discutía esta ley, el Colegio Médico señaló su preocupación ante esta nueva normativa. En carta enviada en agosto de 2011 al ministro de Salud se plantearon los reparos a esta ley, dado que la licencia médica es un derecho de los trabajadores que forma parte del acto médico, y el reposo es parte del tratamiento, y el médico no sólo tiene la facultad de otorgarla, sino que la obligación de hacerla cuando corresponda.

Por otro lado, este Regional considera que delegar la facultad de imponer sanciones en una entidad político-administrativa como la Superintendencia de Seguridad Social –dado que la suspensión o inhabilitación para emitir licencias es claramente una sanción penal– limita el derecho fundamental de un profesional médico a ejercer su profesión, al igual que la sanción de inhabilitación para ejercer profesiones titulares, contemplada en el artículo 21 del Código Penal.

En ese sentido, el Colegio Médico Regional considera que es necesario ejercer duras sanciones a quienes emitan licencias falsas, pero hay

NUEVA LEY SOBRE OTORGAMIENTO DE LICENCIAS MÉDICAS

Para el Consejo Regional Valparaíso la nueva normativa tiene ribetes de inconstitucionalidad.

consenso en que esto debe hacerse a través de los tribunales que establece la Constitución. Además, resulta imprescindible la aprobación de la restitución de la tuición ética a los colegios profesionales, dado que ello permitiría no sólo sancionar penalmente a quienes otorguen licencias falsas, sino también suspender el ejercicio profesional y cancelar el título profesional a quienes cometan faltas graves.

LO QUE DICE LA LEY

Solicitud de antecedentes

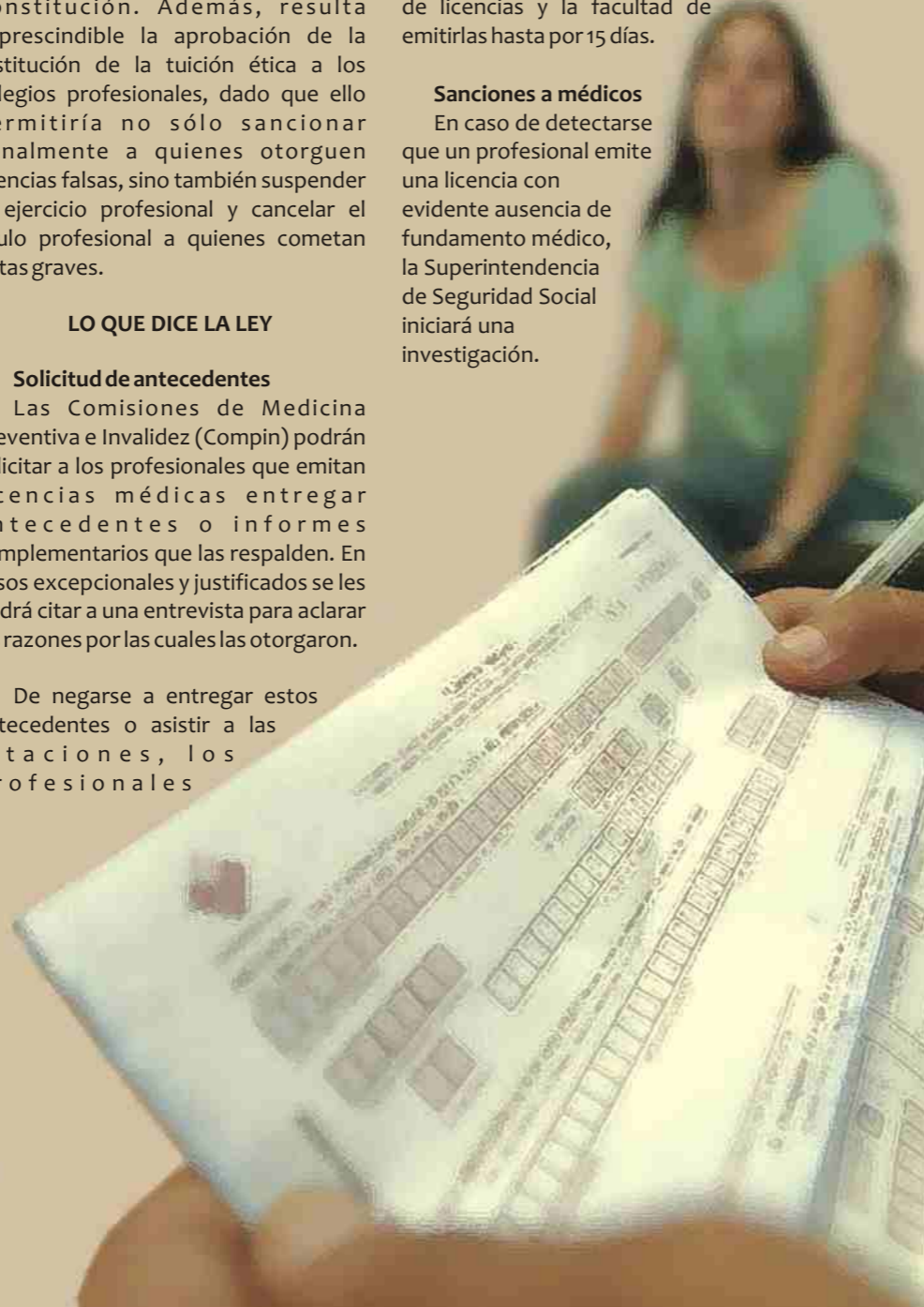
Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) podrán solicitar a los profesionales que emitan licencias médicas entregar antecedentes o informes complementarios que las respalden. En casos excepcionales y justificados se les podrá citar a una entrevista para aclarar las razones por las cuales las otorgaron.

De negarse a entregar estos antecedentes o asistir a las citaciones, los profesionales

arriesgan multas de hasta 10 UTM, la suspensión de venta de los formularios de licencias y la facultad de emitirlos hasta por 15 días.

Sanciones a médicos

En caso de detectarse que un profesional emite una licencia con evidente ausencia de fundamento médico, la Superintendencia de Seguridad Social iniciará una investigación.



De confirmarse el mal uso del documento, puede aplicar:

- Multa de hasta 7,5 UTM (que se duplica si la conducta es reiterada).
- Suspensión de hasta 30 días para extender licencias y multa de hasta 15 UTM en caso de reincidencia en 3 años.
- Suspensión de hasta 90 días para extender licencias y multa de hasta 30 UTM en caso de caso de segunda reincidencia en 3 años.
- Suspensión hasta de 1 año para extender licencias y multa de 60 UTM en caso de tercera reincidencia.

El profesional sancionado deberá informar al paciente, antes de la atención, su imposibilidad de otorgar licencias.

Si durante su período de suspensión el médico sancionado emite una o más licencias, recibirá una multa de entre 10 y 80 UTM, y deberá reembolsar al organismo que corresponda el equivalente al subsidio por el reposo prescrito. En tanto, la Superintendencia remitirá los antecedentes al Ministerio Público.

Rechazo de las isapres

Si la isapre rechaza o reduce uno de estos permisos deberá entregar a la Compin los antecedentes que fundamentan su decisión, para que el organismo ratifique o niegue esta modificación. A su vez, los cotizantes y beneficiarios pueden solicitar a la Compin conocer los informes complementarios que justifican el rechazo o disminución.

Contralor Médico

En caso que el médico contralor de una isapre modifique o rechace los permisos sin justificación ni respaldo de su resolución, el afectado podrá denunciarlo ante la Superintendencia de Seguridad Social para que se investigue. Si se acreditan los hechos denunciados será multado por este organismo.

CRÍTICAS

Para el Regional Valparaíso ésta es una “mala ley”. Así lo expresó el presidente regional de la Orden, Dr. Juan Eurolo, quien incluso señaló que podría tener ribetes de inconstitucionalidad dado que “va a ser un funcionario de la Superintendencia de Seguridad Social quien, además de

calificar la licencia, aplicará las sanciones, como quitar el derecho de emitir licencias y otras cuestiones punitivas, función que creemos sólo debieran asumirla los Tribunales de Justicia”.

Si bien el dirigente comparte el espíritu de sancionar al médico que emita licencias fraudulentas, no está de acuerdo con que se descargue toda la responsabilidad en él, mientras que los pacientes y empresas que mienten para conseguir este permiso de descanso tengan poca o nula responsabilidad. “En caso que un paciente le mienta a su médico, será este profesional a quien le consideren fraudulenta la licencia y él va a tener que emprender las acciones

contra el paciente, como tener la ficha clínica para demostrar qué le dijo el paciente, los exámenes que se le pidieron, etc., y nosotros creemos que eso no puede ser”.

Lamentablemente los reparos que el Colegio Médico manifestó mientras la ley se discutía en el Congreso no fueron acogidos y la ley ya entró en vigencia con estos “defectos”. Lo que queda ahora es esperar a que la normativa comience a ser aplicada y se den los primeros casos para que el gremio emprenda las acciones legales que permitan advertir la inconstitucionalidad de algunas medidas.

P.M.E

Continúa discusión sobre venta de remedios en supermercados

En abril pasado, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados rechazó el proyecto que permite la venta de medicamentos en supermercados con 8 votos en contra y 6 a favor, por lo que deberá volver a ser analizado por la sala de la cámara baja.

La iniciativa además pretende autorizar la venta de medicamentos que tengan la condición de venta directa en establecimientos comerciales que cumplan con ciertos requisitos establecidos por el Ministerio de Salud, con la finalidad de hacer más accesible la obtención de fármacos para la población.

El texto legal fue rechazado por los diputados de oposición y de Renovación Nacional, luego que el Gobierno le asignara discusión inmediata en la sesión. Según los diputados de la Concertación, el proyecto no sería un gran avance en pos del mejoramiento al acceso de medicamentos para los sectores más pobres de la población.

La diputada y médico Karla Rubilar (RN), quien rechazó la iniciativa, explicó que hace meses, junto al diputado Nicolás Monckeberg (RN), presentaron indicaciones al texto legal y manifestaron sus reparos al ministro de Economía, Pablo Longueira, respecto del proyecto. “Sin embargo, la respuesta que tuvimos fue una discusión inmediata por intermedio de la cuenta el mismo día en que continuaríamos con la discusión del proyecto para obligarnos a votar y la verdad es que no nos quedó otra que rechazar. Esperamos que el Gobierno reaccione”, dijo la parlamentaria.



Experto analiza los alcances del PGS

Una completa exposición realizó en el auditorio del Regional Valparaíso el Dr. José Concha, presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico, acerca de los alcances del Plan Garantizado de Salud (PGS) que se encuentra en discusión en el Congreso Nacional y que viene a cambiar el actual sistema de salud privada.

En su presentación, el Dr. Concha abordó temas tales como la organización actual de nuestro sistema de salud y la evolución de la brecha de riesgo entre los seguros de salud chilenos.

En el diagnóstico del problema se evidencia que:

- Del gasto total en salud 7,5% (6,9%) del PIB: el 40% se gasta en el 18% de la población en Isapres y 60% en el 82% de la población en Fonasa. Es decir, el gasto per cápita de las isapres es más del doble que el de Fonasa.

- El gasto público es 3,4% del PIB por lo tanto es menos de la mitad del gasto total (46%). La OMS sugiere un gasto público cercano al 6% para países como Chile.

- El gasto de bolsillo es el más alto de la OECD (38-40%), compuesto esencialmente por copagos y gasto en medicamentos (1% del PIB). La OMS sugiere que no debe sobrepasar el 15%.

El Dr. José Concha, presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico, expuso ante dirigentes y representantes de Asociaciones Gremiales de la región los alcances del proyecto de ley que se discute en el Congreso y que modifica el sistema privado de salud.

El Dr. Concha explicó que como resultado de este problema, el Gobierno propuso un “aplanamiento” de la tabla de factores de riesgos y un sistema de reajuste de los precios, lo que se consideró un modo insuficiente de resolver el tema de fondo. Dado esto, el Ministerio de Salud convocó una Comisión de Expertos para analizar y crear un Plan Garantizado de Salud para los afiliados a isapres, financiado mediante un precio único y que no discriminara por sexo, edad y eliminara las preexistencias.

Además, dependiendo del precio que fije cada isapre, algunos grupos de los actuales afiliados a ellas deberán hacer un esfuerzo adicional para comprar el Plan ya que el 7% de sus remuneraciones no les alcanzará, mientras que otro grupo (aquel que hoy cotiza sobre el 7%) podrá acceder a beneficios adicionales o mantener una cuenta de excedentes.

Respecto de la iniciativa presentada por esta Comisión de Expertos, el Dr.

Concha manifiesta que si bien el proyecto va en la línea correcta de implementar un plan único y con primas idénticas, también considera que tiene graves falencias. Entre éstas, la creación de productos adicionales –hotelería, prima por cesantía, cobertura internacional y otros– en los cuales las isapres sí podrán aplicar la tabla de factores.

También señala que así como está diseñado, el PGS tampoco resuelve uno de los grandes problemas de nuestro sistema de salud: la incomunicación que hoy existe entre la salud privada y la salud pública, dado que Fonasa queda excluido del problema. Es más, el Dr. Concha asegura que persisten las exclusiones para el traspaso de beneficiarios que quieran migrar desde Fonasa a las isapres.

“La idea que debiera primar es que si hay un plan de salud garantizado, debiera estar diseñado para que beneficie a toda la población, tanto la que está en isapre como la que está en Fonasa. Porque

detrás de un plan así está la idea de que hay un fondo universal de recursos, capaz de redistribuir los riesgos que la población tiene a la hora de enfrentar en su vida la posibilidad de enfermar. Hay un conjunto de variables que el fondo debiera amortiguar para el aseguramiento de salud en las distintas poblaciones”, sostiene el Dr. Concha.

Respecto del IPC de la Salud, el presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico afirma que tampoco será garantía de que los planes no tendrán alzas desmesuradas, pues los privados tendrán suficiente control de los precios intermedios como para manejarlos hasta obtener un promedio que se ajuste a sus intereses.

Para Dr. José Concha, la solución pasa por volver a la propuesta de la Comisión Illanes, que planteaba modificaciones más de fondo, entre ellas: un plan universal de salud, un fondo universal de compensación de riesgos, y la creación de una nueva institucionalidad en torno a empresas de seguridad social que permitirían generar un ambiente de solidaridad.

El actual escenario abre nuevos temas para el debate: la institucionalización creciente de la atención, creando incentivos a la integración de las industrias de seguros y prestadores más

allá de los límites legales vigentes; la contención y reducción sistemática de la modalidad de libre elección; y la definición de la Licencia Médica en el ámbito de los Seguros Laborales, separándolo definitivamente del concepto de prestación (prescripción) en salud.

