



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°91 / Septiembre 2012

Ley de derechos y deberes en relación a la atención de salud

**MEDIGAMES 2012
La experiencia turca de 32 chilenos**

¿Se puede volver al antiguo sistema de previsión?

El tira y afloja de las negociaciones con el Gobierno





COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

SORTEO Hyundai Tucson

Un vehículo Hyundai Tucson LM 2.0 GL 2WD es el premio que se sorteará entre quienes estén al día en sus cuotas del Colegio Médico y del Fondo de Solidaridad Gremial (FSG).

Pueden participar:

Los médicos colegiados que al 12 de noviembre de 2012, a las 14 hrs., estén al día en el pago de las cuotas del Colegio Médico y del FSG participan automáticamente.

Los médicos colegiados liberados del pago de cuotas, tanto para el Colegio, el FSG, o ambos. Los médicos liberados en uno de los estamentos deberán estar al día en las cuotas del otro.

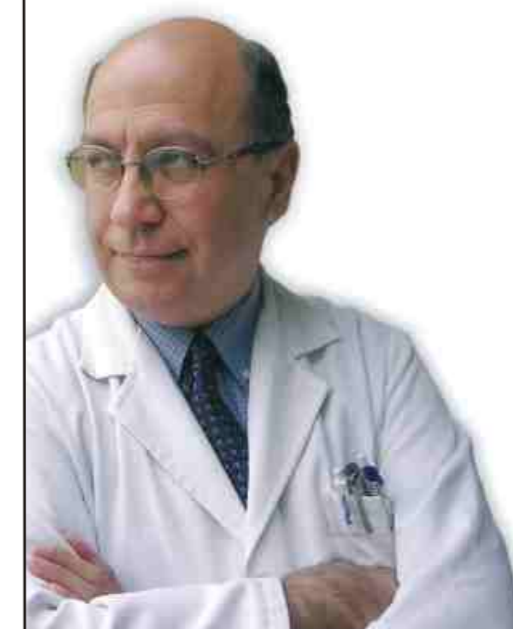
Sorteo: Jueves 15 de noviembre de 2012

Entrega del automóvil: Durante la celebración del Día del Médico 2012.



¡Póngase al día en sus cuotas y participe!

La Salud... tremendo problema



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

● No cabe duda que el rubro de la salud está pasando por un momento clave. Los hospitales públicos están literalmente desprovistos de los recursos más elementales y siguen funcionando por la inercia de décadas de actividad de los equipos que laboran en ellos, con un alto costo para su calidad de vida, especialmente su salud mental. Llama la atención el hecho de que el buen o mal funcionamiento de los centros hospitalarios se esté midiendo por las ya trilladas “metas sanitarias”, que se han transformado en la bandera que esgrimen sus directivos para ser felices en su cometido, sin importar la calidad humana de la atención en salud. El AUGE o GES ha puesto a estos centros en una crisis de funcionalidad que ha motivado revisiones hasta de la Contraloría para verificar el cumplimiento de las garantías, especialmente la de oportunidad de atención, lo que ha motivado duros enfrentamientos verbales entre el Ministro Mañalich y algunos parlamentarios debido a la tremenda disparidad de las cifras y del método para obtenerlas.

Por otro lado, las isapres junto a los centros médicos y clínicas creadas por ellas mismas siguen empoderándose del mundo de la salud privada sin ningún sistema de fiscalización eficaz que haga cumplir la ley e impida la verticalidad entre estas empresas. Esta situación, además de ilegal, influye y seguirá influyendo negativamente en el trabajo privado de los médicos, obligándolos a trabajar como empleados sin contratos ni beneficios y con

significativos cobros a expensas de sus honorarios médicos... ¡una vergüenza para nuestra profesión!

Otro tema que ha marcado la agenda noticiosa de salud –y que por ahora está en *stand by*– es el proyecto de ley que permite la venta de medicamentos que no necesitan receta médica en locales distintos a las farmacias, esto es: supermercados, minimarkets de barrio y hasta en kioscos de calle. Esta iniciativa no cuenta con el respaldo del Colegio Médico por lo peligrosa que puede resultar para la población. En una farmacia se compran efectivamente sin receta una serie de fármacos, pero de alguna manera está el ambiente y el contexto en el cual el paciente puede preguntar e informarse sobre la indicación de tomarlo, horarios y hasta las complicaciones posibles, lo cual no ocurrirá en los otros locales donde no habrá farmacéuticos ni dependientes de farmacia que orienten a la comunidad sobre el uso, las dosis y los peligros de la automedicación.

Ante este complejo escenario, ¿qué más tiene que pasar para que los médicos reaccionemos? Las directivas gremiales nos hemos encontrado con la más absoluta indiferencia de los colegas para reclutarlos en hacer respetar sus derechos y los de aquéllos a quienes juramos servir. Como Regional Valparaíso seguiremos luchando por cambiar este panorama lo antes posible.

En esta edición

Palabras del Presidente

**La Salud...
tremendo problema**
PAG.01

Editorial

**Combatir sin temor
a las heridas**
PAG.03

Gremial

**El tira y afloja
de las negociaciones
del Gobierno**
PAG.04

Gremial

**Regional Valparaíso
recibió al Senador
Francisco Chahuán**
PAG.07

Gremial

**Ley de derechos y
deberes de las personas
en relación a su atención
de salud**
PAG.08

Opinión

**Presunción de
inocencia y exposición
pública en reclamos
por atención médica**
PAG.10



Previsión

**¿Se puede volver
al antiguo sistema
de previsión?**
PAG.12

Actualidad

PAG.14

Tecnología

**¿Cómo elegir
un tablet?**
PAG.16

Ética

**Ética y tratamiento
de personas normales**
PAG.18

Semblanza

Dr. Hugo Poblete Badal
PAG.20

Médicos Viajeros

**De la magia a
la desolación**
PAG.22



Historia de la Medicina

**La formación de los médicos
que ejercían en la primera
mitad del siglo XIX**
PAG.24

Deportes

**MEDIGAMES 2012:
La experiencia turca
de 32 chilenos**
PAG.26



Médicos Escritores

**“Revivirá”
Dra. Alba Testart**
PAG.29

**“Heriberto”
Dra. Laura Caballero**
PAG.30

Breves / Obituario

PAG.32

editorial

Combatir sin temor a las heridas

Cada día comenzamos nuestra jornada con la esperanza de ayudar a nuestros pacientes, con un sinnúmero de desafíos que hacen de esta actividad una verdadera pasión. Al margen del servicio que el médico presta a las personas, no me canso de repetir que no hay profesión más entretenida y desafiante que ésta.

Sin embargo, a los desafíos cotidianos que conlleva el ejercicio de la medicina: ayudar al prójimo, solucionar el problema de salud de nuestro paciente o el diagnóstico certero, en el último tiempo se ha sumado uno nuevo y nada agradable para nuestro gremio: el desafío de “cuidarnos las espaldas”.

El actuar inescrupuloso, además de poco ético, de algunos actores de la sociedad ha llegado a enturbiar la relación médico-paciente. Hoy en día cada una de nuestras acciones se ve expuesta a cuestionamientos, demandas, difamaciones y otras acciones que atentan contra nosotros. Y en este escenario se hace cada vez más complicado atender a nuestros pacientes, con la preocupación adicional de analizar variables que van más allá de su condición de salud.

En esto, gran parte de la responsabilidad la tiene un sector de la prensa. Lamentablemente, vende más el morbo de ver a un médico involucrado en acciones que pueden cuestionarse, que viéndolo hacer el bien a otras personas; vende más cuando es un profesional bueno o exitoso el que es cuestionado, con o sin razón. Y en estos casos, los informadores inescrupulosos son los primeros en capitalizar la necesidad de morbo que tienen los consumidores de este tipo de periodismo, irresponsable y desprovisto de ética.

Pero esto no sólo nos pasa a los médicos. Lo hemos visto casi a diario en los medios, con sacerdotes, profesores y abogados, entre otros. La presunción de inocencia pasa a ser mera teoría cuando vemos noticias en las que se condena públicamente a personas que no han sido aún enjuiciadas. Lo más curioso es que cuando finalmente la justicia determina que alguien es inocente, la cobertura para informar de esto es mínima (sino nula). Nos falta mucho en materia de protección de la imagen de las personas; aún somos un país en pañales en estos temas.

En este escenario adverso en que nos toca desempeñarnos, el llamado es a no claudicar y seguir atendiendo a nuestros pacientes con el profesionalismo y la dedicación de siempre; seguir luchando por mejorar la salud de nuestro país y las condiciones en que realizamos la medicina. Finalmente, más allá de lo que algún inescrupuloso pretenda obtener, el verdadero juicio lo hacen esas miles de personas que hemos atendido con conocimiento, rectitud y cariño. Eso es lo que debe darnos ánimo para volver a comenzar cada mañana.



Dr. Humberto Verdugo Marchese
Director Panorama Médico

PANORAMA
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 22 – Número 91 – Septiembre 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. José Toro, Dr. Johan Álvarez, Dra. Alba Testart, Dra. Laura Caballero, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Dr. Eduardo Bastías, Dr. Ignacio de la Torre, Isabel Salas, 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.

El tira y afloja de las negociaciones con el Gobierno

La falta de voluntad de la Dirección de Presupuestos para entregar los fondos para hacer cumplir los acuerdos que ya se habían tomado con Fonasa y el Ministerio de Salud han entorpecido las gestiones.

● Todo lo positivo que avanzaban las negociaciones con el Ministerio de Salud (Minsal) y Fonasa se han visto entorpecidas en las últimas semanas por la escasa voluntad de la Dirección de Presupuesto (Dipres), dependiente de la cartera de Hacienda, para entregar los recursos necesarios para concretar algunos de los acuerdos alcanzados.

Cabe recordar que a fines de julio pasado se informó de un positivo avance en las negociaciones con el Minsal y Fonasa en relación a varios temas.

Según comentó en su oportunidad el consejero general por Valparaíso, Dr. Hugo Reyes –quien participó de varias reuniones en el marco de estas negociaciones–, son varios los temas en los que el Colegio Médico está tratando de avanzar, tanto con el Minsal como con Fonasa.

CODIFICACIÓN DE PRESTACIONES

Con el fin de revisar las prestaciones médicas que actualmente no tienen codificación en el actual listado de aranceles –y a su vez, sacar del listado aquellas que ya están obsoletas–, se conformó una mesa de trabajo entre Fonasa, Colegio Médico y Minsal.

Al cierre de esta edición se estaba a la espera de una nueva reunión para definir cuántas y cuáles prestaciones se integrarán al listado.

Cabe señalar que de acuerdo a un catastro del Colegio Médico, son más de mil las prestaciones que no están codificadas en Fonasa y 142 las que debieran incorporarse a la brevedad posible. Entre ellas figuran desde sillas de ruedas, lentes ópticos, zapatos

ortopédicos, exámenes de plomo en la sangre, hasta tratamientos para cáncer de próstata y mamario.

RECONOCIMIENTO DE ESPECIALIDADES POR FONASA

Otro de los temas que se está analizando dice relación con el reconocimiento automático de los médicos especialistas por parte de Fonasa, una vez que terminan su formación y son reconocidos por la Superintendencia respectiva.

“Actualmente se reconocen las especialidades luego de 12 años. Nosotros creemos que el especialista debe ser reconocido una vez que haya terminado su formación; es decir, en el minuto en que el especialista es reconocido por la Superintendencia, como especialista o subespecialista, automáticamente debiera ser reconocido por Fonasa y no esperar tantos años para este reconocimiento”, afirma el Dr. Reyes.

Esta situación fue analizada hace pocas semanas en reunión efectuada en dependencias del Minsal, con la presencia del presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris, el Senador Francisco Chahuán, integrante de la Comisión de Salud del Senado, y el Ministro de Salud, Jaime Mañalich. Al respecto es necesario señalar que la Resolución Exenta N° 277 (del 06 de mayo de 2011, del Ministerio de Salud y Fonasa) que establece normas para la aplicación de aranceles en la modalidad de Libre Elección, presenta una clara contradicción, dado que por un lado autoriza la inscripción como especialista una vez obtenida la inclusión en la Superintendencia de Salud y más adelante, además de lo



Reunión entre representantes del Colegio Médico, Ministerio de Salud y Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda (Gentileza Colegio Médico de Chile).

anterior solicita como requisito 12 años de haber recibido el título. Por lo anterior, esta situación se abordará legalmente.

REAJUSTE ARANCEL FONASA

Respecto del reajuste de los aranceles Fonasa, cuyo retraso cada año ha significado que al cabo de una década los médicos pierdan cerca de 22 meses de reajuste (Ver estudio preliminar publicado en la anterior edición de la revista *Panorama Médico*, Junio 2012), aparentemente la responsabilidad no sería de Fonasa sino del Ministerio de Hacienda, y es a esta cartera a la que hay que solicitar que el reajuste se concrete a partir del 1 de enero de cada año, tal como sucede con el reajuste de la administración pública. Para resolver este punto se está a la espera de agendar una nueva reunión entre el Colegio Médico, Fonasa y el Ministerio de Hacienda.

PORTABILIDAD DE CARGOS DE MÉDICOS LIBERADOS DE GUARDIA

Este beneficio va especialmente dirigido a aquellos médicos que ya no realizan turnos de noche y en días domingos y festivos. El objetivo es que

estos facultativos, por motivos personales, puedan trasladarse para seguir ejerciendo en otro Servicio de Salud si así lo desean. A petición del médico y con la aprobación de la autoridad pertinente para ello.

ESTÍMULO A LA CARRERA FUNCIONARIA

Otro de los acuerdos alcanzados con el Ministerio de Salud dice relación con el estímulo a la carrera funcionaria. Para continuar avanzando en este aspecto, la directiva del Colegio Médico y el subsecretario de Redes Asistenciales acudieron hasta el Ministerio de Hacienda, donde se planteó la necesidad de progresar en este estímulo a la carrera funcionaria, que tiene como objetivo favorecer a hombres mayores de 65 y mujeres mayores de 60 años, y que representa uno de los temas prioritarios para el Colegio Médico.

CARRERA PROFESIONAL FUNCIONARIA

Tras meses de negociación, la Orden también logró un acuerdo con el Ministerio de Salud en relación a incorporar a los jefes de servicios

clínicos y de unidades de apoyo a la carrera profesional funcionaria.

El traspaso de los cargos de jefes desde la planta de directivos a la planta de horas de la ley 19.664, con todos sus beneficios, tiene por objeto resolver la situación que hoy los afecta gravemente, dado que perciben una remuneración inferior a la de los médicos de los servicios bajo su cargo y que desempeñan tareas eminentemente clínicas. Estos profesionales serían reencasillados y tendrían una asignación por jefatura. Se estima que este acuerdo podría beneficiar a cerca de 600 médicos.

ASIGNACIÓN DE ESTÍMULO A ESPECIALISTAS EN CARGOS DE 28 HORAS

Respecto de la asignación de estímulo por competencias con cargos de 28 horas, el acuerdo es que se entregue a estos médicos especialistas un estímulo de 30% (sobre la suma del sueldo base más algunas asignaciones). Se estima que existen en el país 3 mil médicos que ejercen cargos de 28 horas. Esta asignación corresponde de igual forma a los

médicos liberados de guardias nocturnas y en días domingos y festivos, que tengan especialidades certificadas y reconocidas por la Superintendencia de Salud.

En relación al Artículo 44, en primera instancia se iba a otorgar un aumento de 30% de algunas asignaciones para quienes desempeñaran cargos de 28 horas en los hospitales públicos, pero solamente a quienes efectivamente lo estaban haciendo y no a los liberados de guardia, quienes quedaban fuera de este beneficio. La buena noticia en este ámbito –y que fue un planteamiento que realizó el Regional Valparaíso–, es que ya habría un acuerdo con el Ministerio de Salud para otorgar este beneficio también para los liberados de guardia. Ello, haciendo eco de lo que dice este artículo en orden a que los liberados conservarán los derechos que esas funciones les conferían, cualquiera fuera el cargo que actualmente desempeñen o pasen a desempeñar en el futuro.

ASIGNACIONES POR MEJORAMIENTOS DE PROCESOS

El acuerdo en relación a las asignaciones por mejoramientos de procesos a médicos con cargos de 28 horas es que se entregue a estos médicos un incentivo de 10% (sobre la suma del sueldo base más algunas asignaciones) por el cumplimiento de metas de gestión que permitan optimizar los resultados clínicos del recinto asistencial. Esta asignación correspondería también a médicos liberados de guardia que se desempeñan en la misma unidad o servicio en que ejercía funciones al momento de acceder al beneficio.

NEGOCIACIONES ENTRAMPADAS

Con la presencia del ministro de Salud, Dr. Jaime Mañalich y sus asesores Dr. Juan Cataldo, Rosendo Zenga y Pedro Contreras, se llevó a cabo una reunión en el Ministerio de Hacienda, en la que participaron integrantes de la Dirección de Presupuestos. Con ellos se acordó iniciar un trabajo conjunto entre las carteras de Hacienda y Salud y el Colegio Médico, con el fin de elaborar un proyecto de ley que haga realidad los beneficios antes mencionados. La idea es que una vez que la iniciativa sea finalmente aprobada por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, el texto se convierta en proyecto de ley para ingresar a trámite parlamentario.

Sin embargo, el pasado 31 de agosto el Consejo General del Colegio Médico de Chile decidió declararse en estado de alerta ante la falta de voluntad de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda para entregar los fondos necesarios para hacer cumplir los acuerdos que ya se habían tomado con la cartera de Salud.

Si bien en una primera instancia, ambos ministerios habían estado de acuerdo en entregar el presupuesto necesario para materializar los beneficios, en una nueva negociación la Dirección de Presupuestos modificó su oferta, lo que llevó al Consejo General a declararse en alerta y a considerar la evaluación de otras medidas, en caso que el acuerdo inicial no prosperara.

ÚLTIMAS GESTIONES

Para abordar el estímulo a la carrera funcionaria, los representantes de la



Orden se reunieron con el subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Luis Castillo, sus asesores Rosendo Zanga y Pedro Contreras; y el subdirector de Racionalización y Función Pública de la Dirección de Presupuestos, Hermann Von Gersdorff.

El encuentro sirvió para acercar posiciones con el Gobierno, con el objeto de conseguir una pronta respuesta que beneficie a los médicos que trabajan en el sistema de salud pública y que tienen 60 o más años de edad, en el caso de las mujeres, y 65 o más, en el de los hombres.

Pese al tira y afloja de la cartera de Hacienda en estas negociaciones, los representantes de la Orden no ceden y tienen confianza en que se obtendrán los mejores beneficios para los médicos que trabajan en el sistema público.

P.M.E



Regional Valparaíso recibió al Senador Francisco Chahuán

● La directiva del Colegio Médico Regional recibió al Senador Francisco Chahuán, quien integra la Comisión de Salud de la Cámara Alta, a quien invitaron para conocer su postura respecto de distintos temas del sector salud. A la sesión también asistió el presidente nacional del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris.

En la oportunidad, se analizaron algunos de los temas pendientes con Fonasa, tales como la homologación prestaciones de salud y exámenes sin cobertura. Respecto de esta materia, el Senador manifestó su intención de insistir ante el director de Fonasa para dar continuidad a lo acordado en el mes de julio, en orden a conformar una comisión de trabajo que evalúe las prestaciones no codificadas.

El parlamentario también se comprometió a interceder ante el Ministro de Hacienda para solicitar adelantar para enero de cada año el reajuste de bonos Fonasa.

Otro de los temas tratados en la reunión fue el proyecto de ley que restituye la tuición ética a los colegios profesionales. El Senador Chahuán sostuvo que participó de una reunión con el ministro Secretario General de la Presidencia, Cristian Larroulet por este tema, tal como también lo hiciera en su oportunidad el Colegio Médico (Ver recuadro). Si bien hay concordancia en que el tema está bien encaminado, se acordó seguir con insistiendo para conseguir el apoyo del Gobierno en esta materia.



Respecto del tema de los Servicios de Urgencia, el parlamentario por la Quinta Costa se comprometió a tratar el tema con el Ministro de Salud e insistir en la necesidad de contar con más camas de agudo en los hospitales.

Los consejeros regionales por Valparaíso expusieron acerca del estado actual de algunos establecimientos asistenciales de la zona, particularmente lo que acontece en el Hospital Carlos Van Buren que por carecer de un Servicio de Cirugía los pacientes operados deben ser trasladados al Hospital Eduardo Pereira. El Senador considera que la dificultad de implementar un Servicio de Cirugía en el hospital base porteño es el problema de logística que ocasionan los frecuentes

colapsos de la unidad de Urgencia del recinto, y estima que mientras esto no se resuelva es difícil contar con el Servicio de Cirugía.

Relacionado con lo anterior, el Senador mencionó que está trabajando en conjunto con la Universidad de Valparaíso para devolverle al puerto el Hospital Ferroviario, antes que el inmueble sea rematado; y espera que su recuperación e implementación como hospital de mediana complejidad pueda ayudar a la descongestión del Hospital Van Buren.

Finalmente, respecto del déficit de especialistas que afecta a todo el país, el parlamentario señaló que solicitó un estudio a la Biblioteca Nacional del Congreso y manifestó su intención de hacer llegar los resultados al Colegio Médico, con el fin de avanzar en este tema.

Al término de la sesión los presidentes del Colegio Médico y del Regional Valparaíso, Dr. Enrique Paris y Dr. Juan Eurolo, respectivamente, calificaron la instancia con el parlamentario como “inédita”, positiva y provechosa, sobre todo por el intercambio de información y puntos de vista respecto de los distintos temas de interés para el gremio.

Solicitan agilizar proyecto que hace efectiva la tuición ética

El Dr. Enrique Paris, junto a los presidentes de los colegios de Arquitectos, Abogados e Ingenieros y al senador Mariano Ruiz Esquide, miembro de la Comisión de Salud, se reunieron en La Moneda con el ministro Secretario General de la Presidencia, Cristian Larroulet, para solicitarle agilizar la tramitación de proyecto que hace efectiva la tuición ética.

Los presidentes de los colegios profesionales plantearon al ministro Larroulet la urgencia de aprobar esta normativa para así poder aplicar la reforma constitucional que permite el control ético de los profesionales. El proyecto ingresó a la Cámara de Diputados en julio de 2009 y se mantuvo con urgencia durante ese año, pero desde enero de 2010 se detuvo su tramitación.

El ministro se comprometió a conversar con el presidente de la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia de la Cámara de Diputados, instancia en que se encuentra estancado el proyecto, para agilizar su tramitación. Además, señaló que estudiará la posibilidad de aplicarle algún tipo de urgencia.

● La nueva Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, entrará en vigencia prontamente, por lo que cobra especial importancia abordar desde un punto de vista jurídico algunos de sus principales aspectos.

Esta norma incluye una serie de derechos que incidirán en el trabajo de los integrantes de los equipos de salud, quienes tendrán sobre sí el peso de nuevas obligaciones en algunos casos, o bien, obligaciones ya existentes reforzadas, con la novedad que desde ahora serán parte de un cuerpo de armónico y organizado.

PRINCIPALES DERECHOS DE LOS PACIENTES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Este nuevo catálogo se inicia con la enunciación de un primer grupo de derechos básicos que corresponden a normas generalmente aceptadas y de buena convivencia social que ya al día de hoy son respetados sin mayor discusión, como el **Derecho a la seguridad en la atención**, el **Derecho a recibir un trato digno y respetuoso** y el **Derecho a tener compañía o recibir asistencia espiritual**.

La novedad que contiene está dada, por una parte, por la estandarización del contenido de estos derechos que hasta hoy quedaba entregado a la voluntad de los prestadores de salud, y por otra parte, a la introducción de nuevos conceptos como, por ejemplo, la obligación de cumplir con protocolos de atención aprobados por el Ministerio de Salud (sobre calidad y seguridad) y la obligación de otorgar atenciones médicas con pertinencia cultural en establecimientos situados en zonas con alta concentración de población indígena.

Mención particular merecen las normas que regulan el **Derecho a la información**. No sólo se establece la obligación general de proporcionar toda la información acerca de la atención de salud que se está dando al paciente, sus alternativas, costos, condiciones previsionales, entre otras, sino que además se hace un especial énfasis en el consentimiento informado como elemento central de la relación médico-paciente, que le permitirá a este último ejercer libremente la autonomía de la

Ley de derechos y deberes de las personas en relación a su atención de salud

Isabel Salas
Abogada Jefe, Falmed Valparaíso



voluntad que la Ley 20.584 reconoce.

Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.



Concretamente, en su artículo 10 la norma señala el contenido mínimo del **Consentimiento Informado**, estableciendo la norma general sobre la información que puede exigir el paciente, con la finalidad de que pueda decidir libremente acerca de su tratamiento.

Asimismo, se establecen las obligaciones de entregar una epícrisis con contenido determinado y de entregar informes durante el tratamiento sobre éste, su duración y diagnóstico. Finalmente, se establece la obligación de otorgar certificados que acrediten el estado de salud y licencias médicas si corresponde.