Cabe señalar que a la actividad, además de los dirigentes del Regional Valparaíso y representantes de todas las Asociaciones Gremiales de Médicos Especialistas de la región, también asistieron el presidente nacional del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris; el secretario general de la Orden, Dr. Ricardo García; y el vicepresidente del Regional Copiapó, Dr. Jaime Cepeda.

Al finalizar la presentación se realizó un panel de discusión a cargo del Dr. Juan

Eurolo, presidente del Consejo Regional Valparaíso, en que participaron el expositor Dr. José Concha; el Dr. Jorge D'Albora, presidente de la AG de Cirujanos; y Alfredo Silva, abogado del Regional Valparaíso. En la oportunidad, se estableció un diálogo abierto con los asistentes, con el objeto de recabar opiniones y sugerencias respecto del nuevo escenario legal que se aproxima.

Entre los acuerdos tomados destaca que el Colegio Médico trabajará en conjunto con las AG en temas técnicos, comunicacionales, gremiales y legales, lo que incluye los aportes necesarios tendientes a profesionalizar su gestión. También se comprometió la difusión al resto del país de este modelo de organización, análisis e intervención.

P.M.E

GESTIONES DEL COLEGIO MÉDICO

El 2 de marzo pasado, el Colegio Médico envió una carta a los integrantes de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, para que consideraran la presentación de una serie de indicaciones al proyecto. A comienzos de abril fue publicado el informe de la comisión, con el detalle de la discusión del mencionado proyecto, donde se da cuenta del destino que tuvieron las modificaciones solicitadas por el Colegio Médico.

Casi la totalidad de las propuestas fueron presentadas por el diputado Dr. Enrique Accorsi, y algunas también por el diputado Dr. Juan Luis Castro, y votadas favorablemente por los diputados de la oposición y negativamente por los parlamentarios de Gobierno, salvo una.

Dado que los parlamentarios oficialistas son mayoría en dicha comisión, sólo una de las indicaciones fue aprobada. Sin perjuicio de eso, dos propuestas rechazadas por la comisión fueron acogidas favorablemente por el Gobierno, el cual se comprometió a presentar las indicaciones correspondientes en las próximas instancias de tramitación, según señala el informe.



Panel de discusión. De izquierda a derecha: Alfredo Silva, abogado del Regional Valparaíso; Dr. Jorge D'Albora, presidente de la AG de Cirujanos; Dr. Juan Eurolo, presidente del Regional Valparaíso; y el expositor, Dr. José Concha.

Asamblea General del Colegio Médico



Representantes de todos los consejos regionales del país participaron en el encuentro anual más importante de la Orden, que este año se llevó a cabo en Los Andes.

La Asamblea General, que este año tuvo como sede la localidad de Los Andes, se extendió entre los días 19 y 21 de abril. Inició con la cuenta de la Mesa Directiva Nacional, representada por el presidente nacional, Dr. Enrique Paris, quien presentó un resumen de las acciones realizadas durante la actual gestión. Éstas se centraron en 4 grandes temáticas:

– Mejores condiciones laborales: creación de una comisión de Urgencias, gestión para impedir la obligatoriedad del bono electrónico, entre otros.

– Formación de médicos y especialistas: certificación de médicos de las FFAA, modificación de la norma 18 sobre campos clínicos, trabajo conjunto con Minsal en relación al déficit de especialistas, entre otros.

– Fortalecimiento del Colegio: reactivación de departamentos de Estudios y política de salud; creación de comisiones de Medio Ambiente, Derechos humanos y Grupo de trabajo Social Media; participación internacional; videoconferencias con regionales; remodelación Casa de la Cultura, entre otros.

– Beneficios para afiliados: rescate de cuota mortuoria del FSG, ampliación beneficios Falmed, seguro obligatorio

SOAP a precio preferencial para colegiados, entre otros.

MÉDICOS AFILIADOS

2008: 15.897
2009: 16.157
2010: 17.046
2011: 18.159

Posteriormente, el tesorero nacional, Dr. Sergio Rojas; el gerente, José Miguel Bettancourt; y la auditora interna, Leslie Mella, dieron cuenta del trabajo realizado en el área de administración y tesorería. Además entregaron detalles de los estados financieros debidamente auditados y del presupuesto 2012, que fue aprobado por la asamblea.

Por su parte, la vicepresidenta, Dra. Magali Pacheco, quien ha estado encargada de la negociación para un incentivo al retiro de médicos del sistema público, dio a conocer la propuesta ofrecida por el Ministerio de Salud.

Continuó una presentación del Dr. José Concha, presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudio, quien además de exponer los temas que se analizaron dio a conocer el plan de trabajo para el 2012. La presentación concluyó con el análisis de Plan Garantizado de Salud que está actualmente en el Congreso.

La primera jornada cerró con la cuenta de Falmed, a cargo del presidente de la fundación, Dr. Sergio Rojas. Entre los temas expuestos estuvieron los nuevos servicios otorgados a partir de este año a los afiliados en áreas del trabajo médico distintas a la mala praxis. El dirigente destacó que Falmed es hoy la institución con mayor casuística, mayor cantidad de afiliados y abogados, y con más alto número de absoluciones.

Los días posteriores se realizaron las presentaciones del Fondo de Solidaridad Gremial, y de los departamentos de Formación y Acreditación Médica, Ética y Trabajo Médico, además de los informes entregados por las comisiones de Medio Ambiente y de Derechos Humanos.

Por su parte, la Comisión de Urgencia, a cargo del Dr. Ricardo García, entregó un avance del estudio nacional que se está desarrollando para determinar las brechas existentes en distintos puntos del país.

Además, se realizaron exposiciones de distintos consejos regionales.

El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, junto con el abogado del Regional, Alfredo Silva, expusieron los alcances del documento "Asociaciones Gremiales y Libre Competencia" de la Fiscalía Nacional Económica. Por su parte, el consejero general por Valparaíso, Dr. David Lagos, presentó un estudio preliminar respecto de la evolución de los aranceles Fonasa (ver página 10).

Cabe señalar que el Consejo Regional Valparaíso también estuvo representado por los Dres. Frano Vazón (vicepresidente), Saúl Zúñiga (secretario), Miguel Astudillo (tesorero) y el consejero general, Dr. Hugo Reyes.

Por su parte, el subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Luis Castillo, realizó una presentación sobre los lineamientos estratégicos de su sector, para luego responder múltiples consultas de los asistentes, relacionadas con temas diversos como incentivo al retiro, déficit de especialistas, turnos médicos, infraestructura hospitalaria, entre otros.

PRINCIPALES ACUERDOS

Sobre la base de las distintas temáticas abordadas, la asamblea tomó diversos acuerdos, entre ellos:

- Crear una comisión que analice y proponga modificaciones a las normas propuestas por el Ministerio de Salud sobre médicos becarios.

- Que el Departamento de Políticas de Salud y Estudio se avoque durante el presente año a estudio de costos de la actividad médica.

- Respaldo, como principios básicos de nuestra institución para el sistema de salud de nuestro país, los siguientes:

1. Elaborar un Plan Garantizado Universal de Salud.

2. Financiar el Plan mediante un Fondo Solidario Universal en Salud.

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

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

5. Permitir la libre afiliación y movilidad de usuarios entre seguros públicos y

La mesa que presidió la Asamblea 2012. De izquierda a derecha: Dr. Ricardo García (secretario Colegio Médico), Dr. Álvaro Reyes (consejero general por Santiago), Dr. Enrique Paris (presidente Colegio Médico), Dr. Juan Eurolo (presidente Regional Valparaíso) y Dr. Carlos Rojas (presidente Regional Chillan).

privados de salud, sin exclusiones ni discriminaciones de ninguna naturaleza.

6. Definir la totalidad de los servicios y prestaciones de salud en base a coberturas estandarizadas, comparables, homogéneas y con plena información a los usuarios.

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

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

9. 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.

10. 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.

- Difundir ampliamente en los distintos Consejos Regionales, el trabajo realizado por el Departamento de Políticas de Salud y Estudios.

- Encomendar a la Tesorería General del Colegio Médico, que presente al Consejo General un proyecto para unificar la cuota ordinaria del Colegio Médico de Chile y la cuota del Fondo de Solidaridad Gremial.

- Solicitar a las autoridades de salud que a partir del año 2013 se establezca financiamiento para todos los médicos que participen en programas de especialización, poniendo fin a las denominadas "becas autofinanciadas".

- Realizar las gestiones pertinentes para que CONACEM se constituya en entidad certificadora, de conformidad con la

legislación actualmente vigente.

- Solicitar a las autoridades correspondientes que se establezca financiamiento anual, por ley, para la formación de especialistas en Chile.

- Apoyar las siguientes reivindicaciones presentadas por el presidente de la Agrupación de Médicos de Atención Primaria, Dr. Camilo Bass del Campo:

1. Sueldo Mínimo Mensual de \$1.300.000.

2. Rendimientos (4 x hora morbilidad).

3. Reuniones Clínicas de Estamento Médico.

4. Asignación de Especialidad (40% sueldo total).

5. Contratación de los Médicos de Urgencia.

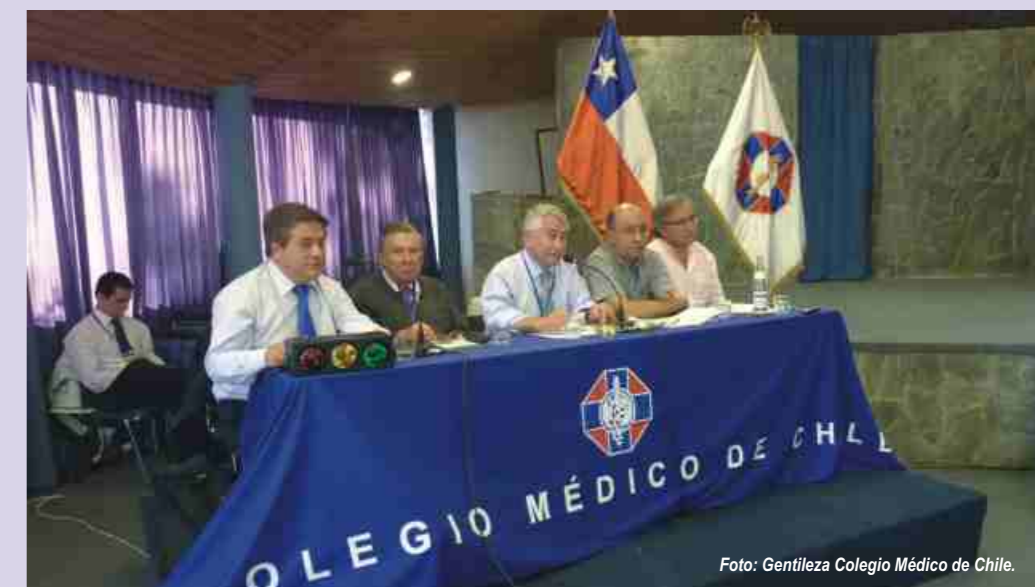
6. Especialidades para Médicos de Atención Primaria (mínimo 100).

7. Incentivo al Retiro APS.

- Estimular la creación de asociaciones gremiales de especialistas a lo largo del país, en base al modelo instaurado en la Región de Valparaíso.

- Encomendar al Departamento de Trabajo Médico realizar estudio sobre distribución horaria de turnos en los establecimientos de salud, especialmente en los servicios de urgencia.

Finalmente, cabe mencionar que además de la Asamblea Ordinaria, este año también se efectuó una Asamblea Extraordinaria. En ella se acordaron cambios estatutarios para que los presupuestos anuales sean aprobados por el Consejo General en el mes de noviembre de cada año, en lugar de que se aprueben en la Asamblea Ordinaria, que se realiza habitualmente en abril.



Estudio preliminar Evolución de aranceles de Fonasa

"La unión de las ovejas obliga al león a acostarse con hambre"
Proverbio africano

Dr. David Lagos D.
Consejero Regional por Valparaíso

● Sin duda que Fonasa constituye el principal pagador de prestaciones de salud tanto en el sistema público como privado. Es más, puede afirmarse que para la mayoría de los médicos que ejercen la práctica privada, Fonasa es su principal fuente de ingresos. Por lo tanto, no es indiferente la forma en que este organismo estatal fija los aranceles cada año, así como los montos de los reajustes de las distintas prestaciones.

Anualmente, el director de Fonasa presenta el proyecto de reajuste al Ministerio de Hacienda para su aprobación, el que mediante una resolución exenta lo publica en el Diario Oficial, a contar de lo cual comienzan a regir los nuevos valores.

Los médicos, principales prestadores de salud, no tenemos ninguna participación en el proceso y desconocemos la forma en que se fijan los reajustes, sus montos y su fecha de entrada en vigencia. A lo sumo, hemos solicitado, muy respetuosamente, que dicho reajuste se otorgue "lo antes posible", no haciendo mayor cuestionamiento si se demora o si es menor al IPC o al reajuste entregado a los trabajadores de nuestro país.

Ante una inquietud planteada por nuestro Consejo Regional, y según un encargo hecho por el presidente del Colegio Médico de Chile, procedimos a hacer un estudio de los aranceles de Fonasa, para lo cual se escogió un grupo de prestaciones que parecieron las más representativas de la práctica médica, tanto general como de especialistas.

La idea original fue analizar un periodo de 10 años, para tener una panorámica que reflejara lo ocurrido en distintos gobiernos y hacernos una idea de la política permanente de Fonasa respecto de los aranceles a prestadores médicos.

Los resultados obtenidos fueron presentados a la Asamblea Anual del Colegio Médico realizada en Los Andes y son la base de esta publicación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se logró revisar los aranceles desde 2005 a 2012 en los documentos oficiales de Fonasa (libro de códigos de Medicina de Libre Elección). Para el estudio se consideraron las siguientes prestaciones valoradas de nivel 3.