Cabe preguntarse en qué forma se concretarán estos nuevos derechos –ya que la ley nada dice al respecto–, quién será el médico tratante obligado cuando se trate de

pacientes institucionales, en qué momento y condiciones deberán otorgarse los certificados, si existirán barreras administrativas, si se requerirá solicitar horas de atención, etc. En efecto, la nueva ley no se hace cargo en términos prácticos del aumento de carga laboral y de las dificultades prácticas que se presentarán para cumplir estas obligaciones.

Uno de los ejes centrales de esta ley se encuentra en el reconocimiento de la **Autonomía de las personas en su atención de salud**, regulado en el párrafo 6, artículo 14 y siguientes de la norma.

El principio general que se establece es que toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento, con ciertas limitaciones legales. Se refuerza la importancia del consentimiento informado como práctica y como documento indispensable en toda ficha clínica, al menos

Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.



cuando se trata de cualquier intervención, procedimiento invasivo, o todo aquel que conlleve riesgos conocidos. Lo destacable es que viene a modificar el contenido de los consentimientos informados documentales, estableciendo el estándar mínimo de información que es obligatorio entregar por escrito, dejando en desuso aquellos consentimientos genéricos que son de uso habitual.

La responsabilidad del tratamiento queda en manos del paciente que informadamente puede decidir recibirlo o no, aún contra las indicaciones expresas del médico. Junto con ello, la ley se ha hecho cargo de crear mecanismos que le permitan al equipo médico relacionarse adecuadamente con la voluntad del paciente a través de los Comités de Ética para los casos en que se dude de su competencia para tomar la decisión, e incluso le da la posibilidad en ciertas condiciones de renunciar a la tratancia de un paciente cuyas decisiones no son compartidas por el médico.

Existe una serie de normas adicionales contenidas en la Ley 20.584 que por su extensión no pueden ser contenidas en esta exposición. Por ejemplo, sobre el trato a los pacientes con discapacidad psíquica e intelectual, sobre el manejo de pacientes en estado de salud terminal, sobre derechos de los pacientes que participan en investigaciones científicas, entre otras.

Si bien en el ámbito de los **Deberes de los Pacientes** el catálogo es bastante pobre y no pasa de afirmar obligaciones que los pacientes por norma general hoy ya tienen, introduce un importante avance al reglamentar el derecho que tienen los establecimientos de requerir la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso a pacientes o parientes que se comporten violentamente con los integrantes del equipo sanitario y la posibilidad de dar un “alta disciplinaria” a pacientes que incurran en actos de maltrato o violencia.

DISCUSIÓN

Sin duda, la creación de un catálogo de principios o derechos/deberes que aborde la relación entre el paciente y los prestadores de salud es un hito de relevancia social y posiblemente un imperativo en una sociedad moderna e igualitaria que reconoce al paciente como

nunca antes en su autonomía frente al equipo sanitario y la institución que lo cobija. Sin embargo, no debe pasarse por alto el mecanismo escogido por el legislador para conseguir tal fin.

Cabe recordar que el proyecto de ley fue ingresado por primera vez a trámite en el Congreso el 12 de junio de 2001, como uno de los pilares fundamentales de la

Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.



Reforma a la Salud. De la lectura del Mensaje del Ejecutivo se pudo entender que el Estado, con la creación de este catálogo, se hacía cargo al menos en parte del deber preferente de los órganos del Estado de respetar y promover el derecho a la protección de la salud.

Declaraba el Ejecutivo que le parecía indispensable la consagración de estos derechos fundamentales de las personas, no sólo como forma de definirlos sino también como un medio para establecer estándares mínimos de calidad y promover el debido conocimiento de ellos entre los prestadores de salud.

Es indiscutible, por ejemplo, la categoría de derecho que tiene la prestación de atenciones de salud con oportunidad y sin discriminación, como establece a modo de principio general el artículo 2 de la Ley 20.584, como también es indiscutible que todo paciente tenga derecho a una atención de salud razonablemente segura y un trato digno y respetuoso. Lo que sí es controversial, es la forma en que el Estado pretende solucionar los problemas de fondo que han obligado a otorgar el carácter de obligación legal especial a principios básicos de derecho y a normas comunes de convivencia.

Que el legislador haya considerado necesario consagrar como derechos en esta ley aspectos tan básicos como los recién señalados, debiera significar que hasta hoy existe a su respecto insatisfacción en los usuarios del sistema. Debemos tomar por cierto entonces, que hay personas que no han recibido oportunamente las prestaciones de salud solicitadas, que no han sido suficientemente informadas sobre los costos de su atención, que se han sentido discriminadas, que se han sentido vulneradas en su dignidad o que se han sentido sujeto de trato poco respetuoso.

El sistema de salud del país naturalmente puede fallar en su operación por seres humanos como cualquier otro, sin embargo lo que llama la atención en este caso es que evidentemente existe un problema en el fondo del mismo que favorece esta insatisfacción y no se hace cargo de solucionar en lo concreto las condiciones materiales sobre las que se construye esta frustración, tanto de los pacientes como de los mismos prestadores que no cuentan con las condiciones mínimas necesarias para dar atención adecuada a los problemas de salud de la población.

El Estado, en cumplimiento de esta obligación de respetar y promover el derecho a la protección de la salud, ha decidido a través de esta Ley trasladar algunas de sus responsabilidades al prestador público y privado, estableciendo obligaciones adicionales y exigiendo estándares superiores a un equipo médico que, sobre todo en el ámbito público, muchas veces no puede cumplir dichas obligaciones.

Desde luego esta ley no pretende modificar el régimen jurídico general de responsabilidad, razón por la que la discusión en materia judicial no debiera verse afectada. Lo complejo es que la Ley sobre Derechos y Deberes de los Pacientes es portadora de un mensaje: que en muchos casos está en manos del médico generar el cambio para dar finalmente una atención de salud oportuna, adecuada, segura y digna, en circunstancias que las personas que forman parte de los equipos de salud son sólo los ejecutores en un sistema de salud sobrepasado.

A pesar de lo anterior, me parece necesario destacar que es posible enfrentar este nuevo escenario obteniendo el mayor beneficio para el

equipo de salud. Si bien existirán cargas de trabajo adicionales a las que ya son abundantes, la reglamentación pormenorizada de las prácticas más importantes en las atenciones de salud puede lograr disminuir los riesgos de judicialización a través del cumplimiento de protocolos y estándares mínimos, sobre todo en el ámbito de la información y del consentimiento informado, disminuyendo riesgos en la atención, tanto para los pacientes como para los médicos.



● Con no poca frecuencia es posible advertir en los medios de comunicación, en aquellos casos en que los resultados de alguna atención médica difiere de los esperados por el paciente, un tratamiento condenatorio anticipado y absoluto, con las características de un verdadero enjuiciamiento público, con exposición de nombres, rostros, versiones, etc.

En esta nota no nos haremos cargo de la dimensión legal del problema. En primer lugar por cuanto no cabe cuestionar el derecho de todas las personas de acudir a los Tribunales de Justicia para dirimir un conflicto que no ha podido resolverse por otra vía. En segundo término, en razón de que el ejercicio abusivo de un derecho, tal como el de amenazar con recurrir a la justicia y/o a la prensa si no se accede a un acuerdo o petición, actuaciones injuriosas o mal uso de los derechos asociados a la libertad de expresión, reconocen sanción expresa en nuestro ordenamiento jurídico y se encuentran a disposición de quien pudiere resultar afectado por tales acciones abusivas.

Lo que nos interesa comentar, en cambio, guarda relación con la perspectiva ética de las actuaciones de los diferentes involucrados en un episodio médico judicializado y mediatizado: médico, paciente,

Presunción de inocencia y exposición pública en reclamos por atención médica

Alfredo Silva

Abogado, secretario Tribunal Regional de Ética Médica

abogado y prensa.

Para ello, bien vale recordar la necesaria armonía que debe existir entre el legítimo derecho de las personas para reclamar la tutela judicial, con la Presunción de Inocencia en cuya virtud, por consagración legal toda persona es inocente y así debe ser tratada mientras no se declare en una sentencia judicial su culpabilidad. Como señala la doctrina, “el imputado llega al proceso libre de culpa y sólo por la sentencia podrá ser declarado culpable... pero la realidad nos muestra, al contrario, que existe una presunción de culpabilidad y que los procesados son tratados como

culpables... ya fueron ‘condenados’ en la denuncia o por los medios masivos de comunicación” (*Introducción al Derecho Procesal Penal*, Alberto Binder, pag. 129). Y sobre esta última afirmación conviene detenerse, puesto que pudiera resultar entendible que quien es o se siente víctima pueda buscar “condenar” con su sola denuncia a quien estima como culpable; sin embargo, esa misma conducta nos parece objetable en aquellos otros actores cuyas competencias, posición en la sociedad y normativa deontológica elevan el umbral de cuidado con el que deben acercarse o relacionarse con estos asuntos. En efecto, el Código de Ética del Colegio de

Periodistas establece como deberes e infracciones de dichos profesionales, entre otros, los siguientes: “La omisión, manipulación o el falseamiento de la información es una falta grave que atenta contra la esencia de la actividad de un periodista”; “La responsabilidad social del periodista requiere que actúe, bajo todas las circunstancias, en conformidad con el sentido de las normas éticas socialmente aceptadas y por las normas de su Código de Ética”; “En su quehacer profesional, el periodista se regirá por la veracidad como principio, entendida como una información responsable de los hechos”.

En el caso de los abogados, el Código de Ética del Colegio de Abogados de Chile establece lo siguiente: “Artículo 101. Relaciones con los medios de comunicación. Ante los medios de comunicación el abogado debe actuar con veracidad en sus aseveraciones, moderación en sus juicios y contar con el consentimiento informado o presunto de su cliente. Es contrario a la ética profesional servirse de los medios de comunicación para el elogio de sí mismo, aún a pretexto de colaborar con ellos o de defender los intereses de un cliente. Lo dispuesto en el inciso precedente se extiende a toda interacción del abogado con los medios de comunicación”.

Conforme a lo anterior, no se entiende cómo, por ejemplo, hace algunas semanas se le dio una difusión privilegiada (portada de periódico incluida) a la mera presentación de una querrela. Nos referimos a un hecho que afectó a la paciente de un gineco-obstetra, ocurrido en enero de este año y cuya querrela no se presentó en ese momento, sino recién en agosto pasado. Lo que la prensa cubrió con profusión fue la asistencia de la paciente al Tribunal a entregar un escrito en la ventanilla de éste. Entonces, la pregunta que cabe hacerse es ¿qué puede tener de noticioso un evento que se repite diariamente por centenas en el país (la presentación de escritos en los Tribunales)?; ¿qué motivación tiene el editor de un medio para solicitar la cobertura de este hecho de la manera en que se hizo? o, lo que es más sorprendente, ¿cómo se entera o es convocado el medio a cubrir un

“La omisión, manipulación o el falseamiento de la información es una falta grave que atenta contra la esencia de la actividad de un periodista”

evento que nada tiene de noticioso y que sin embargo se presenta como tal? Lo que pudiera buscarse en casos como el relatado, generalmente es la presión para la obtención de acuerdos o, derechamente, un castigo anticipado, una sanción social a quien, no obstante la presunción de inocencia de que goza, es presentado y tratado como culpable. Estos dos objetivos sin duda escapan a la definición de noticia que las reglas del periodismo fijan, así como a los objetivos del proceso judicial. Corresponde entonces que frente a este tipo de conductas aviesas se actúe con el criterio no sólo de cautelar los derechos del afectado, sino que además de una manera que permita, de verdad, colaborar con el funcionamiento regular de instituciones o entidades diseñadas también para fines colectivos (como la prensa y los Tribunales de Justicia).

P.M.E



● Cuando en 1980 se creó el actual sistema de capitalización individual de los trabajadores que reemplazó al antiguo sistema de las Cajas de Previsión, uno de los argumentos para convencer a la gente de abandonar voluntariamente el sistema antiguo era que las nuevas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) iban a otorgar pensiones cercanas al 75% de las últimas remuneraciones en la vida laboral de los trabajadores.

Sin embargo, para muchos el cambio no trajo buenos dividendos y se estima incluso que las jubilaciones que hoy se perciben son 3 ó 4 veces inferiores a las que otorgaba el antiguo sistema, por lo que hoy no son pocos quienes se arrepienten de haberse cambiado.

Pero no todo está perdido, pues pocos saben que aún existen algunas alternativas para volver al antiguo sistema previsional. Para conocer respecto de este tema, la directiva del Regional Valparaíso invitó a exponer a Sergio Navarrete Espinoza, asesor previsional autorizado por la Superintendencia de Pensiones y la Superintendencia de Valores y Seguros, ex agente del Instituto de Normalización Previsional (INP, hoy Instituto de Previsión Social, IPS), quien además de proporcionar orientación a imponentes y beneficiarios del antiguo y nuevo sistema, respecto de los beneficios y procedimientos para invocar jubilaciones, también orienta respecto de alternativas para mejorar pensiones y tramitar desafiliaciones de las AFP para volver al antiguo sistema previsional.