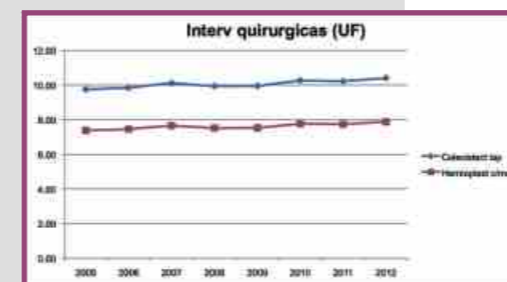
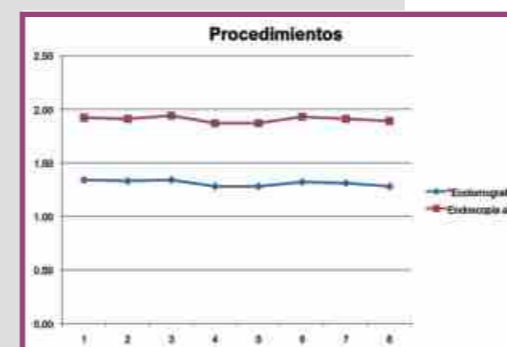
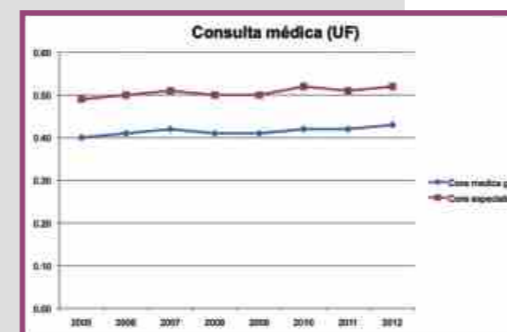
PRESTACIÓN	CÓDIGO FONASA
Consulta médica no especialista	01-01-001
Consulta médica especialista	01-01-003
Colecistectomía laparoscópica	18-02-081
Hernioplastia con malla	10-02-001
Ecotomografía abdominal	04-04-003
Endoscopia digestiva alta	18-02-001
Parto	20-04-003
Cesárea	20-04-006
Consulta domiciliaria día	01-01-004
Consulta domiciliaria nocturna	01-01-005
Apendicetomía	18-02-053

En las prestaciones quirúrgicas se consideró el arancel del primer cirujano como indicador. Para poder comparar los valores en moneda del mismo valor, los montos fueron expresados en UF del día de entrada en vigencia del decreto en cada año.

Hay que mencionar que no fue posible conseguir los listados de los valores de las prestaciones de todo el periodo, ya que éstos no siempre se conservan en hospitales y clínicas. La información fue solicitada a Fonasa vía el sistema de Gobierno Transparente, pero ésta llegó después de la presentación en la Asamblea del Colegio Médico, por lo que no es incluida tampoco en esta oportunidad. Los resultados por lo tanto, se basan en la recopilación personal e informal de los listados de aranceles de Fonasa en diversas fuentes.

RESULTADOS

Los siguientes gráficos expresan, en UF de cada año, los valores de las distintas prestaciones desde 2005 a la fecha.



Según se aprecia en los gráficos anteriores, los valores de las prestaciones seleccionadas se mantienen relativamente constantes, por lo que a primera vista podría decirse que no hay pérdida en los valores asignados a ellas. Sin embargo, debe observarse que los reajustes entregados por la autoridad se hacen efectivos con tardanzas que varían entre 1 y 4 meses respecto del inicio del año calendario, por lo que dicho reajuste pierde valor en comparación con los reajustes de sueldos y salarios del resto del país.

Además, hay que señalar que el gráfico muestra el momento de mayor valor de cada prestación en relación a la UF, ya que en adelante ésta va subiendo según IPC, en cambio la prestación sigue fija el resto del año.

En el cuadro siguiente se señala para cada año la fecha de publicación del decreto de reajuste respectivo:

Fecha publicación en Diario Oficial del decreto de reajuste Fonasa	Tiempo de demora (meses)
25 enero 2001	1
4 febrero 2002	1
1 febrero de 2003	1
4 febrero de 2004	1
12 febrero de 2005	1,5
10 marzo de 2006	2
31 marzo de 2007	3
7 mayo de 2008	4
7 febrero de 2009	1
4 febrero de 2010	1
7 mayo de 2011	4
1 febrero de 2012	1

Si observamos los tiempos de desfase de la revalorización efectiva de los aranceles de Fonasa desde 2001 hasta la fecha, se comprueba que suman 21,5 meses lo que equivale a haber perdido casi 2 años de reajuste en los últimos 11 años. Dicho de otro modo, los aranceles reajustados tiene vigencia sólo entre 8 y 11 meses cada año.

Por otro lado, si revisamos los listados anuales, podemos constatar que las diferentes prestaciones se reajustan en porcentajes diferentes, sin criterio conocido por los prestadores médicos y sin ninguna participación de ellos o de sus organizaciones (Colegio Médico). Por ejemplo, para 2012 las consultas médicas básicas y de especialidad fueron reajustadas en un 5%, en cambio las visitas domiciliarias y de paciente hospitalizado lo fueron sólo en un 2%, y los procedimientos de imagenología en 1%. (Ver [Tabla de reajuste Arancelario en página siguiente](#))

Hay que agregar a las demoras en los reajustes y al hecho que estas alzas son aplicadas de manera dispereja a las distintas prestaciones, la conducta de algunas isapres, que usan los aranceles de Fonasa como referencia para pagar honorarios médicos.

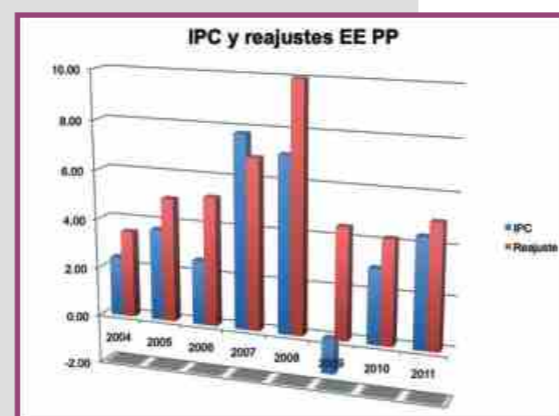
Habiendo revisado de manera somera la forma en que nuestros ingresos son manejados por parte del Estado chileno, comparemos cómo este mismo Estado se comporta con otros grupos organizados.

Si observamos la evolución de los sueldos de los empleados públicos en los últimos años podemos apreciar que regularmente, salvo lo ocurrido en 2007, suben en un porcentaje mayor que el IPC, lo que ha significado una mejora

TABLA. Reajuste Arancelario 2012.
Modalidad Libre Elección

GRUPO	CÓDIGO	DENOMINACIÓN	INFLACTOR APLICADO
Grupo 01	01-01-001	Atención abierta	5,00%
	01-01-002	Sub-grupo 01	
	01-01-003		
	Resto	Sub-grupo 01	
Grupo 02	Todos	Atención cerrada	2,00%
Grupo 03	Todos	Exámenes de laboratorio	1,03%
		Sub-grupo 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09	
Grupo 04	Todos	Imagenología	1,03%
Grupo 05	Todos	Medicina nuclear y radioterapia	2,00%
		Sub-grupo 01, 02, 03, 04, 05, 06	
Grupo 06	Todos	Kinesiología y fisioterapia	2,00%
Grupo 07	Todos	Medicina transfusional	2,00%
		Sub-grupo 02	
Grupo 08	Todos	Anatomía patológica	2,00%
		Sub-grupo 01	
Grupo 09	Todos	Psiquiatría y psicología clínica	2,00%
		Sub-grupo 01, 02	
Grupo 10	Todos	Endocrinología	2,00%
		Sub-grupo 01	
Grupo 11	Todos	Neurología y neurocirugía	2,00%
	Todos	Sub-grupo 03	
Grupo 12	Todos	Oftalmología	2,00%
	Todos	Sub-grupo 02	
Grupo 13	Todos	Otorrinolaringología	2,00%
	Todos	Sub-grupo 02	
Grupo 14	1401001	Cirugía de cabeza y cuello	2,00%
	Todos	Sub-grupo 02	5,00%
Grupo 15	Todos	Cirugía plástica y reparadora	5,00%

sostenida de su poder adquisitivo, lo que no ha ocurrido con Fonasa, que reajusta sólo según IPC, con retraso y por supuesto sin efecto retroactivo.



La siguiente tabla, elaborada por el Ministerio de Hacienda y el INE, corrobora lo anterior en un periodo más largo.

Tabla: Sector Público. Incrementos en términos reales en doce meses
(Fuente: Ministerio de Hacienda e INE. En % de variación anual)

Años	Reajuste	IPC en doce meses	Aumento real	Incremento anual período presidencial
1990	25,0%	29,4%	-4,4%	
1991	18,0%	17,8%	0,2%	
1992	14,0%	14,0%	0,0%	
1993	15,0%	12,1%	2,9%	-0,3%
1994	12,2%	8,9%	3,3%	
1995	11,0%	8,2%	2,8%	
1996	9,9%	6,6%	3,3%	
1997	6,0%	6,3%	-0,3%	
1998	5,0%	4,3%	0,7%	
1999	4,9%	2,6%	2,3%	2,0%
2000	4,3%	4,7%	-0,4%	
2001	4,5%	3,1%	1,4%	
2002	3,0%	3,0%	0,0%	
2003	2,7%	1,0%	1,7%	
2004	3,5%	2,5%	1,0%	
2005	5,0%	3,6%	1,4%	0,9%
2006	5,2%	2,1%	3,1%	
2007	6,9%	7,4%	-0,5%	
2008	10,0%	8,9%	1,1%	
2009	4,5%	-1,9%	6,4%	2,5%
2010		2,5%		

Nota: Para el 2010 el IPC es el que se proyecta pr BC.

Y no sólo la ANEF ha tenido éxito en conseguir mejoras para sus afiliados. El Gobierno ha ido aumentando el monto del salario mínimo, que ha subido en términos reales desde 2005, según se muestra en el gráfico siguiente.



CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Los datos contenidos en los gráficos anteriores nos permiten hacer algunas afirmaciones que, creemos, hasta ahora no han sido planteadas con la fuerza necesaria por nuestro gremio:

1.- Fonasa obtiene considerables ahorros y ganancias netas mediante la demora del reajuste de aranceles médicos mientras recibe cotizaciones de mayor valor. Las isapres que usan estos valores como referencia también son beneficiadas por el mismo mecanismo.

2.- Las demoras en el alza de aranceles Fonasa han provocado que los médicos hayamos perdido casi 2 años de reajuste desde 2001.

3.- Las prestaciones son valorizadas unilateralmente, de manera diversa, sin un mecanismo conocido, y no necesariamente aplicando las alzas de sueldos o IPC que se usan para el resto del país

4.- Los médicos no tenemos ninguna influencia en la toma de decisiones que establecen los montos a reajustar, tal como lo tienen todos los grupos organizados de la administración pública y privada que luchan por conseguir las mejores cifras para sus afiliados.

5.- Los médicos hemos sufrido un claro deterioro en los ingresos percibidos a través de Fonasa, situación que contrasta con el mayor poder adquisitivo conseguido por otros trabajadores.

6.- Nuestra reacción gremial frente a los puntos anteriores ha sido más bien escasa.

Aun cuando no fluye de los datos graficados, es ampliamente conocido dentro de nuestro gremio que la situación expuesta ha significado que médicos de gran prestigio y calidad profesional hayan abandonado la atención de pacientes beneficiarios de Fonasa.

PROPUESTAS

1.- Estamos absolutamente convencidos que es imperioso exigir participación en la discusión del reajuste de los aranceles Fonasa cada año. No podemos seguir siendo el único gremio del país que acepta, sin ninguna reacción, los reajustes que la autoridad quiere entregar y en las fechas que quiere hacerlo.

2.- Creemos que debe esperarse como mínimo un reajuste igual al IPC del año anterior para todas las prestaciones por igual. Es a todas luces inaceptable que continuemos perdiendo parte del reajuste de los aranceles y que además, de manera arbitraria, se hagan diferencias entre los incrementos de los valores de unos y otros sin un criterio profesional de parte de quienes sostenemos el sistema.

3.- Aunque sea de una obviedad elemental, debemos también exigir que el reajuste se haga efectivo a contar del 1º

de enero de cada año. Nos parece no debiera plantearse siquiera, la solicitud que nuestro reajuste se cancele igual que a todo el país.

TEMAS PENDIENTES

Aunque los anteriores son temas urgentes de plantear y resolver, nuestra relación con Fonasa mantiene otros puntos que deberán ser abordados lo antes posible. Por ejemplo, una reevaluación de las equivalencias en las complejidades y exigencias de las diversas acciones médicas. Nos parece inadecuado que, por ejemplo, una gastrectomía total por un cáncer tenga un honorario de cirujano de 13,28 UF, y por una histerectomía por vía abdominal se cancelen 14,25 UF. Estimamos que habría que iniciar un estudio al respecto.

Por otro lado, el tema del bono electrónico tampoco está resuelto ni mucho menos. El licitar entre varias empresas no resuelve el tema principal, cual es que Fonasa ahorra en personal y costos administrativos, los que deberán ser asumidos por los médicos, que deberemos mantener computador e impresora destinados al efecto, pagar la línea de conexión, pagar a Fonasa y a la empresa que licite el sistema. Vale decir, tendremos que pagar para recibir el pago. Peculiar sistema.

Otro aspecto que revela la asimetría de nuestra relación con el gran seguro público que es Fonasa es la imposibilidad que, en un sistema de libre mercado, podamos fijar nuestros costos y aranceles. Así, el Estado actúa al más puro estilo socialista, fijando por ley los aranceles de los prestadores en un sistema de "libre competencia". Sin embargo, las clínicas privadas y los Pensionados de los hospitales públicos están autorizados para utilizar sus propios valores y por lo tanto exigir a los pacientes el pago de la diferencia del arancel que cancela Fonasa. Los médicos tenemos prohibición estricta de hacerlo, bajo amenaza de castigo.

COMENTARIO FINAL

Parece estar fuera de toda duda que la relación del gremio médico con Fonasa merece una "reingeniería" urgente. Una relación asimétrica, dispareja, con frecuencia arbitraria, que en algunas ocasiones se ampara en las "leyes del mercado" y en otras apela a la "atención de los más pobres" para reducir los pagos a los prestadores que le dan vida al sistema, no puede sostenerse de manera indefinida. Los actores involucrados deben conversar en igualdad de condiciones y llegar a acuerdos que no sean perjudiciales para ninguna de las partes.

Los médicos estamos dispuestos a discutir y colaborar en beneficiar a los más necesitados, particularmente si están enfermos, pero no estamos dispuestos a tolerar ser utilizados como limones estrujables ni a asumir costos para ahorrarle recursos a instituciones que no lo necesitan. Para llevar a cabo esta tarea se necesita de manera urgente, un compromiso de parte de todos los colegas del país que haga saber a las autoridades de salud que podemos colaborar, pero no vamos a aceptar tratos abusivos o irrespetuosos.

Tribunal de Ética Médica

REGIÓN DE VALPARAÍSO

● Durante el transcurso del año en nuestra sede se reúne con estricta regularidad el Tribunal de Ética Médica de la región, para cumplir con una importante labor, insuficientemente conocida por los colegas. El objetivo de este artículo es informar sobre el ámbito que comprende el accionar de este tribunal y cuáles son su función y objetivo.

El Tribunal regional está conformado por siete médicos, y además lo integran el abogado del Consejo Regional del Colegio Médico y la secretaria administrativa. ¿Cuál es el objetivo de esta institución que funciona en la mayoría de las regiones del país? Su principal finalidad no es defender a los pacientes. Tampoco lo es la defensa de los médicos que han sido motivo de demandas. Su objetivo fundamental es la defensa de la profesión médica.

IMPORTANCIA DE LA ÉTICA EN MEDICINA

Desde sus inicios, la medicina consideró a la ética, junto a la adecuada capacitación técnica, como una disciplina inseparable para la correcta atención de los enfermos. En el último tiempo, los cambios a que hemos asistido en los valores prevalentes en la sociedad han hecho necesario que los médicos tengan que permanecer vigilantes ante cualquier intento de desviación –por parte de algunos colegas– de los principios que tradicionalmente han caracterizado el trabajo profesional en el cuidado de los enfermos.

Debido al enorme poder que el médico tiene sobre sus pacientes, la primera profesión a la que se aplicó un Código de Ética fue a la medicina. El desequilibrio en el manejo de la información que se da en la relación médico-paciente hizo necesario indicar al profesional un conjunto de normas concretas que le sirvan de orientación para decidir en forma correcta ante casos dudosos, sobre cuál es la conducta apropiada ante las diversas situaciones que debe enfrentar en clínica. Estas normas han quedado impresas de manera explícita en nuestro Código de Ética, igualmente las sanciones a que se hace acreedor el no cumplimiento de ellas.

CONTROL ÉTICO PROFESIONAL

Debido a los continuos cambios que se producen en los modelos de atención en

salud y también debido a la incorporación de nuevas tecnologías en que es necesario decidir si corresponde o no su aplicación en casos determinados, este Código requiere de actualizaciones periódicas en el caso de la profesión médica.

Se entiende por “profesional” a una persona que de acuerdo con ciertos parámetros establecidos jurídicamente por la sociedad, y después de recibir la debida instrucción y capacitación superior, tiene encomendada, de manera habitual, una tarea específica que debe cumplir en beneficio de los demás, recibiendo por este trabajo la debida compensación pecuniaria.

A su vez un “código de ética” profesional es el conjunto de reglas en que una profesión declara su intención de cumplir en forma correcta con el compromiso adquirido con la sociedad, ya

que todos los sectores de ella confían en su trabajo. Cabe hacer mención que las faltas a un código no están regidas por una sanción del Estado (excepto que se infrinjan las leyes); los que se encargan de estos asuntos son los órganos de autocontrol de las respectivas profesiones, es decir, los colegios profesionales a través de los tribunales de ética respectivos. El Código de Ética dirá qué es lícito e ilícito, correcto e incorrecto, aceptable e inaceptable, en el ámbito de su trabajo; por lo tanto tiene una íntima vinculación a toda la actuación profesional. Para los que ejercen la profesión médica, el que exista un

instrumento que les señale con claridad cuáles son sus deberes y derechos, significa contar con una invaluable guía de orientación de la conducta.

A la “ética profesional” se le conoce también como deontología, que es la ciencia de los deberes de una determinada profesión, o sea de actos y conductas que tienen efectos prácticos, que deben ser adaptados a las condiciones reales que se dan en el desarrollo de esa actividad.

Las conductas antiéticas dañan a la comunidad, por esto resulta imprescindible que todas las profesiones sean reguladas. Como el cuidado de la sociedad pertenece al Estado, éste es el principal preocupado de controlar las profesiones. Sin embargo, el Estado delega este poder en los Colegios Profesionales, ya que estima que éstos son los más interesados en proteger el prestigio de la profesión y los más adecuados para discernir cuándo se infringen los reglamentos explícitos en los códigos de ética que ellos mismos se

encargan de redactar, y determinan las sanciones que han de asumir los infractores. Ésta es la misión que corresponde al Tribunal de Ética.

LOS NUEVOS CAMBIOS Y SUS CONSECUENCIAS

El objetivo de esta labor es mantener el más alto estándar ético que requiere el ejercicio actual de la medicina y asegurar que la atención de los pacientes se mantenga tal como ha sido la tradición de nuestra profesión.

Este objetivo se ha visto interferido por los cambios que han habido en la legislación de nuestro país, lo que ha debilitado el accionar del Tribunal de Ética. Chile es el único país de los continentes europeo y americano, en que los Colegios Profesionales fueron transformados en Asociaciones Gremiales de Derecho Privado (esto está explicitado en el D.L. N° 3621, art. 1° y 1° transitorio, Inc. 4°). De esta forma se derogaron muchas de las disposiciones legales que los facultaban para conocer y

Tribunal de Ética Médica, Región de Valparaíso.

De izquierda a derecha: Arriba: Dr. Guillermo Pardo, Dr. Julio González, Dr. Rodrigo Álvarez, Dr. Lorenzo Merello. Abajo: Ivonne Dejeas (secretaria), Dr. Fernando Novoa, Dr. Luis Heidke (presidente), Dra. María Elizabeth Barthel, y Alfredo Silva (abogado).



sancionar las faltas a los códigos deontológicos. Por lo tanto, muchas de estas transgresiones habrían o han de quedar sin un justo castigo. Antes del D.L. 3621, los colegios podían sancionar las faltas graves o la reiteración de una falta contraria a la ética con la suspensión del ejercicio profesional del transgresor, y en algunos casos hasta podía cancelarse su título. O sea, las faltas graves impedían ejercer la profesión por cierto período de tiempo; y las faltas muy graves, en cambio, se sancionaban con el no ejercicio de la profesión de manera perpetua. Hoy en día, los colegios no pueden aplicar a uno de sus colegiados la suspensión transitoria del ejercicio de la profesión y mucho menos privarle de él. Sólo están limitados a aplicar en casos extremos, la suspensión temporal de sus derechos de colegiado o la expulsión definitiva del respectivo colegio. Este castigo resulta muy leve para aquellas faltas muy graves, que son de frecuencia excepcional, pero que desgraciadamente ocurren.

JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

En términos generales y doctrinales, por “jurisdicción” entendemos *el poder con que cuenta un tribunal para resolver los conflictos de interés entre partes, o que surjan de la violación del ordenamiento jurídico-social, en una época específica y dentro de un territorio determinado*. Por “competencia”, en cambio, entendemos *la esfera de atribuciones dentro de la cual la ley ha colocado los asuntos que debe conocer, juzgar y hacer cumplir cada juez o tribunal*. La relación entre ambas instituciones se puede apreciar en tanto la competencia es el campo o esfera de atribuciones dentro del cual se ejercita la

facultad de conocer de un asunto y juzgarlo (jurisdicción).

Los Tribunales de Ética del Colegio Médico son los órganos encargados de conocer y juzgar los asuntos que comprometan la ética médica y en que se encuentre involucrado al menos un médico colegiado o uno que sin serlo, acepte someterse al juzgamiento de aquél. El Colegio Médico de Chile, en el marco de su organización, ha creado, como órganos independientes del estamento gremial propiamente tal, a lo largo del país, Tribunales de Ética, y ha dictado la normativa que regula su procedimiento y funcionamiento. Para resolver los asuntos que son sometidos a su conocimiento, el tribunal es independiente y autónomo del Colegio Médico. Sus miembros deben observar normas establecidas, estables y validadas sobre ética médica, tales como el Código de Ética y el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial. Sin perjuicio de ello, los miembros del tribunal se encuentran autorizados para formar su convicción y resolver sobre los asuntos requeridos, aplicando su saber privado, la sana crítica, las reglas de la lógica y las máximas de la experiencia. Resulta conveniente tener presente que el Tribunal no funciona como ente consultivo y por tanto no absuelve consultas particulares ni emite dictámenes de general aplicación, puesto que sólo se limita a dictar sentencias en casos específicos y cuyos efectos son relativos, es decir, sólo resultan aplicables al caso concreto conocido. Asimismo, es relevante destacar que en términos procedimentales el tribunal cumple celosamente su deber de cautelar el derecho de ambas partes –reclamante y reclamado– a ser oído y a probar sus dichos.

Las materias de las que conoce el Tribunal de Ética, a partir, por cierto, de las denuncias o reclamos que recibe, pueden ser agrupadas como sigue:

a.- Deberes generales del médico: dice relación con el comportamiento que el

médico debe observar en su vida profesional y en el plano personal en tanto se relacione con su profesión, y apunta a la cautela del prestigio de la profesión y al compromiso del médico con la vida humana.

b.- Relación del médico con sus pacientes: se ocupa de la dimensión de confianza y respeto que debe presidir el vínculo médico-paciente. Enfatiza criterios sobre Información y consentimiento, secreto profesional, determinación y cobro de honorarios profesionales.

c.- Publicidad profesional e Información al público: tiende a limitar por ejemplo la exposición pública del médico cuando su objetivo es la captación de pacientes.

d.- Relaciones con empresas de productos clínicos y farmacéuticos: exhorta a la independencia profesional del médico respecto de estas empresas.

e.- Investigación científica: la participación eventual de un paciente lo será previo consentimiento informado.

f.- Relaciones del médico con sus colegas y con los demás profesionales de la salud: las relaciones entre médicos han de basarse siempre en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos.

La competencia del respectivo Tribunal de Ética alcanza entonces a cualquier acto u omisión que pudiere relacionarse conflictivamente con los ámbitos reseñados. Los temas más recurrentes o repetidos en los reclamos conocidos por el Tribunal de Ética de la Región de Valparaíso pueden concentrarse en los siguientes: falta de información o información defectuosa por parte del médico a su paciente; mala relación entre médicos; y mal resultado de un tratamiento. En el primer y tercer grupo, más allá de la veracidad o seriedad de las denuncias recibidas, no es irrelevante resaltar que juega un papel central en la motivación del reclamante las expectativas que ha tenido al requerir la atención médica y que guardan relación con la espera de un resultado próximo en el tiempo y exitoso en su culminación, cuestiones que, como sabemos, en términos generales no son exigibles en medicina. Se trata, en ciertos casos, de un paciente que se ve a sí mismo como un consumidor insatisfecho más que como un enfermo que ha solicitado un servicio que debe ser ético y técnicamente otorgado por el profesional habilitado para ello.



Regional Valparaíso entregó total apoyo a médicos de Quintero

● Su completo e irrestricto apoyo manifestó el Consejo Regional Valparaíso a los médicos del Hospital de Quintero. Esto, ante los dichos del alcalde la comuna, quien puso en tela de juicio la capacidad profesional de los médicos, a raíz del fallecimiento –en mayo pasado– del indigente Marco Antonio Contreras, alias “Coralito”.

El Dr. Cristián Contreras, subdirector médico del recinto hospitalario, ratificó la calidad profesional de los médicos del establecimiento, descartando que se trate de estudiantes de medicina, como lo habría señalado el alcalde de la comuna. “Todos quienes trabajamos acá somos profesionales titulados, por tanto no hay ningún estudiante de medicina que esté pasando por este hospital, ni como alumno ni como interno”, indicó.

El subdirector médico, junto con lamentar el fallecimiento de “Coralito”, sostuvo que desde el punto de vista médico se hizo todo lo posible por salvarle la vida. “La muerte de una persona de la comunidad es sensible para todos nosotros. Desde el punto de vista médico nos queda la tranquilidad que se hizo todo lo que estaba en nuestras manos y que era posible hacer”.

Por su parte, la directora del hospital, Dra. Leonor Arias, explicó que el caso motivó el inicio de auditoría, y que si bien no está concluida, hasta la fecha han encontrado que se entregaron todas las atenciones sanitarias que estaban dentro de sus

competencias, tales como visitas a domicilio y evaluación del estado de salud del paciente.

La Dra. Arias aclaró que lejos de ser un caso aislado, situaciones similares a la de “Coralito” se dan con frecuencia en el país y que una de las principales causas es el estado de abandono en que se encuentran las personas en situación de calle. “Son situaciones habituales en el sistema de salud en general (...) Lo que ocurre es que probablemente en esta oportunidad se ha dado más énfasis en la situación sanitaria, pero esta persona estaba en estado de abandono desde hace unos 10 años por lo menos”, indicó.

En tanto, el Dr. Juan Eurolo, presidente del Regional Valparaíso, quien visitó a los médicos quinteranos y se interiorizó respecto del caso del indigente fallecido, puntualizó que si bien se trataba de un paciente con varios problemas de salud, no fue el hospital el que permitió que llegara a esa situación. “Era un paciente que tenía una serie de problemas, catalogado como indigente, que estaba debilitado por su excesivo consumo de alcohol y que murió de una complicación propia de este tipo de paciente. Yo quisiera preguntar dónde estuvo la asistencia social de la municipalidad”. El dirigente dijo creer que parte del problema es que la comuna de Quintero no cuenta con un consultorio de atención primaria que auxilie al hospital, por lo que llamó al alcalde a preocuparse de entregar más apoyo al establecimiento en ese sentido.

Promulgada Ley de Derechos y Deberes de las personas

● El pasado 8 de mayo fue promulgada la ley que en octubre entrará en vigencia en todos los centros de salud del país, tanto en recintos públicos como privados.

En agosto de 2011, el Colegio había solicitado por escrito algunas modificaciones a los integrantes de la comisión mixta de Salud y de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento. Y en enero de este año se solicitó al Presidente Sebastián Piñera un veto sustitutivo al proyecto, con la finalidad de introducir los cambios necesarios para que la autonomía de las

personas en su atención de salud no tuviera un retroceso en comparación con lo que la doctrina universalmente aceptada establece.

Finalmente la ley fue aprobada, promulgada y entrará en vigencia en octubre de este año sin que se vetara ninguno de estos puntos que el Colegio Médico solicitó se modificaran con el fin de proteger a los pacientes.

En el próximo número de *Panorama Médico* entregaremos un análisis completo de la nueva normativa.

Dr. Guillermo Witto: nuevo consejero regional

Con motivo de la renuncia del Dr. Jaime Valencia al cargo de consejero regional –por encontrarse dedicado a su formación de especialista, lo que le dificulta continuar desarrollando su actividad gremial–, el Consejo Regional Valparaíso hizo uso del procedimiento reglamentario para cubrir el cargo vacante.

De este modo, los consejeros propusieron distintos nombres para reemplazar al Dr. Valencia. Por mayoría absoluta, y en votación secreta, al cargo de consejero regional recayó en el Dr. Guillermo Witto Arentsen, quien ya ha ocupado el cargo en períodos anteriores.