¿Se puede volver al antiguo sistema de previsión?

De acuerdo a lo expuesto por Sergio Navarrete, y según la legislación vigente (Ley 18.225), pueden desafiliarse de las AFP y volver a cotizar en el IPS (ex INP) las personas que:

- 1) No tienen derecho a Bono de Reconocimiento; es decir, aquellas personas que reúnan menos de 12 cotizaciones en el período noviembre de 1975 a octubre de 1980.
- 2) Tienen derecho a Bono de Reconocimiento, sólo con alternativa de cálculo 3, y además reúnan 60 cotizaciones anteriores al 1 de julio de 1979.
- 3) Todas aquellas personas inscritas en el ex Servicio de Seguro Social (SSS) y que no registran ninguna cotización.

Para hacer efectiva su desafiliación, las personas que se encuentren en una de las situaciones antes mencionadas deben presentar la solicitud ante la AFP correspondiente, adjuntando el máximo de

documentos que acrediten la causal respectiva.

Cabe advertir que una vez autorizada la desafiliación mediante Resolución emitida por la Superintendencia de Pensiones, las AFP deberán traspasar los fondos al IPS, a más tardar a fines del mes subsiguiente al mes de emisión de la resolución de la desafiliación. Posteriormente, el IPS comunicará la deuda que el imponente debe integrar por concepto de diferencia de cotizaciones. Es preciso señalar que la diferencia es compensada o amortizada con la rentabilidad obtenida por los fondos durante el tiempo que fueron administrados por la AFP, pudiendo incluso producirse en algunos casos un excedente a favor del imponente. De existir diferencia a pagar, ésta es notificada por el IPS y es posible obtener facilidades de pago hasta en 60 cuotas mensuales.

Cabe señalar que la emisión de Bono de Reconocimiento no amarra necesariamente con la AFP sino hasta hacerse efectivo –lo que sucede cuando la persona cumple la edad para jubilarse–; antes de esto sólo se considera como “emitido”.



Si bien las opciones no son muchas ni muy amplias, Navarrete señala que se ha logrado desafiliarse por la vía administrativa ante la Superintendencia de Pensiones por diferentes causales. “Hay casos especiales –señala–. Muchas afiliaciones pueden calificarse como improcedentes porque no cumplen con lo que exige la ley; incluso se han detectado casos de firmas falsificadas en la Solicitud de Incorporación. En aquella época no era infrecuente dado que las promotoras trabajaban a comisión”, explica.

Si no se está seguro de la autenticidad de la firma con que se autorizó el cambio de sistema, como primera medida se puede solicitar en la última AFP correspondiente una copia del certificado de afiliación. Si hay sospechas de que la firma fue falsificada se puede solicitar una revisión del caso, donde incluso habrá análisis con peritos caligráficos.

También hay que poner atención a los datos contenidos en el certificado de afiliación y verificar que todos estén correctos: dirección, cargas familiares, etc.

¿Se puede cambiar quien no cumple con nada de lo anterior? En su experiencia, Navarrete estima que “cada caso hay que analizarlo en forma particular y realizar un estudio para determinar si conviene desafiliarse o no”.

BONO POR HIJO

Es un beneficio que incrementa el monto de la pensión de la mujer a través del otorgamiento de un bono por cada hijo nacido vivo o adoptado. Se otorga a todas las mujeres que cumplan con los requisitos legales y se pensionen a contar del 1 de julio de 2009 por el sistema de pensiones solidarias o D.L. 3.500 o adquieran derecho a una pensión de sobrevivencia a contar de dicha fecha. El monto del beneficio es el equivalente al 10% de 18 ingresos mínimos mensuales vigentes en el mes de nacimiento del hijo.

Tienen derecho al bono por hijo nacido vivo:

- **Mujeres afiliadas a una AFP.** La bonificación se deposita en su cuenta de capitalización individual, incrementando el monto de su pensión.
- **Mujeres beneficiarias de Pensión Básica Solidaria (PBS) o Aporte Previsional Solidario (APS) de Vejez.** El Instituto de Previsión Social (IPS, ex INP) les calculará una pensión autofinanciada de referencia, considerando como su saldo la o las bonificaciones que por hijo nacido vivo les correspondan.
- **Mujeres que sin estar afiliada a un régimen previsional perciba una pensión de sobrevivencia y tengan derecho a APS.** Se calcula una pensión autofinanciada de referencia, considerando como su saldo las o las bonificaciones que por hijo nacido vivo les correspondan. El monto resultante se suma al aporte previsional solidario que le corresponda.

Para optar al beneficio se debe presentar una solicitud ante el IPS o AFP, según corresponda, a partir del 1 de julio de 2009, al cumplir los 65 años de edad, quien determinará si es elegible o no para acceder al beneficio.

Para acceder al bono se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener a lo menos 65 años de edad.
- Tener residencia en el territorio chileno por un lapso de 20 años, continuos o discontinuos, contados desde los 20 años de edad de la peticionaria; y además, haber residido en Chile al menos 4 años de los últimos 5 años anteriores a la solicitud.
- Que la mujer se pensione a contar del 1 de julio de 2009.

PARA QUIENES YA NO HAY VUELTA ATRÁS

Para quienes definitivamente el cambio al antiguo sistema ya no es posible, Navarrete entrega dos recomendaciones.

Por un lado, pensionarse bajo la modalidad de Renta Vitalicia, que obliga a pagar al trabajador una renta mensual fija de por vida expresado su valor en U.F. “En cambio, en el Retiro Programado la pensión va descendiendo año a año hasta agotarse el fondo. Y cuando se agota existe la posibilidad de acogerse a una Pensión de Garantía Estatal cuyo monto es igual a una pensión mínima, que hoy son cerca de \$106.000”.

Y por otro lado, que cualquier dinero extra de que disponga el afiliado, en vez de destinarlo a una cuenta de Ahorro Previsional Voluntario (APV), se invierta en Fondos Mutuos o en la compra de propiedades, que a la larga serán más rentables.

MÁS INFORMACIÓN

Los interesados en obtener más información, o bien solicitar que su caso sea analizado, pueden contactar a Sergio Navarrete Espinoza al teléfono 32-2219957.

Cabe señalar que el costo por realizar el trámite (honorarios del profesional) está limitado por el marco legal que establece un máximo de 2% del capital acumulado del afiliado, con un tope de 60 UF.

Dr. Guillermo Pardo asume como presidente de la AG de Cirujanos

El cirujano pediatra y actual jefe de la Posta Infantil del Hospital Van Buren, Dr. Guillermo Pardo, fue recientemente elegido como presidente de la Asociación Gremial de Cirujanos de la Región de Valparaíso, instancia que reúne a más del 95 por ciento de los cirujanos de la zona.

El cambio en la directiva de la AG se produce luego de la inesperada renuncia del Dr. Jorge D'Albora, quien por razones personales decidió dejar el cargo, aunque seguirá participando en calidad de *past-president*.

Cabe mencionar que el Dr. Guillermo Pardo es médico cirujano de la Universidad de Chile, sede Valparaíso, y realizó su beca de Cirugía Pediátrica en los hospitales Dr. Enrique Deformes y Carlos van Buren.

Entre los años 1991 y 1994 asumió la subdirección médica del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, para luego volver al Hospital Van Buren, esta vez como jefe de la Unidad de Emergencia Infantil. Fue director del mismo establecimiento entre los años 2008 y 2010, para luego volver a la jefatura de la Posta Infantil, cargo que actualmente desempeña.

El año 1987 fue presidente del Colegio Médico Regional, también ha sido electo consejero regional en varios períodos, y desde el año 2004 es miembro titular del Tribunal de Ética Regional del Colegio Médico. En el año 2003 fue presidente de la AG de Cirujanos, por lo que ésta es la segunda oportunidad en que le corresponde hacerse cargo de los destinos de la institución.



Exitoso curso de Ética clínica en Valparaíso

“Situaciones con Implicancias Éticas en Clínica” se denominó el curso organizado por el Consejo Regional Valparaíso, el Departamento de Ética del Colegio Médico y la Escuela de Medicina de la Universidad Valparaíso.

De acuerdo a lo señalado por el Dr. Fernando Novoa, integrante del Tribunal Regional de Ética, la actividad tenía por objeto revisar el tema de la ética en clínica con énfasis en los aspectos humanistas de la formación de los profesionales.

“Creemos que es necesario incorporar los aspectos humanistas en el trabajo actual de la medicina. Los pacientes ven a los médicos muy bien preparados, muy expertos en los temas, pero ha ocurrido que el médico en la medida en que ha aumentado la capacidad tecnológica ha ido dejando de lado el aspecto humano. El médico, además de estar bien preparado en lo técnico también debe considerar al paciente en su integridad”, sostuvo el Dr. Novoa.

Algunos de los temas tratados fueron: Relación médico-paciente y secreto profesional y Conflicto de intereses en clínica, presentados por el Dr. Rodrigo Salinas; Método de la ética clínica y Limitación en el esfuerzo terapéutico, expuestos por el Dr. Lionel Bernier; Investigación en seres humanos, presentado por el Dr. Fernando Novoa; y Muerte cerebral y trasplante de órganos y Ética en la relación con familiares y toma de decisiones en pacientes no competentes, a cargo del Dr. Marcelo Muñoz.



La actividad se llevó a cabo en el auditorio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, y estuvo dirigida a residentes de la Escuela de Medicina de la casa de estudios porteña –para quienes hubo una prueba al final del curso– y también para médicos de la región que se desempeñan en el área clínica.

Quillota

Dr. Tchernitchin dictó charla sobre transgénicos

La actividad constituye la primera que organiza el Departamento de Medio Ambiente del Regional Valparaíso que encabeza el consejero general, Dr. David Lagos.



Hasta el auditorio municipal de Quillota llegó el destacado médico y experto en toxicología ambiental, Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov, para dictar la charla “Alimentos transgénicos y uso de plaguicidas en la agricultura”.

En su exposición, el Dr. Tchernitchin destacó que los alimentos transgénicos no sólo pueden dejar secuelas en la salud humana, sino también en nuestra biodiversidad, a través de la contaminación de especies nativas o convencionales, y también efectos en nuestra economía, por la pérdida de posibles mercados reticentes a la importación de estos productos, entre otros.

“El peligro mayor es la contaminación de especies no transgénicas, afectando la biodiversidad al reemplazar especies

nativas, transformándolas en especies distintas, con otras propiedades. Como humanidad estaríamos perdiendo muchas especies que nos pueden ser favorables, por ejemplo para el desarrollo de nuevos fármacos”, indicó. En ese sentido, Tchernitchin explicó que más del 80% de los fármacos existentes hoy en el mundo han sido encontrados en especies vegetales presentes en la naturaleza, de ahí la importancia de preservar la biodiversidad.

El académico también hizo especial referencia a la necesidad de contar con un etiquetado que permita a los consumidores identificar los productos transgénicos existentes en el mercado, especificando además los genes que le hayan sido incorporados, con el objeto de evitar reacciones alérgicas por desconocimiento

de todos los componentes del producto.

En relación al uso de plaguicidas, el Dr. Andrei Tchernitchin sostuvo que los efectos en salud de los contaminantes ambientales pueden ocurrir en forma inmediata o temprana (hasta algunos días después de la exposición), pueden ser acumulativos o presentarse en forma diferida en el tiempo, meses o años. Los efectos diferidos más serios son el desarrollo de cáncer, malformaciones fetales y el *imprinting*, efecto diferido causado por exposición perinatal a diversas sustancias químicas, y que puede presentarse en generaciones posteriores a la exposición.

Cabe señalar que la actividad, organizada por el Departamento de Medio Ambiente del Regional de Valparaíso y el Club Cultural Atlantes de Quillota, tuvo una alta convocatoria. A ella asistieron técnicos y profesionales de diversas disciplinas ligadas al agro y la medicina, funcionarios municipales y público en general, lo que revela la preocupación por el tema en la comuna.

P.M.E



Inquietud por compra de Centromed por parte de Vida Integra

Con preocupación ve el Consejo Regional Valparaíso la compra de más de la mitad de Centromed, uno de los centros médicos más grandes de la región, por parte del grupo Vida Integra, de propiedad de Banmédica.

Para conocer de primera fuente la situación por la que atraviesan los profesionales médicos que allí se desempeñan, el Regional Valparaíso invitó al Dr. Armando Cruzat, uno de los directores de Centromed S.A.