El Dr. Witto asumió como consejero regional en la sesión del 27 de junio pasado.



Se va “El Guerrillero”

Tras 34 años desempeñándose como tesorero administrativo del Consejo Regional Valparaíso, el pasado 30 de enero don Manuel Rodríguez comunicó su decisión de dejar la institución para tomar nuevos rumbos.

El Regional Valparaíso lamenta profundamente el alejamiento de este funcionario, ampliamente conocido por los médicos de la zona –“El Guerrillero” le decían muchos, por el evidente alcance de nombre–. Cualquiera sea el camino que decida emprender, le deseamos la mejor de las suertes.

¡Hasta siempre, Manuel!

Inscripción de neurorradiólogos en Fonasa

En respuesta a una consulta realizada por el Colegio Médico, la jefa del Departamento de Control y Calidad de Prestaciones del Fonasa, Gladys Olmos, informó que la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud no considera a la neurorradiología como subespecialidad para inscripción y registro nacional.

Sin embargo, asegura que para Fonasa resulta fundamental contar con médicos calificados para esta rama. Por ello, se instruirá internamente a las direcciones zonales, a fin de ampliar la inscripción mediante convenio en la modalidad de libre elección, evaluando las competencias acreditadas en cada solicitud de médico neurorradiólogo, independiente de que su especialidad inicial sea radiología, neurología o neurocirugía.

19.664. Esta modificación legal tiene por objeto resolver la situación que los afecta, ya que perciben una remuneración inferior a la de los médicos de los servicios bajo su cargo y que desempeñan tareas eminentemente clínicas.

2) Asignaciones de estímulo para médicos especialistas y no especialistas que trabajan en urgencias.

3) Portabilidad del artículo 44, a petición del liberado de guardia, desde un servicio de salud a otro.

Respecto del incentivo al retiro, se explicó que durante el segundo semestre se enviará un nuevo proyecto de ley que establezca este beneficio, y que se denominará "estímulo de carrera funcionaria".

Avances para médicos de los servicios de salud

Tras varios meses de negociaciones, a cargo de la vicepresidenta del Colegio Médico, Dra. Magali Pacheco, se llegó a un documento de consenso con el Ministerio de Salud sobre algunos beneficios para los médicos que se desempeñan en los servicios de salud.

Este acuerdo quedó plasmado en un anteproyecto de ley que el Ministerio de Salud debe someter a consideración de su par de Hacienda, con el objeto que el Ejecutivo lo envíe al Congreso Nacional como proyecto de ley.

El anteproyecto contempla:

1) Traspaso de los cargos de jefes de servicios clínicos desde la planta de directivos a la planta de horas de la ley

Preocupación por la desmedicalización de la profesión

Inquietud existe al interior del Regional Valparaíso por un nuevo proyecto de ley que se encuentra en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, y que pretende entregar a fonoaudiólogos y tecnólogos médicos con mención en otorrinolaringología la facultad de practicar audiometrías y prescribir aparatos audiológicos.

Según los parlamentarios que presentaron la iniciativa –diputados Javier Macaya (UDI), Karla Rubilar (RN) y Víctor Torres (DC)–, la finalidad es que al aumentar la oferta de lugares con profesionales capacitados, el paciente tenga más opciones para encontrar el aparato auditivo óptimo para sus requerimientos.

Para la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello (SOCHIORL) resulta satisfactorio el interés por el tema de hipoacusia. No obstante, consideran que el tema debe abordarse en forma global y no limitarse a entregar audífonos a un sector de la población.

Para el Regional Valparaíso resulta peligroso seguir entregando facultades para que otros miembros de los equipos de salud realicen acciones hasta ahora ejercidas exclusivamente por médicos (cabe recordar que a esta nueva iniciativa se suma a aquella que hoy permite a los tecnólogos médicos con mención en oftalmología hacer diagnósticos y recetar lentes ópticos; otra que pretende que profesionales de enfermería puedan prescribir medicamentos, entre otras). Si bien hay consenso en que las listas de espera de ciertas patologías han aumentado, también hay convicción en que la solución no pasa por entregar facultades a otras profesiones, sino por abordar el problema con soluciones más de fondo.

Fallo de la Corte de Apelaciones: Médicos clínicos no están obligados a declarar patrimonio

Con fecha 2 de mayo, la Tercera Sala de la Corte de Apelaciones de Valparaíso acogió un recurso de protección interpuesto por el presidente del Consejo Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, en representación de 27 médicos del Hospital de San Felipe que estaban siendo obligados por la autoridad del establecimiento a efectuar una declaración de intereses y patrimonio, no obstante tratarse de profesionales funcionarios que no ejercen función directiva alguna en el establecimiento. La exigencia se basaba en diversos pronunciamientos de la Contraloría General de la República, que efectuaban una errónea interpretación del artículo 57 de la ley 18.575.

El tribunal de alzada porteño estableció que la obligación de realizar esta declaración "se encuentra directamente relacionada con el ejercicio de un cargo directivo o de jefatura en el servicio público, que permita adoptar decisiones que comprometan la responsabilidad del servicio, ya que las mismas pudieren verse influidas por los intereses personales de quien las adopta, lo que hace indispensable, a fin de mantener la transparencia necesaria, conocer tales intereses, situación que no concurre respecto de quienes no revisten cargos que les otorguen poder de decisión, cualquiera sea su remuneración, circunstancia que por lo demás no ha sido considerada por el legislador".

Colegiados pueden pagar sus cuotas en línea



Los socios del Colegio Médico cuentan con un nuevo servicio para el pago de sus cuotas. El sistema ya está implementado en el portal nacional del Colegio Médico (www.colegiomedico.cl) y próximamente estará disponible también en el portal del regional (www.colegiomedicovalparaiso.cl)

A continuación el paso a paso para pagar sus cuotas:

1. Ingrese al banner "Pagos en línea", situado al costado izquierdo del portal.
2. Ingrese los datos. Su número de registro de Colegio Médico "ICM" sin guión ni dígito verificador (por ejemplo: si su ICM es 16.243-9, digite 16243) y luego digite su contraseña (su año de nacimiento). Presione "Ingresar".
3. Se desplegará información de sus cuotas sociales: Colegio Médico, Fondo de Solidaridad Gremial, Falmed y Club de Campo. Si tiene cuotas pendientes de pago, podrá seleccionarlas a través de la opción "Pagar". Si no desea pagar algunas de ellas seleccione "Borrar".
4. Ingrese su Email y teléfono de contacto actualizado para el envío de comprobantes de pago. Presione "Aceptar".
5. Se generará un resumen con: identificación del pago, Rut, nombre, correo electrónico, monto, observaciones. En el Portal de Pagos Transbank, situado al final de su explorador de Internet, presione "Pagar" (Mensualidad de Cuotas Sociales).
6. Complete el formulario de Transbank con la misma información anterior (el resumen está en la parte superior del recuadro).
7. Seleccione "Pagar con Webpay" y se desplegarán las opciones para cancelar (tarjetas bancarias de crédito o de débito). Ingrese la opción "Pagar".
8. Transbank generará un informe de pago y enviará copia del comprobante al colegiado y al Colegio Médico.
9. Colegio Médico enviará a su correo electrónico un comprobante de pago al día hábil siguiente.

Si tiene consultas, puede llamar a los teléfonos: (2) 429 41 19 – (2) 429 41 20.

Smartphone y medicina: más que un buen complemento



Cristian Morales D.

Coordinador Magister en Innovación Tecnológica y Emprendimiento, MITE Departamento de Industrias, Universidad Técnica Federico Santa María.



El siglo XXI ha sido considerado el de la globalización y las comunicaciones, la masificación del uso de internet y del mail han permitido que individuos de diferentes países y regiones puedan interactuar de formas novedosas, acortando las distancias y acercando a las personas.

Este fenómeno también ha alcanzado a la medicina, permitiendo que médicos emitan juicios diagnósticos frente a pacientes que se encuentran a kilómetros de distancia, utilizando dispositivos de videoconferencia, interpretando exámenes desde su hogar, solicitando la opinión de otros especialistas e incluso realizando complejas intervenciones quirúrgicas con ayuda de robots comandados por la web.

También ha favorecido la comunicación entre el médico y sus

pacientes, ya que resulta factible realizar indicaciones, recomendar determinadas evaluaciones y controlar exámenes vía mail.

Una herramienta que ha permitido masificar el uso de internet y del correo electrónico son los smartphones o teléfonos inteligentes. Estos equipos han logrado integrar de manera eficiente las

comunicaciones vía celular con la navegación web, vía 3G, siendo ésta una de las razones de su explosiva demanda por parte del público general, pero también de los profesionales y estudiantes de carreras de la salud, y los pacientes.

En un principio, el principal problema que un médico o estudiante enfrentaba era elegir el dispositivo ideal y esta elección se basaba comúnmente en seleccionar el sistema operativo (Windows Mobile, BlackBerry OS, Symbian OS, Palm OS) que tuviera la mayor cantidad de aplicaciones médicas. Originalmente, fueron las palm los dispositivos que lograron posicionarse en el mercado mundial, entre los años 1995 y 2006, hasta que la gran arremetida de los smartphones los dejó atrás. Hoy en día el 90% de las preferencias se las llevan Android (desarrollado por Google) e IOS, presente en los dispositivos móviles de Apple.

En la actualidad, los smartphones cuentan con una serie de aplicaciones útiles para el usuario común (WhatsApp, Documents to go, Mapas, Viber, Dropbox, Waze, Socialcam, Snappguide, Instagram, etc), pero han incorporado también aplicaciones específicas para usuarios de profesiones y estudiantes de carreras de la salud como TNM, Medcalc Pro, accesorios o complementos que harán de los mismos herramientas diagnósticas de gran utilidad para los médicos.

A continuación se presentan algunas aplicaciones y accesorios que sorprenderán a más de algún especialista clínico, ya que ofrecen soluciones reales y eficientes para problemas comunes de la práctica clínica.

Adaptador óptico Magnifi para iPhone

Laboratorios de todo el mundo que están llenos de microscopios continúan funcionando sin una forma fácil de capturar imágenes en los oculares.

Diseñadores de Palo Alto, California, han desarrollado un estuche para el iPhone que facilita el ajuste de la cámara del teléfono frente a un ocular y capturar rápidamente imágenes para su uso posterior. El mismo estuche adaptador puede usarse con telescopios, binoculares y otros dispositivos ópticos.



iBGStar: medidor de glucosa

Es un accesorio medidor de la glucosa en la sangre que permite el registro, seguimiento y gestión del historial de resultados del paciente, los cuales pueden ser impresos o compartidos vía mail al médico.



Ecógrafo para el smartphone

La compañía Mobisante desarrolló un sistema de ultrasonidos portátil llamado MobiUS, que ya ha sido aprobado para comercializarse en Estados Unidos.

Se trata de un dispositivo portátil, con el que los médicos serán capaces de realizar ecografías de sus pacientes en cualquier momento y lugar con su teléfono, grabar esta información en video e incluso compartirla con otros colegas para tener una segunda opinión.



iPhone ECG: electrocardiógrafo para iPhone y Android

iPhone ECG, que según su creador también estará disponible para terminales Android, es una funda que incorpora un par de electrodos y que es capaz de hacer una lectura cardíaca similar al del electrocardiograma y ser enviada a la aplicación.



ThermoDock

Equipado con tecnología de infrarrojos, ThermoDock –de Medisana– mide la temperatura actual del cuerpo en segundos.

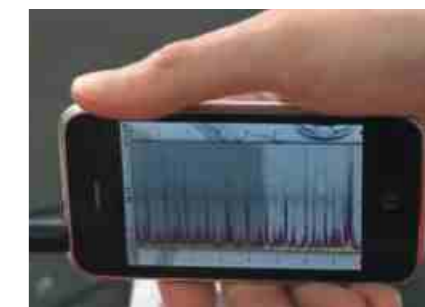
Es compacto y no necesita una fuente de alimentación externa, por lo que es el compañero ideal para tomar la temperatura dondequiera que se esté.



Catra: detector de cataratas

Catra es un periférico que se sujeta a varios tipos de smartphones diferentes y se coloca en un punto de la pantalla del aparato, de manera que cuando acercamos el ojo a él la luz lo cubre indicando las zonas de visión nubladas.

Los pacientes examinados con Catra irán comentando si los puntos de luz o las líneas mostradas se ven bien, borrosas, o si no se ven a lo largo de una serie de mediciones y pruebas. Catra también examinará el cristalino del ojo para crear un mapa que muestre la posición, el tamaño, la forma y la densidad de la catarata.



iStethoscope

Es una aplicación que convierte al smartphone –en este caso el iPhone y el iPod Touch– en un estetoscopio digital que permite controlar los latidos del corazón y otros sonidos del cuerpo humano, además de grabar las ondas de esos sonidos.

El médico coloca el micrófono del smartphone contra el tórax del paciente y escucha el latido de su corazón o su patrón de respiración a través de los audífonos del dispositivo.

La aplicación incluso produce un gráfico que permite seguir el latido del corazón del paciente. Toda la información que se recoge puede ser enviada por email o visualizada en el dispositivo.