En su exposición, el Dr. Cruzat confirmó que un grupo de socios de Centromed, médicos mayores que se encontraban próximos a abandonar el ejercicio de la medicina, buscaron alternativas para vender su participación. Así, a través de una empresa externa dedicada a las negociaciones, se barajaron diversas alternativas, tales como Clínica Reñaca, Inversiones Norte Sur y Vida Integra S.A., siendo esta última la que finalmente adquirió la participación de los médicos dispuestos a venderla.

El facultativo también explicó que el modelo que usa Vida Integra es cobrar una parte de lo que el médico percibe por cada atención, lo que se aplicará sólo a los médicos nuevos que ingresen a Centromed como prestadores. A quienes ya estaban al momento de la compra se les respetarán las condiciones originalmente pactadas.

Finalmente, el Dr. Cruzat dijo ver con preocupación que empresas que no sean de propiedad de médicos se incorporen a la prestación de salud en la región, inquietud que es compartida por el Regional Valparaíso.

Cabe señalar que pese a que el marco regulatorio actual hace incompatible la propiedad de isapres con la propiedad de clínicas y laboratorios (Ley 18.933, artículo 22), esta situación es posible mediante empresas de papel y propiedades indirectas. Al respecto, el Colegio Médico Regional analiza acciones tendientes a exigir el cumplimiento de la ley.

¿Cómo elegir un *tablet*?



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



● ¿Quién hubiera pensado hace algunos años, que podríamos leer un libro, enviar un *mail*, chatear, sacar y revisar fotos con un dispositivo electrónico de 7 pulgadas? Probablemente habría sido uno de tantos objetos que veríamos en un *film* de James Bond. Sin embargo, la tecnología *touch*, los microprocesadores más rápidos y eficientes, las memorias *flash* y las baterías de mayor energía han permitido desarrollar los *tablets* y su uso se ha masificado a tal punto que sus usuarios han llegado a reemplazar sus computadores de escritorio.

En esta cápsula de tecnología hemos decidido revisar distintos aspectos de los *tablets*, con lo cual esperamos poder ayudarlos en su elección y para que puedan obtener su mayor rendimiento. Las siguientes son las preguntas básicas que debemos responder: ¿qué sistema operativo deben tener?, ¿conexión Wifi con 3G o solo Wifi?, ¿cuál es el tamaño de pantalla ideal?, ¿qué programas?, ¿cuál *tablet* elegir?

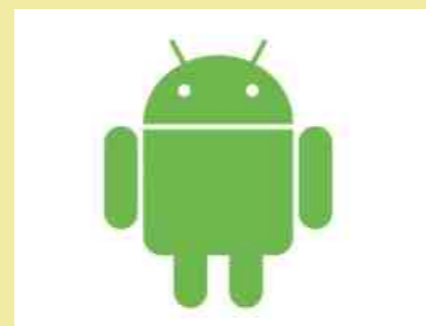
SISTEMA OPERATIVO

En el mercado podemos encontrar dos actores principales para *tablets*, el iOS (iPad) y Android (Samsung, Sony, Acer, Asus, Lenovo y varias marcas chinas, entre otras). Por su parte, BlackBerry OS se encuentra casi extinta y Windows 8 aún no ha sido lanzado en

el comercio, aunque ya se conoce la excelente propuesta del Microsoft Surface (la nueva *tablet* de Microsoft).



iOS: Es el corazón de los iPad. Cuenta con un diseño espectacular, pero con algunas limitaciones para personalizarlo. A diferencia de Android, en iOS somos nosotros quienes debemos ajustarnos a este sistema. Una de sus principales ventajas es la facilidad de integración con otros dispositivos de Apple (Macbook, iPhone, etc.) y su uso intuitivo. Está desarrollado para que un usuario básico pueda utilizarlo sin grandes problemas (compartir internet, *air play*, sincronizar con la nube, etc.).



Android: Este sistema operativo creado por Google y basado en Linux (el sistema operativo de código abierto más importante del mundo), es muy fácil de utilizar, extremadamente intuitivo y versátil. No obstante, sobre determinados dispositivos puede correr de forma algo lenta y confusa debido a la falta de estandarización que sí encontramos en los dispositivos de



Integración Android

Apple. Cada empresa toma un sistema operativo Android y al ser de código abierto lo personaliza para sus propios *tablets*, lo que trae como resultado que a pesar de ser un mismo sistema operativo, se ve y se siente distinto en las diferentes marcas presentes en el mercado.

WIFI CON 3G O SOLO WIFI

Creo que este punto es de los más fáciles de contestar. Hoy en día un gran porcentaje de los usuarios de *tablets* tiene *smartphones*, los que en su mayoría tienen un plan de datos asociados (3G, próximamente 4G) lo que –a mi juicio– hace totalmente innecesario comprar un *tablet* 3G, debido principalmente a la capacidad de tener casi todos los *smartphones* de compartir internet (convirtiéndolo en un *router*) a velocidades óptimas.

Un buen ejercicio es valorizar el plan anual de datos para *tablet*, lo más seguro es que al final del primer año se haya gastado un *tablet* nuevo con el costo del plan 3G, que sería gratuito si compartiéramos internet desde otros dispositivos.

TAMAÑO DE PANTALLA

Existen diversos modelos de pantallas: 5, 7, 8, 10 y 10.1 pulgadas. Escoger el tamaño es cuestión personal. Mientras unos se pueden conformar con la pantalla de 7 pulgadas otros optan por las de 10 pulgadas. Quien desee ver y compartir imágenes o videos, probablemente querrá tener uno de mayor tamaño.

En este punto, Android llena todas las categorías y Apple está en deuda dado que sólo tiene un iPad de 10 pulgadas (se rumorea que durante este año lanzarán el iPad mini de 7 pulgadas, que viene a satisfacer a los usuarios que prefieren mayor portabilidad).

PROGRAMAS

No existe un factor determinante que permita privilegiar un sistema operativo a partir de sus programas. Ambas plataformas cuentan con un número infinito de aplicaciones disponibles para casi todo lo que se nos ocurra. Y si bien Apple lleva ventaja, Android Market ha dado pasos gigantes y está actualmente muy cerca del líder.

Para ambos sistemas existen aplicaciones

gratuitas y pagadas. En muchos casos existe una misma aplicación para ambos sistemas operativos.

¿CUÁL TABLET ELEGIR?

Con la información revisada anteriormente tenemos cubiertos los principales aspectos necesarios para elegir correctamente. Uno de los factores importantes es conocer qué *tablets* usan sus colegas, amistades o parientes, ya que una de las formas más comunes de aprender a utilizar estas herramientas tecnológicas es mediante los tutoriales que nos entregan.

Para los *apple lover* sin duda el iPad es su dispositivo. Actualmente se puede elegir entre un iPad 2 y el New iPad, cuyas mejoras no son tan significativas por lo que si se encuentra una buena oferta de iPad 2 sin duda ésa sería mi elección.

Para quienes gustan de la libertad de Android, la pelea está entre los Galaxy de Samsung y el potente Asus Transformer.

En todo caso, cualquiera sea la elección, recomiendo visitar foros en internet para aprovecharlo al máximo, sacando partido a cada aplicación y actualización disponible. Además de leer libros, enviar *mails*, visitar páginas *web*, tomar, editar y visualizar fotografías, también podrán hacer recetas, firmarlas e imprimirlas vía Wifi, editar planillas de cálculo, presentaciones de PowerPoint y documentos de Word, los cuales podrán enviar vía *mail* o proyectarlos con un *data show*, toda una ventaja para quienes se animen a utilizar las *tablets*.

Si están interesados en obtener más información o compartir experiencias tecnológicas aplicadas a la salud, pueden escribir a: cristian.morales@usm.cl.

Integración iOS



Ética y tratamiento de personas normales

Dr. Fernando Novoa S.

● Cada vez con mayor frecuencia personas normales –que por lo tanto no califican para ser diagnosticadas como portadoras de alguna enfermedad– solicitan a sus médicos tratamientos con fármacos o intervenciones quirúrgicas para modificar diferentes aspectos, ya sea físicos o mentales, que consideran que en ellos constituyen deficiencias.

Un clínico no tiene obligación de proporcionar un tratamiento que no esté médicamente indicado. La indicación médica a su vez, depende de la identificación de un trastorno, y además en la existencia de un tratamiento suficientemente seguro y eficaz, comparando los riesgos que este tratamiento podría entrañar en relación a la magnitud del beneficio esperado.

Por estos motivos, las situaciones

descritas tienen importantes implicancias éticas. Tanto las intervenciones quirúrgicas como el uso –a veces en forma crónica– de fármacos que son consumidos por personas probablemente sanas, destinados a incrementar sus capacidades, pueden tener importantes consecuencias negativas para su salud. Por lo tanto, en estos escenarios, el principio de primer orden de no provocar daño podría no estar siendo debidamente respetado.

¿Basta que una persona no se sienta conforme con su aspecto físico o con su rendimiento intelectual para considerar que es portadora de una enfermedad? ¿Es aceptable acceder a lo que las personas solicitan, sólo por el hecho de ser algo solicitado por ellas, aunque el médico las considere dentro de los límites de la normalidad? ¿La acción efectuada por el médico en estas circunstancias, puede ser

considerada como una acción que está dentro del ámbito de la medicina? ¿Es moralmente aceptable que algunos estudiantes que pueden adquirir fármacos de alto costo, que incrementan las capacidades cognitivas, tengan el mismo nivel de exigencias que aquéllos que no pueden adquirirlos? Si las personas pueden desarrollar sus habilidades naturales en base a un entrenamiento y el estudiante puede mejorar resultados académicos con la ayuda de un tutor, ¿por qué no poder recurrir a la ayuda farmacológica para obtener lo mismo, cuando es segura y efectiva?

Éstas y otras interrogantes requieren de una reflexión y análisis en los momentos actuales.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La “medicina cosmética” destinada a mejorar lo que es normal es una realidad que ya está claramente presente entre



nosotros. Un estudio encontró que el 7% de 10 mil estudiantes de universidades estadounidenses utilizan medicamentos recetados para incrementar sus capacidades cognitivas. Esta cifra se eleva a un 25% en campus universitarios extremadamente competitivos. En nuestro medio, el Modafilino entre los residentes que tienen que continuar desarrollando sus labores después de un turno de noche, o en general en aquéllos que no están dispuestos a “perder el tiempo en dormir”, es bastamente utilizado. Se calcula que el 90% de las recetas de Modafilino son para un uso diferente al de personas que realmente tienen sueño excesivo. También el Ritalín, para aquellos estudiantes secundarios que desean un alto puntaje en la PSU, y que sin tener un déficit atencional lo utilizan con gran frecuencia para incrementar habilidades cognitivas.

Además de las dificultades concretas que existen para decidir sobre el uso de fármacos en estas situaciones, hay que considerar la influencia potente que tiene el marketing de algunos sectores y que es muy poderoso para inclinar la balanza en una determinada dirección.

Por lo tanto, sin lugar a dudas, éste es un fenómeno de tendencia creciente y que dada su magnitud debe ser considerado actualmente dentro del ámbito de la salud pública.

DIFERENCIAR LO NORMAL DE LO QUE ES ENFERMEDAD Y CONFLICTOS DE INTERÉS

Considerando las infinitas maneras que tiene el ser humano de sentir, de comportarse y de ser, a veces resulta muy difícil diferenciar lo que es estar sano del estar enfermo, y en este último caso por lo tanto, requerir efectivamente de un tratamiento para recuperar la salud. Para

resolver estas situaciones se han desarrollado pautas de diagnóstico para los médicos e instituciones de salud, siendo la más conocida el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). En mayo del próximo año se publicará el DSM-5. Su predecesor, el DSM-4, ha sido utilizado a nivel mundial para la investigación, y es empleado como guía por las empresas de productos farmacéuticos para elaborar medicamentos destinados a tratar las enfermedades allí consignadas. Una petición para criticar la nueva edición de este manual –el DSM-5– ha atraído la firma de 11 mil psicólogos en Estados Unidos por lo que ellos consideran un exceso de medicalización del “comportamiento normal”. El DSM-5, que se publicará próximamente, define la timidez en los niños y la incertidumbre sobre el género como trastornos mentales. La soledad puede ser diagnosticada como trastorno depresivo crónico, así como la infelicidad después del duelo. Como resultado de esto, las instituciones de salud deben poner a la disposición de estos “enfermos” los tratamientos respectivos y que habitualmente consisten en los fármacos que la industria fabrica.

También hay que tomar en cuenta que de acuerdo a las recomendaciones para el ejercicio de la medicina del siglo XXI, resulta importante tratar el sufrimiento, que ha sido poco considerado dentro del manejo terapéutico en el pasado. De acuerdo a esta nueva indicación, para decidir el médico debe tomar muy en cuenta los sentimientos que experimentan las personas.