Oscan: escáner para prevenir el cáncer oral

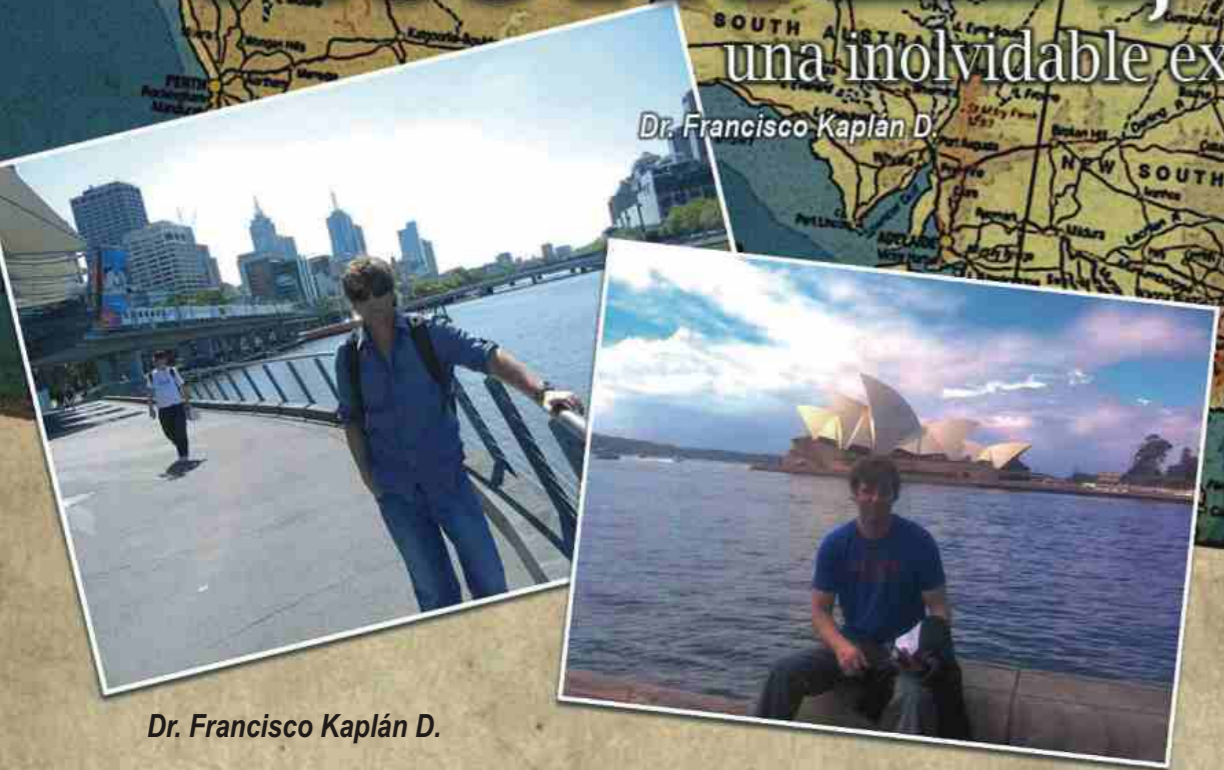
El escáner Oscan, consiste en un posicionador para la boca, una placa de circuito y dos filas de diodos fluorescentes emisores de luz. Se acopla a la cámara integrada de cualquier teléfono inteligente y permite sacar una imagen panorámica de alta resolución de la cavidad oral. Iluminado por la luz fluorescente azul del dispositivo, las lesiones malignas de cáncer se detectan con facilidad en forma de manchas oscuras. Las imágenes se pueden enviar de forma inalámbrica a los trabajadores de salud, dentistas o cirujanos orales para el diagnóstico en cualquier parte del mundo.

No dejan de sorprender los vertiginosos avances de la tecnología en relación con los smartphones y sus aplicaciones, situación que hace presagiar que en pocos años la gran mayoría de los médicos considerará tener uno, por significar una herramienta tan necesaria como un estetoscopio.

AUSTRALIA,

una inolvidable experiencia

Dr. Francisco Kaplán D.



Dr. Francisco Kaplán D.

Esta historia comenzó hace cinco años, cuando me di cuenta que el área de la ginecología que más me interesaba era la uroginecología. Pero como en Chile no había ningún centro formador en esta especialidad ginecológica, busqué los centros formadores más prestigiosos a nivel mundial y luego de evaluarlos, me pareció que el de Melbourne, Australia, era el mejor. Sin embargo, dados mis compromisos gremiales, primero como director y luego como presidente de la Asociación Gremial de Obstetras y Ginecólogos de la región, debí postergar mis pretensiones por cuatro años.

Al finalizar mis compromisos gremiales me contacté con el director del Departamento de Uroginecología del Mercy Hospital for Women (Australia), Profesor Peter Dwyer, quién además es el Editor jefe de la Revista Internacional de Uroginecología y Profesor Titular de la Universidad de Melbourne, entre otros cargos. Luego de conversar y exponerle mi interés en esta materia me invitó a participar en su centro durante seis meses. En ese momento,

y con la ayuda de mi familia, inicié todos los preparativos para el viaje que comenzaría en un plazo de ocho meses.

Para hacer realidad este propósito no puedo dejar de mencionar el gran apoyo que me dieron dos instituciones. En el área pública, el Hospital de Quilpué, por medio de las gestiones realizadas por el Jefe del Servicio de Ginecología de este Hospital, Dr. Oscar Becerra, junto a los directivos de este centro hospitalario: Sr. Patricio Vera, director; Dra. Pamela Mardones, subdirectora médica; y Sra. Marion Cofré, subdirectora de Recursos Humanos. Y en el área privada, el Centro Médico Gineco-Obstétrico CEGIN.

Finalmente, luego de clases intensivas de inglés, obtención de la visa, derivación de mis pacientes públicos y privados, cuentas, pasajes, etc., llegó el día. Mis familiares me llevaron al aeropuerto y luego de la despedida vino un largo viaje -19 horas- desde Santiago a Melbourne.

Al llegar a Melbourne, al cansancio se sumó la diferencia horaria de 14 horas. Realmente no me acuerdo bien a qué hora llegué ni como bajé las maletas. Por suerte me esperaba una amiga australiana (en realidad, amiga de una amiga) que me recibió en su casa por una semana. Luego de despertar durante una semana a las 4 de la madrugada por efecto del *jet lag*, poco a poco me fui acostumbrando al nuevo horario.

La primera semana, incluido el inglés como nuevo idioma -dicen que los australianos hablan el inglés como los chilenos hablamos el español-, más hospital australiano, colegas, enfermeras, matronas, auxiliares, todo *made in Australia*, no fue fácil, pese a que el Profesor Dwyer y todo el equipo se portaron extraordinariamente bien. Me consiguieron un excelente lugar para arrendar cerca de la ciudad y de la estación de tren que llega al hospital. Además, todos, sin excepción, se acercaron para conocerme, con una amabilidad y humildad extraordinaria

Izquierda: A orillas del Yarra River (Melbourne).
Derecha: Con el Opera House de Sydney.



En el Congreso AGES (Australian Gynaecological Endoscopy & Surgery) "Vaginal and Pelvic Surgery" realizado en Melbourne.

pese a que muchos de ellos son grandes exponentes mundiales de la Uroginecología, con innumerables publicaciones en revistas de prestigio internacional. Afortunadamente para mí, uno de los becados también es chileno, el Dr. Julio Alvarez, de Santiago, quien facilitó tremendamente mi llegada y estadía.

Desde el punto de vista médico, el primer mes todo me impresionaba: los profesionales, las consultas, los pabellones, la investigación (aquí aproximadamente el 20 y el 30 por ciento del horario los profesionales lo dedican a la investigación). Tuve la suerte de participar en el congreso de la Australian Gynaecological Endoscopy & Surgery (AGES), titulado *Vaginal and Pelvic Surgery* que se realizó en Melbourne. Allí conocí a otros grandes exponentes mundiales de la Uroginecología, participé en varios eventos sociales invitado por mis colegas australianos y comencé a trabajar diferentes líneas investigativas en el campo de la Uroginecología.

Y el ámbito extrahospitalario ha sido tan impresionante como el hospitalario. Al principio aprovechaba cualquier momento libre para salir a caminar alrededor de la ciudad y, créanme, luego de cuatro meses aún no dejo de impresionarme con ella, tanto por su arquitectura, parques, infraestructura de transporte, como por su gente, los

espectáculos culturales, y en resumen: todo. Al igual que Nueva York, Melbourne es una ciudad cosmopolita, su gente es extremadamente amable y muy respetuosa de las distintas culturas.

Durante los fines de semana largos he aprovechado de conocer los alrededores de la ciudad junto a nuevos amigos chilenos, australianos, españoles, franceses, irlandeses, coreanos y malasios, entre otros.

En uno de esos fines de semana largos fui a conocer y recorrer la célebre ciudad de Sydney que es tan impresionante como Melbourne. Aunque obviamente he sentido la lejanía de mis familiares y amigos de

Chile, con los medios de comunicación que hoy existen, y con la visita de grandes amigos he logrado minimizar la nostalgia natural del que se traslada a vivir fuera de su terruño.

Por las restricciones de la visa, luego de tres meses tuve que salir por unos días de Australia y aproveché para conocer la isla de Bali, en Indonesia. Un destino absolutamente recomendable. Descubrí un país culturalmente muy distinto al nuestro y que en esta isla específicamente se caracteriza por ser un destino turístico-exótico. Impresionan sus templos, expresión de las distintas religiones, sus arrozales, playas, animales y comidas.

De regreso en Melbourne reinicié mi actividad hospitalaria e investigativa junto al equipo de trabajo del Mercy Hospital for Women y fui invitado por la Dra. Anna Rosamilia -destacada uroginecóloga australiana, con innumerables publicaciones- para realizar una estadía en distintos hospitales de Melbourne en los que ella se desempeña. Actualmente me encuentro en esta etapa para luego volver al Mercy Hospital for Women a continuar esta inolvidable y grata experiencia de vida y profesional.

P.M.E



De izquierda a derecha: Dr. Francisco Kaplan, Profesor Peter Dwyer y Dr. Julio Álvarez.

Médicos que ejercieron en Valparaíso

Los primeros años después de la Independencia

Este artículo viene a complementar otros dos escritos en años anteriores y que se han referido a los médicos que integraron la Primera Escuadra de Chile ("Médicos que formaron parte de la Primera Escuadra Nacional", publicado en diciembre de 2008) y a aquéllos que ejercieron en Valparaíso durante la Colonia ("Primeros Médicos que ejercieron en la Región de Valparaíso", en diciembre de 2009). Corresponde el turno de referirse a los profesionales que ejercieron en Valparaíso luego de declarada la Independencia.

Alrededor de 1820 se desempeñaban en el puerto numerosos médicos, en buena parte procedentes del extranjero. Algunos ya se encontraban durante la Colonia, como los doctores Manuel Palomera, Ramón Ovejero y José María Olea. Este último era médico del Hospital San Juan de Dios de Valparaíso cuando a fines de 1807 llegó desde España la Expedición Balmis, trayendo la vacuna según el procedimiento brazo a brazo. El doctor Olea cooperó activamente con fray Manuel Grajales –a cargo de difundir la vacuna en Chile– para que la población de Valparaíso la aceptara.

También ejercía en el puerto el doctor Francisco Cros. El 27 de junio de 1822 el Director Supremo don Bernardo O'Higgins decretó que el Protomedicato celebrase "una junta con los mejores facultativos de medicina y a que concurren don Manuel Julián Grajales, don Agustín Nataniel Cox y don Francisco Cros", con el fin de investigar cómo se había introducido en el país la erisipela negra gangrenosa, que correspondía a



Dr. Guillermo Blest.

una epidemia de difteria que se había presentado en Mendoza. El informe fue publicado en un periódico de Santiago, pero no llevaba la firma del doctor Cros, quizá por no haber participado de la investigación por vivir en Valparaíso.

Cuatro de los médicos que llegaron con Lord Cochrane en relación con la Expedición Libertadora del Perú se quedaron en Valparaíso después que se desmovilizó la Escuadra; ellos fueron los doctores Thomas Craig, John Rankin, John Styles y Thomas Leighton. El doctor Leighton revalidó su título ante el Protomedicato, tribunal que lo nombró como delegado en Valparaíso.

Tres hermanos Blest nacidos en Irlanda

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

llegaron a vivir a la ciudad en los años de la Independencia. Andrés Blest, llegado al país en 1812, fue el primero de ellos; fue uno de los fundadores del comercio de la ciudad, destacando por su espíritu de empresa. No hay seguridad de que fuera médico, profesión que ejerció aunque no en forma preferente. Fue administrador del Hospital San Juan de Dios entre 1824 y 1829, hecho que nos hace reflexionar acerca de su calidad de médico pues en Chile los médicos sólo lograron llegar a la dirección de los hospitales con grandes dificultades en el siglo XX. El oftalmólogo Juan Blest, quien había obtenido su título en la Universidad de Aberdeen (Escocia), llegó a Chile en 1813. Aunque fue designado miembro de la Universidad de Chile, ejerció en Valparaíso la mayor parte del tiempo. Se desempeñó en la Armada en 1837; años después, en 1856, fue médico del pontón *Chile*, buque que estaba atracado en forma permanente en Valparaíso, que después del terremoto de 1850 recibió a los enfermos de la Armada procedentes del Hospital San Juan de Dios, que había quedado en ruinas. Guillermo Blest, quien había estudiado medicina en Dublín y Edimburgo recibiendo su título en 1821, llegó a Valparaíso donde su hermano Juan a fines de 1823. Fue padre del novelista Alberto Blest Gana y uno de los médicos más distinguidos que llegó al país. Se radicó finalmente en Santiago, donde fue uno de los fundadores de la Escuela de Medicina.

En esa época llegó a Valparaíso el doctor Robert Wiley, quien después de

una corta permanencia en la ciudad se radicó en La Serena, donde era el único médico en 1821. A la inversa, Enrique O'Donovan, que había llegado a La Serena a fines del siglo anterior, se trasladó a Valparaíso.

En 1823 el Gobernador de Valparaíso, don José Ignacio Zenteno, propuso al doctor Jorge Walter (o Walker) entre los médicos que podían integrar la Junta de Sanidad de la ciudad; en 1825 ocupaba el cargo de Médico de Ciudad en Valparaíso.

En 1827 figuraba entre los médicos del puerto el doctor Blas Saldy.

En 1828 fue designado Inspector de Policía Marítima en la rada de Valparaíso el doctor José Antonio Torres, español, que había llegado a Chile en 1818, año en que se presentó a rendir examen ante el Protomedicato. Contratado por el Ejército, antes de llegar a esta ciudad se había desempeñado en Chillán. Posteriormente se trasladó a Santiago, donde en 1843 fue secretario interino del Protomedicato y en 1848 fue nombrado "Fundador de la Facultad de Medicina".

Otro médico español que se estableció por algunos años en Valparaíso fue el doctor Juan Norberto Casanova, quien posteriormente se trasladó a Santiago. En 1836 publicó un artículo en el diario *El Araucano* bajo el título: "Varias observaciones sobre la altura de esta capital y las de los puntos más elevados hasta el puerto de Valparaíso".

Por esos años se avocaron también dos médicos italianos. Uno fue el doctor Piero Zambelli, que atendía entre otras familias a las del armador don Antonio Canciani. El otro fue el doctor José Indelicato, quien se había licenciado en medicina en la Universidad de Nápoles y en Buenos Aires. El doctor Indelicato comentó y refutó en varios artículos publicados por *El Mercurio de Valparaíso*, algunas opiniones del doctor Blest sobre climatología. El doctor Indelicato aseveraba que las relaciones entre los trastornos digestivos y las condiciones meteorológicas –sostenidas por el doctor Blest– eran teorías ya abandonadas.

En ese período llegó a la ciudad el doctor John Houston, inglés, quien trabajó en el Hospital San Juan de Dios. Fundó una clínica particular que funcionó con el nombre de Hospital Inglés de Valparaíso en el Cerro Alegre.