¿SON ÉTICAMENTE ACEPTABLES ESTAS INDICACIONES?

Creo que para algunas de ellas, la respuesta es claramente afirmativa. La autopercepción de la carencia de

funciones necesarias para cumplir una tarea determinada puede generar un malestar de intensidad suficiente para impulsar la petición para recibir un tratamiento médico. Y ésta debe ser tomada en serio. Aunque no haya claramente una enfermedad causal, de todas maneras la obligación del médico es hacer todo lo posible para aliviar el sufrimiento que experimenta la persona. Cuando la función se percibe deficitaria en la ausencia de abierta enfermedad subyacente, la angustia consiguiente en sí puede convertirse en el trastorno. Los antidepresivos o ansiolíticos podrían ser apropiados en algunos de estos casos. Si es admisible, o incluso una práctica estándar, el recetar antidepresivos para el sufrimiento intenso provocado por la pérdida de función debido a una enfermedad diagnosticable, no es menos admisible que basado en el principio ético de autonomía, las personas deben tener la posibilidad de elegir lo que ponen en sus propios cuerpos, después de haber comprendido muy claramente las posibles consecuencias de esta acción y que la acción misma parezca razonable para el médico, considerando los motivos que da su paciente.

Hoy en día, un cierto incremento de funciones cognitivas parece ser aceptable aún en ausencia de enfermedad, como es demostrado por el uso generalizado de bebidas con cafeína, o el uso de betabloqueadores para el miedo escénico.

Resulta imperioso que los ensayos clínicos controlados y la Clase I de evidencia (que demuestren la seguridad y la eficacia de medicamentos para una indicación dada, así como los efectos de los de uso crónico) deben ser utilizados para informar a los pacientes de las opciones de tratamiento que los médicos les ofrecen.

Además, los propios médicos deben actuar con gran prudencia debido a que actualmente, hay una escasez de datos relativos a la seguridad y eficacia de los medicamentos para incrementar funciones cognitivas en la población normal.

Los clínicos que estén considerando la prescripción de estos medicamentos en estos grupos, debe tomar muy en cuenta esta falta de seguridad y en caso de llegar a hacer la indicación deben contar previamente con un consentimiento informado.



Dr. Hugo Poblete Badal

Dr. José Toro

● Tuve la suerte de trabajar con el Dr. Hugo Poblete en el Departamento de Nefrología del Hospital Carlos Van Buren, durante casi 30 años. El Dr. Poblete estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Santiago, en donde ingresa el año 1954 a la edad de 16 años. Recibe su título el año 1961 e inicia su actividad laboral en Valparaíso ese mismo año, en el Hospital Naval. Su carrera profesional la desarrolla durante más de 50 años en esta ciudad, siendo interrumpida, transitoriamente, durante su formación y post beca.

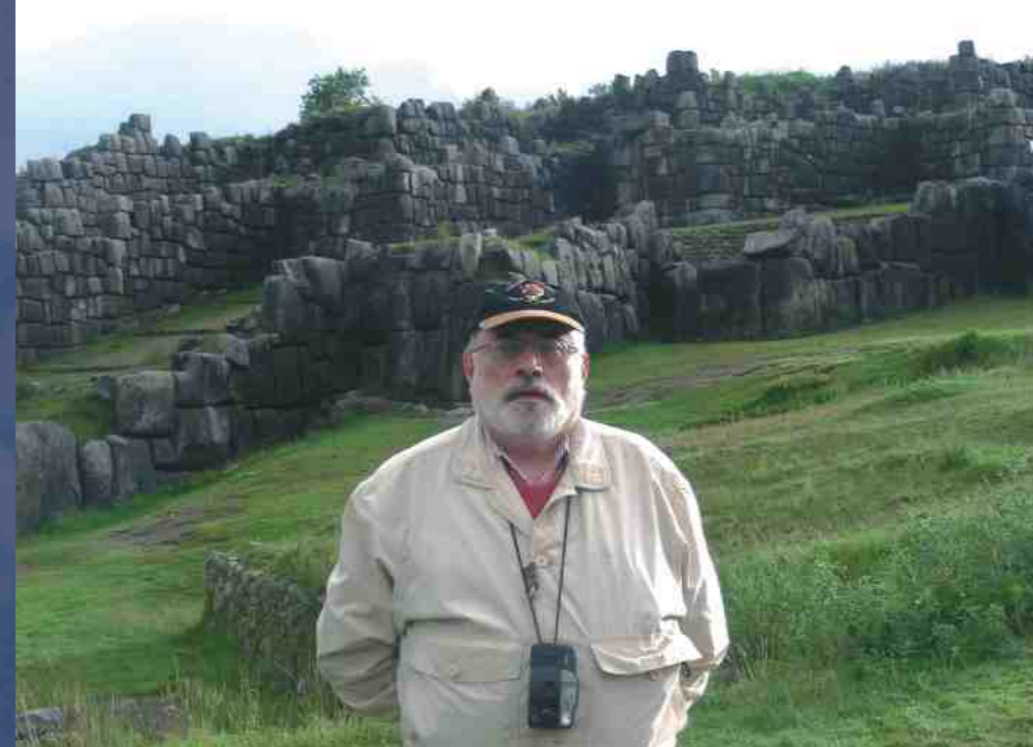
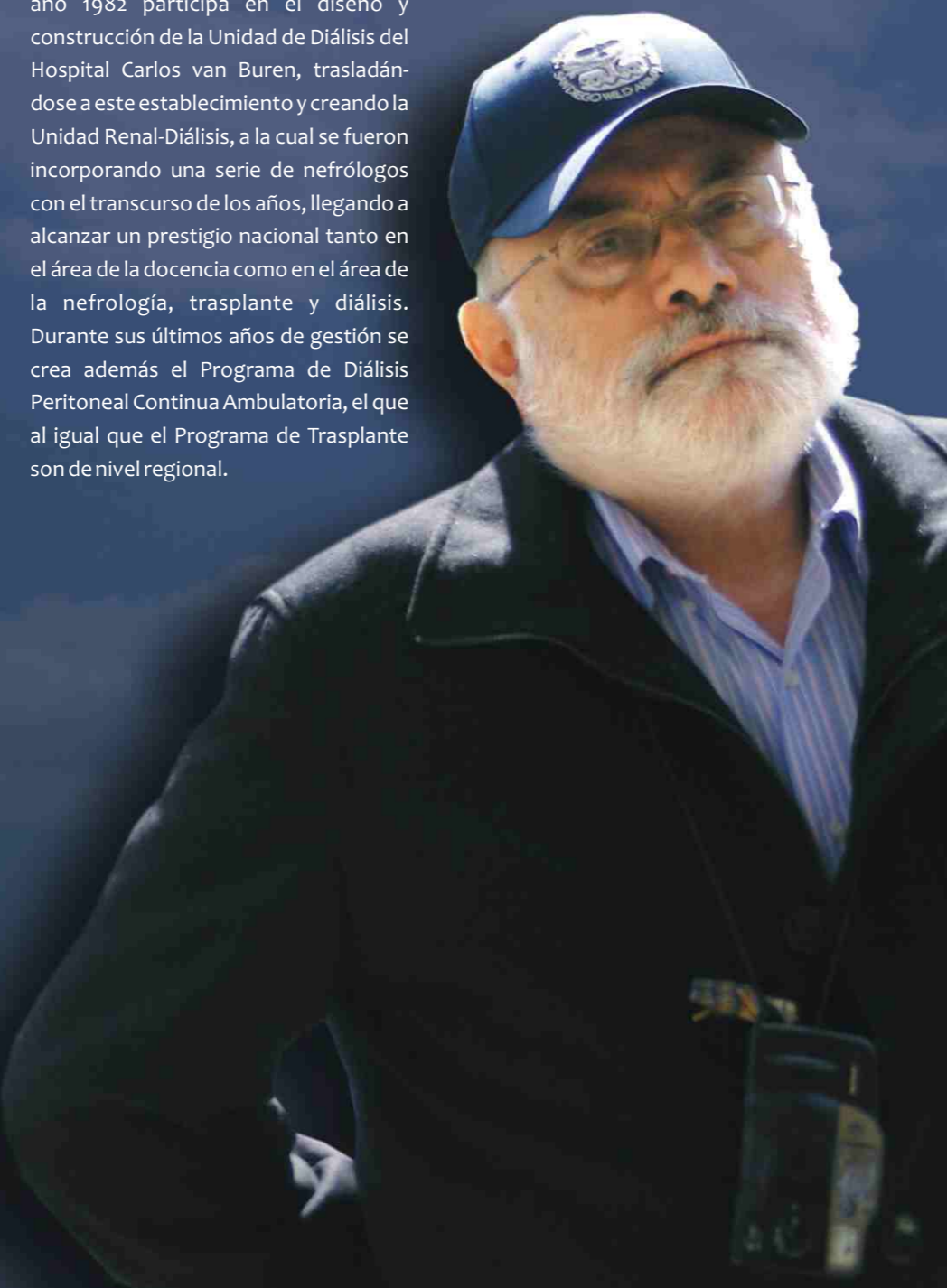
En marzo del año 1962 obtiene la beca de Medicina Interna en el Servicio de Medicina del Hospital Enrique Deformes, la que finaliza el año 1965 y se traslada a la ciudad de Punta Arenas, donde le corresponde cumplir su período de post beca, permaneciendo por espacio de cinco años en esta ciudad austral.

El año 1972 concursa y gana un cargo de Internista en el Hospital Deformes, lo que lo trae de vuelta a la ciudad. Durante ese mismo año obtiene la beca de Nefrología en el Hospital de la Concepción en Madrid, España. Allí permanece hasta el año 1974, luego obtiene una pasantía en París, Francia, en el Hospital Necker, en donde permanece por espacio de un año y tiene la suerte de conocer y ser discípulo del nefrólogo mundialmente conocido, Dr. Jean Hamburger. Durante su estadía en ese hospital conoce y comparte con el patólogo Dr. Jean Berger, quién juega un rol fundamental en el descubrimiento de la Nefropatía por IGA, llamada también

por este motivo “enfermedad de Berger”.

Regresa al Hospital Enrique Deformes el año 1975, a la Unidad de Nefrología, y el año 1980 encabeza el traslado de esta unidad al Hospital Valparaíso, actual Eduardo Pereira. El año 1982 participa en el diseño y construcción de la Unidad de Diálisis del Hospital Carlos van Buren, trasladándose a este establecimiento y creando la Unidad Renal-Diálisis, a la cual se fueron incorporando una serie de nefrólogos con el transcurso de los años, llegando a alcanzar un prestigio nacional tanto en el área de la docencia como en el área de la nefrología, trasplante y diálisis. Durante sus últimos años de gestión se crea además el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, el que al igual que el Programa de Trasplante son de nivel regional.

El Dr. Hugo Poblete fue además profesor de la Cátedra de Medicina de la Universidad de Valparaíso por alrededor de cuatro décadas, en donde se dedicó a la docencia de alumnos, internos y becados en su especialidad. Otro hecho digno de conocer es que logró ser uno de los jefes de



Departamento de Nefrología que más años ejerció el cargo en el país.

Dentro de sus hobbies destaca la lectura, siendo lector consumado, comprador obligado de libros, tiene a la fecha una biblioteca personal que supera los 15.000 ejemplares. Una de sus características es que donde sea que se encuentre existen libros a su alrededor; tanto es así que en su oficina de la Unidad de Diálisis había columnas de libros, los estantes estaban abarrotados de lectura, volúmenes, tomos, a los que había que eludir para acceder a las sillas dispuestas en la oficina. Dentro de este aparente desorden, él siempre sabía si uno había tomado alguno de los libros de su biblioteca o si lo había dejado en un lugar diferente al que él tenía dispuesto.



El Dr. Poblete destaca como un gran conversador, muy culto y entretenido, de fácil y agradable oratoria al momento de subir a un estrado, narrador de anécdotas y una memoria digna de resaltar.

Otro de sus gustos favoritos son los viajes. Ha viajado por muchos países del mundo, le gusta conocer y apreciar en detalle la cultura y lugares destacados que visitar, aunque esto signifique tiempo y grandes desplazamientos, estudia y aprende mucho de cada lugar que visita. Tanto es así que en nuestro país durante temporadas ha recorrido región por región a lo largo y ancho, conociendo cada uno de los parajes, alojándose en posadas y hostales que encuentra a su paso.

El Dr. Poblete también ha participado activamente en las Sociedades Científicas de nuestra especialidad y tuvo una destacada

participación como Presidente de la Sociedad Chilena de Trasplante. Así también, ha participado en numerosas oportunidades en el Directorio de la Sociedad Chilena de Nefrología. Entre el importante legado que dejará el Dr. Poblete resalta la creación del Registro de Diálisis de Chile que inició hace 32 años, que presenta actualizado y anualmente en el Congreso Conjunto de las Sociedades de Nefrología, Hipertensión y Trasplante, el cual es publicado por la Asociación de Dializados (ASODI). A la fecha, se ha transformado en un libro de lectura obligada para los Centros de Diálisis del país, Ministerio de Salud, instituciones de salud, laboratorios, empresas relacionadas con la actividad, y utilizado dentro y fuera del país, para conocer los datos estadísticos de la diálisis en Chile.

Con el Dr. Poblete trabajamos juntos casi 30 años, tanto en el Servicio de Salud como en el sector privado, pero no me cabe duda, que siempre fue un enamorado del servicio público y fue allí donde desarrolló toda su carrera como médico. Hoy, ya retirado de la esfera hospitalaria y docente, continúa ejerciendo su quehacer en el ámbito privado y empresarial y le deseo el mejor de los éxitos en sus actividades futuras.

PMÉ



La experiencia de disfrutar y trabajar en “el pulmón del mundo”

De la magia a la desolación

Dr. Johan Álvarez L.
Médico Servicio de Urgencia,
Hospital Carlos Van Buren
Presidente Corporación Medicina Todo Terreno

“De los sueños se deben realizar planes de vida”. Con esas palabras hace más de seis meses iniciábamos una de las grandes campañas médico-humanitarias que nuestra pequeña ONG Medicina Todo Terreno había decidido emprender: llevar asistencia médica y protección de salud a los menores de seis años de una de las zonas con menor cobertura en salud y dificultad de acceso a la misma como es la Amazonia peruana.

Entre una naturaleza exuberante y

sorprendete, que atrae, pero incluso asusta, nos instalamos en la comunidad de Padre Cocha, en la cuenca del río Nanay, una de las principales ramas del Amazonas desde su nacimiento y a un par de kilómetros de Iquitos, el último puerto fluvial del río Amazonas, ciudad caótica a la que denominamos “La india de Sudamérica”. Es en este lugar, Padre Cocha, donde levantamos un puesto de salud para intentar asistir la demanda de salud de una población vulnerable con una alta carga de morbilidad y mortalidad que es prevenible y en muchos caso injusta; de la misma manera, intercambiamos actividad de prevención y promoción de salud.

Pero un viaje, independiente del motivo que sea, a un lugar exótico como el Amazonas requiere un tiempo de preparación mayor que otro destino. El ajeteo comienza con el autoconvencimiento de que se verá una realidad ajena, con peligros hasta ese entonces sólo visto en películas. Lo que más sorprende es que esos pensamientos, de estar en un brote de malaria, de encontrarnos con caimanes, anacondas, de las tribus perdidas en las cuencas de los ríos, o las tormentas que



hacen que el Amazonas sea peor que los océanos, es una realidad que no sólo se imagina sino que ocurre. Luego de la etapa de decidir viajar, viene la preparación. En este período las cosas claves son vacunarse contra la fiebre amarilla y la profilaxis de la malaria; en muchos centros sugieren además una batería de otras vacunas: hepatitis A, B, rabia y tétanos. Nosotros como ONG sugerimos la batería básica, aunque la mejor opción siempre es asesorarse por expertos en medicina del viajero, recordando siempre hacerlo como mínimo un mes antes. Acercándose el viaje viene la preparación del equipaje que luego de nuestra experiencia resumiríamos en: ropa liviana, sales de rehidratación oral, nada de perfumes y



mucho repelente de mosquitos (con DEET >35%).

Para llegar al Amazonas en general hay tres vías: Perú, Ecuador y Brasil. La más fácil, económica y asombrosa es la peruana, por vuelo directo Chile-Lima-Iquitos.

Uno de los momentos más memorables a nuestra llegada al pequeño aeropuerto de Iquitos fue la recepción de un grupo de personas que vinieron directamente de Padre Cocha, a pesar de la tormenta de ese entonces, ansiosos a conocer a los médicos chilenos que trabajarían en su comunidad.

Un clima que supera el 95% de humedad relativa del ambiente, con una lluvia cálida, nos acompañó al ingresar a la caótica ciudad de Iquitos donde hay más motos (mototaxis) que personas, donde las calles irregulares nos recordaban Chile y donde en esa temporada –febrero a junio– el río le gana a las calles.

Para embarcarnos a nuestro destino debíamos llegar al puerto Bellavista Nanay, que tiene uno de los mercados más grandes de la zona, y donde entre caimanes y pirañas sale el transporte más utilizado, el bote “peke-peke” (nombre en honor al ruido de su motor).

Navegando por el río Nanay llegamos a Padre Cocha, un pueblo de artesanos donde más de 400 personas nos esperaban en el puerto, agradecidos de los profesionales de salud chilenos que iban ayudar a esta comunidad, que contaba con una cobertura de salud menor al 14%. Con el discurso de “las diferencias entre Chile y Perú sólo importan en el fútbol”, participamos de

una asamblea que reunió a los principales grupos étnicos –yaguas, boras y cocamas–, en la que nos entregaron algunas pautas para orientarnos, y también escuchamos las grandes penas y sufrimientos, resumidos en “mejorar la situación de nuestros niños”, quienes mayoritariamente se encuentran en situación de desnutrición.

Especial mención merecen los grupos étnicos de la zona, todos con puntos turísticos estratégicos para ir a visitarlos, incluso pagando una “membresía” los centros turísticos ofrecen vivir con ellos un par de días, para vivir más profundamente la experiencia amazónica. Para quienes no buscan eso existen tres lodges en el medio del Amazonas.

Con nuestro centro de operaciones instalado en la comunidad de Padre Cocha, comenzamos a realizar rondas médicas, actividades de promoción y generando, en conjunto con la Dirección de Salud Regional, un sistema de alerta temprana a través de radiofrecuencia a los caseríos de la cuenca del río Momón. Este río es uno de los más mágicos, pero así como una también separa a una vasta población donde los trayectos de viaje van desde un par de horas hasta días de viaje. El Momón ni siquiera aparece en el mapa, pero es famoso y exuberante. Allí se han grabado películas como *Anaconda* o *Pantaleón y las visitadoras*. Es en estos terrenos donde se han levantado los grandes lodges de la zona (se puede alojar allí por precios que van de 60 a 300 dólares diarios).

Algo para lo que se debe estar preparado es para ver la pobreza en sus facetas más extremas, con un sol denso que hace que todo funcione más lento,

pero que entre aves y colores pasa desapercibido. Nuestros voluntarios, para hacer frente a su frustración de no poder ayudar más de lo que se podía, escapaban a lugares como el Serpentario, el Mariposario o la laguna Cristo Cocha. Quienes buscan experiencias más extremas pueden practicar kayak por los ríos perdidos. También es posible participar de la mismísima ceremonia del ayahuasca, pero no la que se oferta en Iquitos para turistas europeos, sino la real, con curanderos. Para acceder a esto lo más fácil es acercarse a las agencias de turismo y solicitar un guía que los lleve a todos esos lugares.

Este es un viaje aún sin retorno donde todavía hay compatriotas nuestros colaborando con su trabajo en lugares prioritarios, haciendo del sueño de ayudar un plan de vida.

P.MÉ



LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS QUE EJERCÍAN EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX

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

Si bien hasta mediados del siglo XVIII la autorización para ejercer los diversos oficios médicos en Chile podían darla los alcaldes del Cabildo, desde la fundación en Santiago de la Universidad de San Felipe, en 1756, la responsabilidad de otorgar el título profesional recayó en el Profesor de Prima Medicina, que pasó a ser a la vez Protomédico.

Al igual que en España, los postulantes eran examinados en latín, idioma al que habían sido traducidos los textos de Hipócrates, Galeno y de Avicena. El Tribunal del Protomedicato se mantuvo aun cuando la Universidad de San Felipe en la práctica dejó de funcionar a comienzos del siglo XIX, y persistió por varios decenios después de que en 1842 se fundara la Universidad de Chile, aunque cada vez con menos atribuciones, tema que ya ha sido

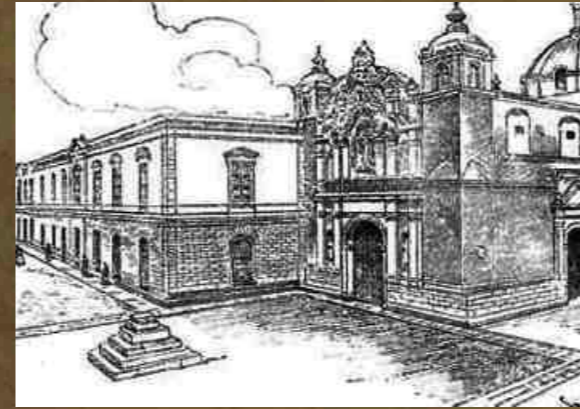
tratado en publicaciones anteriores.

En la época a que se refiere este artículo llegaron a Chile algunos médicos españoles con certificados que acreditaban que se habían desempeñado en hospitales de la Península Ibérica. En los buques de la Armada española llegaron también algunos cirujanos que habían estudiado en el Real Colegio de Cirugía de la Armada, fundado en Cádiz en 1748 por Pedro Virgili y Jean Lacombe (cirujano mayor de la Armada francesa, quien veinte años antes había fundado el Anfiteatro Anatómico y la Escuela de Practicantes de Cirugía de la Armada española).

Al comenzar el siglo XIX, el cuerpo médico de Chile estaba formado por unos 25 médicos, de los cuales sólo 6

habían estudiado en la Universidad de San Felipe, los que se habían reducido a 4 unos años más tarde al producirse la Independencia. También había médicos prácticos que habían aprendido de la manera tradicional, junto a otro médico práctico, como asimismo algunos médicos españoles y peruanos con certificados que acreditaban que se habían desempeñado en algún hospital.

En los últimos años de la Colonia llegaron unos pocos médicos extranjeros, principalmente británicos, como es el caso del doctor inglés Nataniel Cox, quien había cursado Materia médica, Medicina y Práctica médica con James Curry y Williams Babington, y Cirugía con Cline y Astley Cooper en el Hospital Guy de Londres, además de haber estudiado Química, Fisiología, Obstetricia, Vendajes y



La Real Universidad de San Felipe, fue la primera Casa de Estudios del país en la que se impartió todas las disciplinas que en ese entonces se enseñaba en la Península. Estas fueron: Teología, Filosofía, Cánones y Leyes, Medicina y Matemáticas. En ella, la Universidad de Chile sentó las bases de su instalación en 1842.



Royal College of Surgeons, Londres, principios del siglo XIX.

Curaciones. A Valparaíso llegaron procedentes de Gran Bretaña Andrés Blest, que no ejercía la profesión sino que se dedicaba al comercio; Miguel Graham –arribado en un barco ballenero–; Enrique O'Donovan; y el doctor en Medicina y en Cirugía de la Universidad de París, Pedro Benit.

A partir del arribo de Lord Cochrane a Chile, a fines de 1818, con quien llegaron 22 cirujanos británicos, no cesaron de llegar a Chile médicos procedentes de las Islas Británicas. En los años que siguieron a la Independencia llegaron a Valparaíso, por ejemplo, los doctores Juan y Guillermo Blest, Robert Wiley, Jorge Walker y Andrés Dow, e ingresaron a la Armada los cirujanos Francisco Boyd, Juan Manuel Goldbeck, Roberto Bleakley, Carlos Brink, David McLaughlin, Miguel Walton, Carlos Stock, Santiago Paton, Juan Burns, Arturo Sandford, Eduardo Mayben, los hermanos Thomas y William Archibald Bate y muchos más. De allí el interés en conocer la formación profesional que poseían los médicos británicos.

A mediados del siglo XVIII los cirujanos de Londres habían roto su unión con los barberos y en 1800 consiguieron formar el Royal College of Surgeons.

Hasta los primeros años del siglo XIX en Gran Bretaña sólo se necesitaba haber realizado en forma exitosa un aprendizaje de aproximadamente 4 años de duración para poder ejercer como “médico práctico”, afiliándose como médico, como cirujano o como boticario. Una vez conseguida la afiliación, podían combinar el ejercicio de estas disciplinas indistintamente practicando medicina general, ya que los boticarios también podían ver enfermos.

Había escuelas médicas en los hospitales y también escuelas privadas, especialmente de Anatomía, tanto en Londres como en otras ciudades importantes como Liverpool.

Existían, por otra parte, ocho universidades en las que se podía obtener una certificación médica. Había también siete College of Physicians and Surgeons, con cuya certificación pasaba a ser, por ejemplo: “Member of the College of Surgeons”. Y también existía un Apothecaries Hall de boticarios.