En 1829 el doctor Thomas Leighton –ya



Dr. Francisco Javier Villanueva.

mencionado–, en un reporte al Royal College of Physicians de Londres sobre los médicos de Valparaíso, expresaba: "Los médicos son en su mayoría viejos españoles que han llegado en diferentes momentos con la Armada y unos pocos mulatos educados en Lima; desde la Revolución se han instalado algunos ingleses y franceses".

A comienzos de la década de 1830 nuevos médicos extranjeros se avocaron en Valparaíso. Uno de ellos fue el doctor escocés Tomás Armstrong, quien había estudiado en el Colegio Real de Cirujanos de Edimburgo. Llegó a ser médico consultor del Hospital San Juan de Dios de Valparaíso, miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Fiscal del Protomedicato.

El doctor mendocino Francisco Javier Villanueva y Godoy, había estudiado medicina en la Universidad de Buenos Aires. El título de médico se lo había otorgado el Protomedicato transandino,

ante el cual también dio con éxito los exámenes exigidos para obtener los grados académicos de Profesor de Medicina y Profesor de Cirugía. Era sobrino del Gobernador de Mendoza, don Tomás Godoy Cruz, y al igual que el resto de su familia se exilió en Chile durante el gobierno de Manuel Rosas. El Ministro Diego Portales lo contrató para que reorganizara el servicio médico de la Escuadra en vísperas de la guerra contra la Confederación Perú-Boliviana. El doctor Villanueva formó el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios de Valparaíso.

Por esos años llegó también a Chile el médico francés Francisco Emilio Cazentre, quien había obtenido su título profesional en la Universidad de París. Después de dar examen ante el Protomedicato, a comienzos de mayo de 1835 se estableció en Valparaíso. En junio de 1837 le correspondió efectuar la autopsia de Diego Portales.

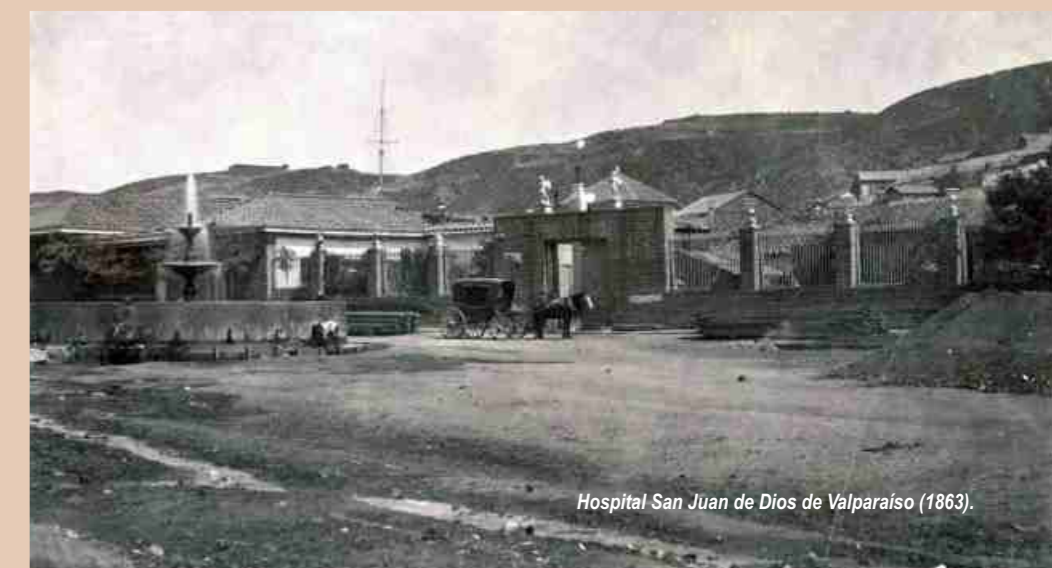
Durante esos primeros años después de la Independencia trabajaron en el Hospital San Juan de Dios los doctores Thomas Leighton, Stall –indudablemente se trata del doctor John Styles, escrito según su fonética–, José Antonio Torres, John Houston, Tomás Armstrong y Francisco Javier Villanueva.

Se debe considerar que el último de los médicos formados por la Universidad de San Felipe había recibido su título en el año 1800 y que los primeros estudiantes de Medicina del Instituto Nacional recibieron el título de la Universidad de Chile 1842. En consecuencia, durante esos largos años en que el país no contó prácticamente con médicos chilenos con estudios universitarios, Valparaíso siempre tuvo un conjunto de médicos de diversas nacionalidades llegados en variadas circunstancias.

P.M.E



Valparaíso en 1837.



Hospital San Juan de Dios de Valparaíso (1863).

Médicos Escritores

En esta oportunidad publicamos dos cuentos de sendos colegas de la región.

Dr. Sergio Fuentes

El Dr. Fuentes pertenece a la generación del '46. Se declara republicano y demócrata. Estudió en el Liceo de Viña del Mar y Medicina en la Universidad de Chile, sede Valparaíso. Su vocación por la Pediatría se cristalizó con una beca en la especialidad en la misma sede universitaria, con perfeccionamiento en Neonatología. En la actualidad se desempeña como Jefe de Neonatología en la Clínica Reñaca.

Entusiasta deportista, fue destacado jugador de básquetbol. Compite en triatlón, medio *Ironman* e *Ironman* completo, habiendo logrado el tercer lugar en Cozumel, México.

En literatura se inició como gran lector desde la infancia, “disfrutando a Corín Tellado y a Ray Bradbury”. Sus autores preferidos en la actualidad son dos novelistas mujeres, la ucraniana Irene Nemirosky y la húngara Agota Kristof, ambas escriben en idioma francés.

El primer cuento del Dr. Fuentes, “El final del Juego”, tiene la originalidad y audacia de los escritores del este de Europa. Su estilo irreverente sigue una estructura homogénea donde los matices se confunden con el realismo y la fantasía. El lector tiene la libertad de interpretar símbolos y pensamientos personales, descritos en primera persona. La ausencia de un tema central de desenlace imprevisto se suple con la motivación que despierta la descripción de un mundo individual oculto para los demás.

Dr. Ricardo Valenzuela

Tras titularse en la Universidad de Chile como médico-cirujano y ejercer la especialidad de Traumatología y Ortopedia, el Dr. Ricardo Valenzuela Stuart “no tiene claro cuál fue la razón ni el momento exacto en que decidió incursionar en las Medicinas Complementarias”. Piensa que pudo ser “el tedio de recetar una y otra vez los mismos medicamentos” o tal vez el “tomar conciencia que su quehacer médico se limitaba a encubrir la sintomatología de sus pacientes, centrando su atención en cómo la enfermedad se expresaba casi exclusivamente en lo físico”.

En los últimos cinco años ha practicado varias de las llamadas Medicinas Complementarias. De sus resultados tomó “la decisión de transferir estas experiencias clínicas a breves historias, tomadas de pacientes reales, que consultaron tanto en el Servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios de Los Andes, como en la consulta privada”.

Espera que cada una de estas historias constituya para sus colegas la posibilidad de descubrir “que lo que llamamos con tanta soberbia Medicina Occidental Moderna, constituye un sistema médico más en lo que ha sido la historia de la humanidad”.

Es indudable que el Dr. Valenzuela tiene destrezas literarias, que expresa en una narrativa fluida, liviana y entretenida, sin otras pretensiones.

Un desenlace imprevisto, constituye el elemento oportuno para un cuento bien logrado, basado en una historia real.

Dr. Eduardo Bastías G.

El final del juego

Dr. Sergio Fuentes P.

La condición fundamental del hombre es la acción, que va desde la tenue sonrisa de bienvenida hasta los actos más heroicos y temerarios. Este sentimiento me invadió al abrir los ojos que se iluminaron con la luz matinal que inundaba la pieza silenciosa.

Los recuerdos inquietos que pulularon en la noche se hicieron patentes, impidiendo todo acto voluntario. Imágenes, recuerdos, sensaciones, actos dignos y de los otros se entrecruzaron como en un baile de máscaras con un significado desconocido.

Fui abducido a mi infancia con mi primer recuerdo, de una tía que lúdicamente apretaba entre sus manos mis regordetas piernas; a mi juventud y aquí el sentimiento totalizante de escuchar por primera vez el *Rock around the Clock* con Bill Halley y sus Cometas en una pieza sencilla de una casa sencilla y de una familia sencilla.

Mi adulto joven buscando la realización personal y profesional, mi etapa adulta y la no tanto, llena de altibajos y meandros con tantos haberes y yerros de fuego y sudor. En ese mismo instante sentí un suave hormigueo en mi mano izquierda. Qué raro, pensé, porque me dormí y desperté abrazado a mi almohada derecha (la que no ronca ni protesta al ser apretada bruscamente); era como un suspiro que no aprende a exhalar y se queda en el pecho balbuceando temores y penas.

Poco a poco se fue extendiendo y ya no era hormigueo sino un movimiento lento, pero seguro, que tenía ya un destino conocido.

Mis neuronas en un estado de total excitación, fueron ubicando miles de imágenes que iban desfilando como en un calidoscopio, con una mezcla de sensaciones y emociones sin contención.

Incluso unas tibias lágrimas rodaron por los surcos de la vida. Bruscamente mi cerebro, cual lince iluminado, ubicó esa imagen especial, perenne y única, que me acompañaba desde antes de nacer, cuando las Moiras tejían mi devenir.

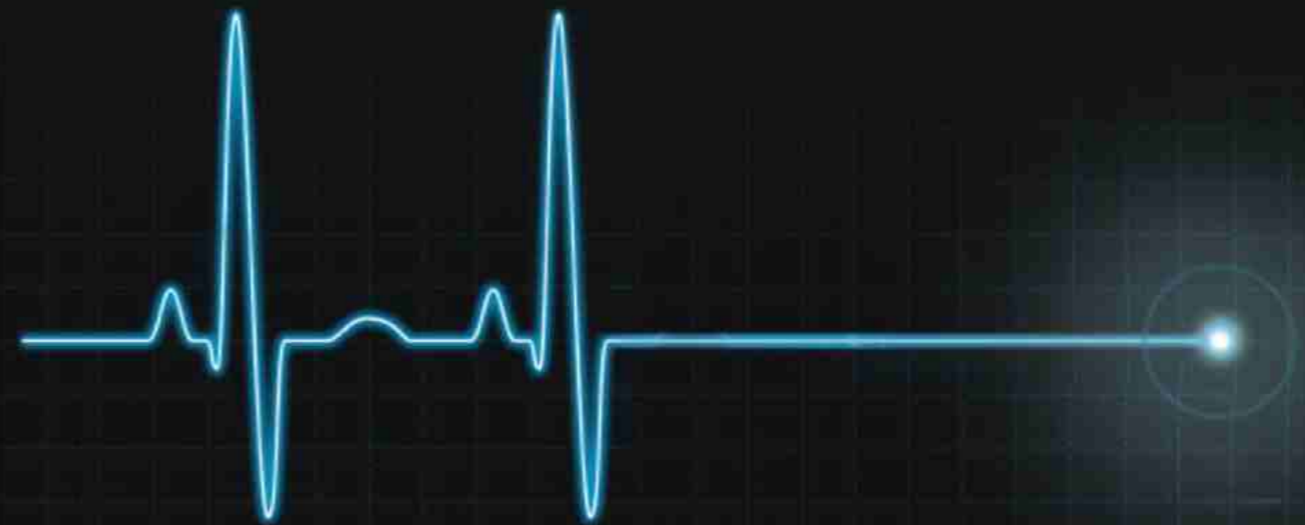
Brotó como los géiseres de El Tatio, al ser iluminados por esa bola de fuego que emerge detrás del macizo eterno: era mi recorrido por los pasillos del Hospital Barón, a los 28 años, para ser operado del Tendón de Aquiles, bajo los efectos de la Diosa Blanca de los adictos, la que me ubicó en el Limbo.

En ese momento, dos rostros se acercaron para darme ánimo. Uno era mi madre que me hizo sentir que era un niño y tal vez lo sería toda la vida. El otro era Ella, que con su azul profundo iluminaría mi camino de perfección, de un hombre primitivo y terrenal.

El destello de sus ojos con miles de iridiscentes azules coincidió con un brusco aceleramiento del movimiento que con su tarea ya finita, se convirtió en un dolor único que estalló en mi pecho, acompañado de un estertor, una midriasis eterna acompañó a unos ojos ya idos.

Una sensación de vacío fue llenando de azul la pieza solitaria y en un último movimiento, ya mecánico, los brazos se cruzaron en el pecho como queriendo aprisionar el último hálito de vida o tal vez para pedir perdón por los muertos de la felicidad.

El triste violoncelo de María Kruger tocando el concierto de Lalo desgranó sus notas nostálgicas y llenaron de soledad el azul profundo. El lastimero ladrido de un lejano perro, el suave vuelo de una mosca insomne y el *ring* sin respuesta del teléfono fueron la melodía que acompañó al plano *beep-beep* del adiós.



Ese molesto dolor

Dr. Ricardo Valenzuela S.

El efusivo y cariñoso ingreso de María, acompañada de su esposo, me conduce abruptamente a seis años atrás, en que me correspondió atenderla en el consultorio de traumatología del hospital, ocasión en que ella lo único que deseaba era que la operara a la brevedad posible, ya que el dolor en sus pies, conocido como “talalgia”, la venía torturando desde hacía dos años.

En aquella ocasión, a diferencia de ésta, su tono de voz me pareció un tanto agresivo, por lo que inicié con cautela una prolija anamnesis, indagando causas, fecha de inicio, circunstancias en las que comenzaron sus molestias, entre otros antecedentes, tras lo cual debí concluir, hidalgamente, que yo en las mismas condiciones estaría igual o tal vez más enojado que ella, ya que hasta la fecha había sido sometida a tres infiltraciones (inyecciones con corticoides), había tomado una infinidad de antiinflamatorios con los que había conseguido desarrollar una gastritis que la atormentaba día y noche, y por la que debía tomar en forma habitual medicamentos como el Omeprazol para aplacar los dolores de estómago.

¿Cuál era el origen de sus molestias? Espolones calcáneos.

Éste es el diagnóstico con que los médicos hemos rotulado a esta enfermedad que se caracteriza por dolores en la parte posterior e inferior de los pies, principalmente al iniciar la marcha, después de haber estado sentado el paciente algún momento, o en la mañana al levantarse y comenzar a caminar, y que tras algunos minutos de dolor va disminuyendo lenta y progresivamente, hasta que vuelve a descansar o a sentarse para iniciar nuevamente este ciclo de dolor y alivio. Este cuadro se caracteriza también por los malos resultados de los tratamientos, independiente de cuáles éstos sean.



En aquella ocasión, seis años atrás, estaba dando mis primeros pasos en las terapias complementarias al efectuar un posgrado en el que se estudiaban distintas materias que hasta ese momento ignoraba. Tras el *shock* de los primeros módulos, me retiraba de ellos absolutamente confundido, sin tener claro en ese momento para qué me podría servir el estudiar aquellas terapias. Incluso la terminología y los conceptos que se entregaban me eran absolutamente desconocidos y nunca mencionados en mi formación como médico en la universidad.

Tan sólo porque ese día tenía cerca, dentro del hospital, a quien en alguna forma me “empujó” a hacer este posgrado, el Dr. Carlos Schafer, anestesiólogo y practicante desde muchos años de terapias complementarias, me atreví a ofrecerle a María el efectuar una sesión de acupuntura en la modalidad de auriculoterapia, previa consulta y apoyo del mismo colega.

Como una cosa es la teoría y otra distinta es la práctica, antes del procedimiento volví a repasar cada uno de los pasos que debía dar; tras lo cual le pido a María que se recueste en la camilla, procediendo a colocar las agujas en los puntos indicados para este tipo de patología.

A los pocos minutos María presenta signos inequívocos de estar en un proceso de relajación progresiva, evidenciado por una disminución de la frecuencia del parpadeo, una respiración más superficial y la tendencia a cerrar los ojos aunque su febril mente trata de una u otra forma de evitar que esto ocurra.

Se me ocurre en ese momento efectuar también algunas sugerencias sobre su forma de respirar, por lo que le indico que junto con respirar hondo y profundo vaya relajando los pies, luego sus piernas y así sucesivamente, hasta que de pronto me encuentro, con gran sorpresa y espanto, efectuándole una perfecta inducción hipnótica, técnica que había aprendido en mi primer curso de posgrado hacía 30 años atrás, cuando recién recibido como médico-cirujano, me pareció interesante el efectuar esta capacitación sobre Hipnosis Clínica (estudios que nunca llevé a la práctica diaria, hasta ese día).

En forma mágica, como si estuviera ante un viejo baúl, comencé a sacar, metafóricamente, viejos archivos que me permitieron desempolvar esos conocimientos aprendidos hacía tanto tiempo.

Con un nivel de ansiedad absolutamente inadecuado para lo que se consideraría el actuar de un médico, terapeuta, hipnotizador o lo que fuere que en ese momento había realizado, María recupera el conocimiento y me dice con gran elocuencia y una sonrisa de oreja a oreja:

—¡Doctor, lo que usted hace es maravilloso!

En ese momento no me quedó del todo claro qué era lo maravilloso que yo había efectuado, por lo que procedo a indicarle -como una rutina un tanto automatizada- un antiinflamatorio tras el cual María se dispuso a retirarse.

Tratando de mantener mi compostura y con una fingida indiferencia le pregunto a María mientras ésta traspasa el umbral de la puerta:

—¿Y qué pasó con el dolor de sus pies?

—No está... desapareció... ¡adiós!

Tras seis años de ocurrido este episodio, María reaparece en mi consulta acompañada de su esposo, quien visiblemente molesto me relata que desde hace dos meses presenta dolores en ambos talones, motivo por el cual ha consultado a varios colegas, quienes en forma unánime han diagnosticado “talalgia bilateral”, por lo que le han indicado diversos antiinflamatorios. Éstos, de momento, lo único que le han provocado ha sido una incómoda y desagradable gastritis. Adicionalmente, ha recibido una dolorosa infiltración con corticoides sin conseguir alivio alguno.

María, manteniendo su característica sonrisa, exclama:

—Doctor, estoy regia. Ahora le traigo a mi esposo... ¡para que lo clave!

Médicos runners y el Maratón de Santiago

Dr. Luis Ignacio de la Torre Chamy

La práctica del *running* ha tenido un sostenido aumento en nuestro país y los médicos no hemos sido la excepción a este fenómeno, que ha ido modificando las ciudades tanto por quienes lo practican como por los diseños de vías exclusivas para deportistas.

Cada semana más de 50 colegas de la región recorren 5, 10, 15, 20 y hasta 42 kilómetros, con el anhelo de realizar actividad física, disfrutar de un hermoso paisaje, mejorar sus marcas y, en muchos casos, prepararse para competencias regionales, nacionales o internacionales.

Dentro de las competencias nacionales, la estrella es el Maratón de Santiago, que este año se desarrolló en su sexta versión, el 1 de abril, con una asistencia de 25.000 deportistas y más de 5.000 espectadores.

Fue impresionante ver desde la



madrugada, una multitud de atletas congregándose cerca de la Plaza de la Ciudadanía para dar inicio a esta prueba deportiva.

El metro abrió sus puertas a las 6 de la mañana, para recibir a los miles de participantes que llegaron desde distintas regiones y de diferentes comunas de la

capital, equipados con una llamativa polera anaranjada y sus números de identificación.

Entre los asistentes fue posible comprobar un importante número de galenos de nuestra región, muchos de los cuales obtuvieron resultados destacables.

Uno de ellos, fue el Dr. Alejandro Kotlik. “Del Hospital Eduardo Pereira, participamos con la Dra. Loreto Iglesias, anestésista. En lo personal, a pesar de haber obtenido un buen tiempo en la media maratón, éste pudo haber sido mejor. Afectó el calor de Santiago en esa fecha y hora, y la multitud de participantes que hacía difícil avanzar con buen ritmo.



El anestésista Carlos Muñoz (izquierda), junto a su hermano Rodrigo, viajando en metro, dirigiéndose al punto de partida.



La multitud de deportistas en las actividades de preparación antes de la partida.

Aun así fue una buena experiencia”, señala.

Mientras la mayoría de los participantes, cumplía los primeros 10 kilómetros de distancia, el grupo de los profesionales ya estaba cumpliendo con la media maratón, lo que permitió al ganador del certamen –un keniano– alcanzar los 42 kilómetros en 2 horas y 12 minutos con 52 segundos, y a la chilena Natalia Romero llegar a la meta 22 minutos después, sacando pasajes para representar a Chile en los Juegos Olímpicos de Londres.

La organización dispuso, como es de rigor es este tipo de eventos, frutas, bebidas hidratantes y agua de manera gratuita para todos los participantes,

además de la instalación de carpas para masajes y atención médica.

MÉDICOS RUNNERS

Este tipo de actividades nos llena de esperanza y nos permite creer que podemos cambiar la realidad de nuestro país y sus alarmantes cifras de sedentarismo, sobrepeso y obesidad.

Los resultados obtenidos en el Simce de Educación Física y en la Encuesta Nacional de Salud son pésimos. Es en este escenario adverso, que alentar la práctica deportiva tanto recreativa como competitiva es una necesidad imperiosa para avanzar como país y los médicos tenemos un rol preponderante en la sociedad, en especial con nuestros pacientes.

Más médicos estamos haciendo

ejercicio y muchos han optado por el *running* como alternativa para ello. Esto nos permite recomendar y prescribir la práctica regular y responsable de actividad física, ahora no solamente como parte de nuestras indicaciones protocolares, sino convencidos de su utilidad en beneficio de la salud.

Podemos organizarnos y desarrollar un grupo que pueda disfrutar de los beneficios del *running* con el apoyo del Colegio Médico, a través de su Departamento de Deportes. Para ello es necesario contactarnos, tal como lo hicieramos vía *mail*, durante el pasado mes de abril, en que recibimos muchas respuestas de médicos colegiados que quisieron compartir sus experiencias como *runners*. (Ver cuadro resumen)

Espero que este artículo sirva de incentivo para reunirnos en torno al Departamento de Deportes del Regional Valparaíso, y podamos de esta forma desarrollar nuevas actividades que nos estimulen a seguir practicando el *running*. Organizar corridas, disponer de entrenamientos, una carpa para entregar hidratación e información a quienes corren por nuestra ciudad, pueden ser las primeras iniciativas. ¿Quién se anima a dar el primer paso?

En la próxima edición de *Panorama Médico*, entregaremos las experiencias vividas por los 22 colegas de la región que asistieron a Antalya, Turquía, a participar de los Juegos Mundiales de la Medicina 2012.



Nombre	Distancia Promedio (km)				Maratón Santiago 2012
	5	10	21	42	
Carmen Gloria Ibáñez		•	•	•	•
Carlos Muñoz			•	•	•
Mario Barrera Aburto			•	•	•
Alejandro Kotlik			•		•
Loreto Iglesias			•		•
Alejandra Guillón		•	•		•
Constanza Couve		•	•		•
Rolando Márquez		•	•		•
Cristian Peña		•	•		•
Maria Beatriz Saldivia		•	•		•
Isabel Saldivia		•	•		•
Karina Michea	•				•
Shirley Monsalve	•				•
Álvaro Ríos			•		
Andrea David		•			
Víctor Mercado		•			
Francisco Pérez		•			
Carlos Gallardo Chávez		•			
Hector Cid		•			
Guillermo Mac Millan	•	•			
Perla Yunge	•				



La Dra. Karina Michea y la Dra. Shirley Monsalve tras finalizar los 10 kilómetros.



Santiago amanece cubierto de atletas.

Cuenta del 1º año de gestión

Al cumplirse un año de trabajo de la actual directiva, comunicamos a nuestros socios cuáles han sido algunos de los logros más importantes de este período.

Readecuación de la sede:

- Pavimentación de la zona exterior, que tradicionalmente se anegaba en temporada de lluvias dificultando el acceso.
- Soterramiento del tendido de cables telefónicos y construcción de rampa hacia el sector del auditorio.
- Instalación de postes de iluminación solar, con encendido automático en las horas en que se requiere.
- Se redistribuyeron los espacios interiores de la sede, se actualizó el sistema informático y se mejoró la conexión de banda ancha, ampliándose el área de cobertura Wi-Fi.

Arriendo con promesa de venta de las oficinas de calle Arlegui.

Inauguración del auditorio:

- Si bien se trata de una obra gestionada por la anterior directiva –gracias a intensas negociaciones desarrolladas por los entonces consejeros generales, Dr. Humberto Verdugo Berríos y Dr. Patricio Cancino Ahumada–, su inauguración se llevó a cabo en esta administración. Desde entonces, las instalaciones han sido utilizadas tanto para actividades de la Orden como arrendada para actividades de otras instituciones.

Reorganización administrativa:

- Se realizó una readecuación de funciones al interior del Regional, de modo que el resultado ha redundado en un uso más eficiente de los recursos.

Mayor dotación de abogados Falmed:

- Como resultado de una solicitud realizada por este Regional, la presidencia nacional de Falmed decidió aumentar de 2 a 4 los abogados para la oficina regional de la institución, y con ello también se consiguió el cambio de jefatura de la oficina local.

Recurso de protección por declaración de patrimonio:

- Se interpuso un recurso de protección en representación de 27 médicos del Hospital de San Felipe que estaban siendo obligados por la autoridad del establecimiento a efectuar una declaración de intereses y patrimonio. La Tercera Sala de la Corte de Apelaciones de Valparaíso acogió el recurso, con lo que los profesionales ya no están obligados a presentar la declaración.

Creación de nuevos departamentos:

- Departamento de Medio Ambiente, a cargo del Dr. David Lagos.
- Departamento de Deportes y Recreación, a cargo del Dr. Humberto Verdugo Marchese.
- Departamento de Ética, iniciativa del Dr. Fernando Novoa, cuyos integrantes están en proceso de selección.

Reuniones con la autoridad regional de Salud:

- Numerosas han sido las reuniones que ha sostenido esta directiva con el Secretario Regional Ministerial de Salud, Dr. Jaime Jamett, para tratar distintos temas que inquietaban a

nuestros socios. Entre estos temas, destacan las gestiones para detener la implementación del bono electrónico, la licencia médica electrónica, la apertura de nuevas oficinas Compin en el interior, la regularización de la venta de talonarios de licencias médicas y la contaminación ambiental en distintas comunas de la región.

Reinicio de anticipo de cuota mortuoria:

- Gracias al diligente trabajo del consejero general, Dr. David Lagos, se logró que el Fondo de Solidaridad Gremial reactivara el rescate anticipado de la cuota mortuoria, iniciativa orientada a médicos con enfermedad grave o en caso de precariedad económica.

Representación del Colegio Médico en el Parlamento:

- Como resultado de gestiones realizadas en reunión de la Mesa Directiva Nacional con parlamentarios médicos, efectuada en Viña del Mar el pasado enero, se logró abrir la posibilidad de participación permanente del Colegio en las Comisiones de Salud de ambas Cámaras para este período legislativo. Así, en representación del Colegio Médico, se designó al Dr. Humberto Verdugo Marchese y Dr. Ramón García para asistir a la Comisión de Salud de la Cámara, mientras que a la del Senado acudirán el Dr. Miguel Astudillo y Dr. Hugo Reyes, todos ellos consejeros de este Regional.

Representación regional en panel de expertos de Urgencias:

- La Dra. Gloria Fuentes, Jefa del Servicio de Urgencia del Hospital Carlos van Buren, integró el grupo de expertos en Urgencia que organizó el Colegio Médico, con el fin de recabar opiniones y servir de apoyo para el trabajo que desarrolla la Comisión de Urgencias de la Orden.

Representación del Regional Valparaíso en Comisión de Urgencias del Colegio Médico:

- Se logró que el consejero general por Valparaíso, Dr. Hugo Reyes, fuera invitado a participar en la Comisión de Urgencia del Colegio Médico. Producto de su gestión, autoridades de la División de Integración de Redes del Ministerio de Salud visitaron el Hospital Fricke y comprometieron recursos para implementación de camas de pacientes agudos, horas médicas para un residente médico, SAUD en funcionamiento permanente desde enero en horario diurno, entre otros.

Constitución de Asociaciones Gremiales y reagrupamiento:

- Se logró que médicos de distintas especialidades que no estaban agrupados, se organizaran en Asociaciones Gremiales. Ello, como consecuencia de dos amenazas contra la libre elección: por un lado, el documento “Asociaciones Gremiales y Libre Competencia”, que motivó la realización de un seminario –en conjunto con la AG de Cirujanos– para analizar sus alcances; y por otro, las repercusiones que el proyecto de ley conocido como Plan Garantizado de Salud (PGS) tendrá en la libre elección. Producto de ambos temas también se estimuló la fundación de la Federación de Asociaciones Gremiales de la región.



Consejo Regional Valparaíso
Colegio Médico de Chile A.G.



¿Escritor? ¿Viajero? ¿Deportista?

Comparta con los socios sus experiencias y creaciones.

PANORAMA MÉDICO

Envíenos sus artículos y fotos a:
panoramamedico@gmail.com