Los médicos egresados de Cambridge y Oxford tenían su propio Royal College of Physicians con Carta otorgada por Enrique VIII. Para obtener un grado médico en estas universidades había que estudiar a Hipócrates y Galeno, y dar el examen oralmente en latín ante el Profesor de Medicina. Alrededor de la década de 1830 se hizo obligatoria la asistencia a los cursos establecidos. Además de la práctica médica para poder presentarse a examen, se incluyó una prueba escrita y en la década siguiente se agregó un examen clínico.

En 1858 el Parlamento aprobó el establecimiento de un Consejo General de Educación Médica y Certificación, que decidiera qué tipo de calificaciones tenían validez, el que creó un Registro de Médicos. Al Consejo se le dio injerencia en la determinación de los cursos que deberían realizarse y en los exámenes. Este Consejo consideró también estándares educacionales preliminares para los estudiantes de medicina. El Consejo intentó establecer un examen único nacional, lo que no fue aceptable para las universidades y demás corporaciones.

Se consideraba que había en Gran Bretaña un exceso de profesionales, existiendo en 1815 un médico por cada 1.100 habitantes. Cuando terminaron las guerras napoleónicas, se incorporaron a la vida civil muchos cirujanos militares y navales.

En suma, se puede concluir que tanto en Gran Bretaña como en España –y en consecuencia Chile–, al comenzar el siglo XIX la enseñanza de la Medicina era muy heterogénea, variando entre la de los graduados en las universidades –con estudios de los clásicos y exámenes en latín– y la de aquéllos que habían tenido una enseñanza discipular, que a su vez podía ser muy dispar. Entre una y otra estaba la enseñanza realizada en hospitales y en escuelas en las que se enseñaba anatomía y cirugía.

La mayor diferencia la constituía la centralización española en el Protomedicato y la multiplicidad de organismos que en Gran Bretaña otorgaban certificados de estudios, de competencia o de membresía.

La escasez de médicos en Chile y la abundancia en Gran Bretaña, acentuada por la incorporación de cirujanos de regreso de las guerras napoleónicas, debe de haber sido uno de los factores que influyó en la llegada a Chile de un importante número de médicos británicos después de la Independencia.

PME



Nómina de médicos autorizados para “curar” por el Tribunal del Protomedicato de Chile en 1853.



● Tras varios años intentando reunir una delegación que se aventurara a participar en los Juegos Mundiales de la Salud (MEDIGAMES), este año, un grupo de 18 médicos de nuestra región, 3 médicos de Santiago y 11 acompañantes no médicos viajamos a la ciudad de Antalya en Turquía, para ser parte de una nueva edición de esta competencia deportiva médica.

Debido a los diferentes intereses y disponibilidades de tiempo, nos distribuimos en pequeños grupos que fueron saliendo progresivamente de Chile, algunos en junio y otros en julio, haciendo escalas principalmente en Madrid, París y Barcelona, para seguir rumbo a Estambul.

Estambul, es una hermosa e histórica ciudad. Fue nuestro primer contacto con el Oriente y el mundo musulmán. Sus habitantes tienen un estilo de vida más occidental que otras localidades de Turquía, son alegres, expresivos y en ocasiones hasta histriónicos; son capaces de hacer de cada oficio un arte y del comercio una forma de vida. Mientras conocíamos sus principales atractivos turísticos y culturales (la Mezquita Azul, Hagia Sophia, la Cisterna, el Palacio de Topkapi, el Gran Bazar, Sultanahmet y la Plaza Taksim), realizamos nuestras primeras transacciones.

MEDIGAMES 2012

La experiencia turca de 32 chilenos

Dr. Ignacio De la Torre C.



Parte de la delegación a su llegada al hotel.

Descubrimos la Lira turca y el poder negociador del regateo. Nos asustamos y sorprendimos cuando escuchamos por primera vez los llamados del imán a rezar y pudimos degustar diversas variedades de kebabs y las famosas “delicias turcas” (unos exquisitos dulces).

Continuamos nuestro viaje en avión, para llegar a la sede de los Juegos, en Antalya. Fue emotivo escuchar

conversaciones en español y reunirnos nuevamente con los compañeros de delegación. Nos alojamos en el Hotel Puding Marina Residence, que se ubica en el casco histórico de la ciudad, y que entre el 7 y 14 de de julio, se transformó en nuestro centro de operaciones, y fuimos contagiando a los otros huéspedes y trabajadores del hotel con el espíritu de nuestro grupo.



1



2



3

Más de 1.500 profesionales de la salud de todo el mundo compitiendo en diferentes disciplinas, una organización preocupada de los detalles, poniendo a nuestra disposición vehículos de acercamiento e instalaciones adecuadas fueron marcando nuestra participación en natación, atletismo, cross-country, ajedrez, media maratón y fútbol.

En fútbol tuvimos una participación digna (10° lugar), pero menor a nuestras expectativas. En 5 días disputamos 5 partidos: 2 victorias, contra Turquía y el Regional Santiago; 1 empate contra Italia; y 2 derrotas, con Portugal y España. Los match se jugaron con temperaturas mayores a 35°C –lo cual incluso motivó la suspensión de partidos para permitir que los jugadores se hidrataran– y esto nos desgastó física y mentalmente. Pero el espíritu positivo y fraterno de nuestra delegación nos dio las energías necesarias para seguir luchando hasta el final.

A la postre logramos obtener 11 medallas, destacando la notable participación de las atletas Constanza Velasco y Karina Michea, 1° y 2° lugar en cross-country, respectivamente; el talento

- 1: Equipo de fútbol
- 2: Nuestro plusmarquista, el Dr. Sergio Fuentes, desplegando la bandera del Colegio Médico.
- 3: El Dr. Márquez llegando a la meta en los 5.000 mt.
- 4: El Dr. Sergio Fuentes en la premiación de la natación.
- 5: El Dr. Rolando Márquez durante los 5.000 mt.
- 6: La Dra. Karina Michea frente a la Mezquita Azul (Estambul).

de Juan Carlos Bravo, quien obtuvo el 3° lugar en ajedrez; y el extraordinario desempeño de nuestro polifuncional Sergio Fuentes, quien logró 8 preseas: 3 de oro en atletismo (5.000 mt, cross-country y media maratón); 4 de plata en natación (100 mt libre, 400 mt libre, 1.500 mt libre y 100 mt espalda) y 1 de bronce, también en natación, en 100 mt pecho.

Pero nuestro principal triunfo fue consolidar un grupo heterogéneo de médicos de la región, que durante años se han reunido en torno al deporte y que estuvieron dispuestos a aventurarse en un proyecto desconocido para muchos. Vivimos 7 días en nuestro propio reality, “la villa Olímpica”, desconectados de la medicina y preocupados de rendir al máximo de nuestras capacidades para lograr los mejores resultados.

Los últimos días, ya libres de compromisos deportivos, organizamos una travesía en barco por las costas de Antalya, ocasión en que pudimos disfrutar de paisajes maravillosos en un ambiente de camaradería y fraternidad.

Fue en ese ambiente y rodeados de cierta nostalgia, que organizamos la última actividad grupal, una cena de despedida, donde los miembros de la delegación hicieron sentir su alegría por haber sido miembros de un grupo genial.

Vivimos la experiencia MEDIGAMES y el 2013 volveremos a hacerlo. ¡Los esperamos!



4



5



6

ASISTENTES MEDIGAMES 2012

Médicos

- Oswaldo Becerra
- Juan Carlos Bravo
- Juan Francisco Cabello
- Álvaro Cortés
- Ignacio De la Torre
- Jose Andrés Estay
- Fernando González
- Claudio Fuentes
- Sergio Fuentes
- Andrés Giacaman
- Eduardo Lorenzo
- Rolando Márquez
- Karina Michea
- Humberto Pizarro
- Karina González
- Enzo Rivera
- Samuel Sánchez

- Leonardo Toledo
- Constanza Velasco
- Humberto Verdugo
- Felipe Villanueva

Acompañantes no médicos

- Marianella Benois
- Ignacio Córdova
- Alicia Caro
- Elisa Figueroa
- Soraya Giacaman
- Diego Giacaman
- Soraya Mahana
- César Márquez
- Gonzalo Palacios
- Marcela Pifaut
- Paula Zuleta

Médicos Escritores

En esta oportunidad nuevamente publicamos dos cuentos, esta vez de dos destacadas colegas escritoras.

Dra. Alba Testart

La Dra. Alba Testart Tobar es viñamarina. Estudió en el colegio Alliance Française, donde adquirió dominio del idioma francés e interés por la literatura. A la edad de ocho años escribía para la revista escolar *La Plume Agile*, donde también participaba como ilustradora. Paralelamente al desarrollo vocacional por la medicina, nunca dejó de escribir y retratar sus vivencias en prosa y poesía, para expresar su sentir interior. De una gran sensibilidad, refiere haber guardado muchas impresiones de la naturaleza, de cielos hermosos, de atardeceres, de paisajes de campo o diminutas flores en medio de la ciudad, así como de sentimientos intensos que luego se volcaban al papel. Su pluma ágil y diáfana, se orientó al género de la literatura infantil, recopilando algunos cuentos en tres primeras publicaciones, en el año 2003 por Editorial Nueva Patris, con los títulos de “El árbol enojón”, “El conejito y la semilla” y “La flor de Navidad”. En el año 2009 publicó “La princesita Luna”.

La Dra. Testart se desempeña como médico otorrinolaringólogo y docente en la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso y Universidad del Mar. Entre sus autores favoritos se cuentan Antoine de Saint-Exupéry y Oscar Wilde.

No es fácil escribir (buenos) cuentos breves. Este género debe sumar un “buen tema”, un estilo pulcro y un desenlace imprevisto, todo limitado al máximo de una carilla. Julio Cortázar valora los cuentos breves diciendo que “lo siempre asombroso de los cuentos contra el reloj está en que potencian vertiginosamente un mínimo de elementos, probando que ciertas situaciones o terrenos narrativos privilegiados pueden traducirse en un relato de proyecciones...”. “Revivirá” de la Dra. Testart es un relato breve, bien logrado, donde la ficción se genera en el ocultamiento de la realidad, dejando al lector imaginar situaciones y opciones posibles. En alguna medida es un cuento similar a “Heriberto” de la Dra. Caballero, que siendo ficción pura, también oculta la identidad del personaje, generando de este modo una tensión sorprendente. El estilo de la Dra. Testart, de quien ya publicamos el cuento “Dos dedos y una trenza” nos habla de su versatilidad, factible de incursionar con soltura impecable en el cuento costumbrista, como en temas infantiles y el relato breve. Terminada la lectura de “Revivirá”, los invito a releerlo para disfrutar de su desarrollo literario, conociendo anticipadamente el desenlace.

Dra. Laura Caballero

La Dra. Laura Caballero estudió Medicina en la Universidad de Chile, sede Valparaíso. Trabaja en Gestión en Salud y en Urgencia Infantil. Su espíritu inquieto la ha llevado a desempeñarse simultáneamente en Santiago y San Felipe. Hace poco estuvo trabajando en Rapa Nui, donde ahora volver para disfrutar de las caminatas y el entorno “libre de malls”. Cuando se le pide una autodescripción expresa: “no tomo Cola-Cola ni como chatarra, prefiero cocinar unos *fetuccini* con aceite de oliva, albahaca y orégano de mi jardín, e inventar platos para mi familia y amigos. Soy buena pobre, gasto más en libros y lanas que en ropa”.

Disfruta de su familia, compuesta por sus hijos, una nieta, cinco gatos y dos perros. Le encanta contar cuentos a los niños “porque se los creen”, dice. Entre los médicos dedicados a la literatura, Laurita es muy querida y admirada. Pertenece al grupo “Sueños”, y ha sido impulsora de sus actividades participando además en siete Congresos Latinoamericanos de Médicos Escritores, recibiendo numerosos premios en concursos de narrativa y poesía.

“Escribo porque me resulta más fácil decirlo en el teclado. Las musas y yo somos un matrimonio mal avenido, porque las lindas a veces me abandonan, se van con otros/as y me dejan sola, así que coqueteo un poco con el telar, las lanas y finalmente vuelvo a ellas, pidiéndoles que no me dejen totalmente”, señala.

Es difícil creerle que las musas, aunque en forma transitoria, la abandonen, ya que su fecundidad literaria parece inagotable, tanto como sus ansias de vivir plenamente y de transmitir su entusiasmo a los demás.

En esta oportunidad nos envió su cuento “Heriberto”. Corresponde a su estilo, sencillo, ameno, ágil, simpático, que con naturalidad se desenvuelve en un mundo de fantasía que convive con la realidad. De este modo, expresa vivencias y emociones a través de ficciones, como en un mundo donde los títeres representan a las personas. En este cuento, ese personaje es Heriberto.

Dr. Eduardo Bastías G.



Revivirá

Dra. Alba Testart

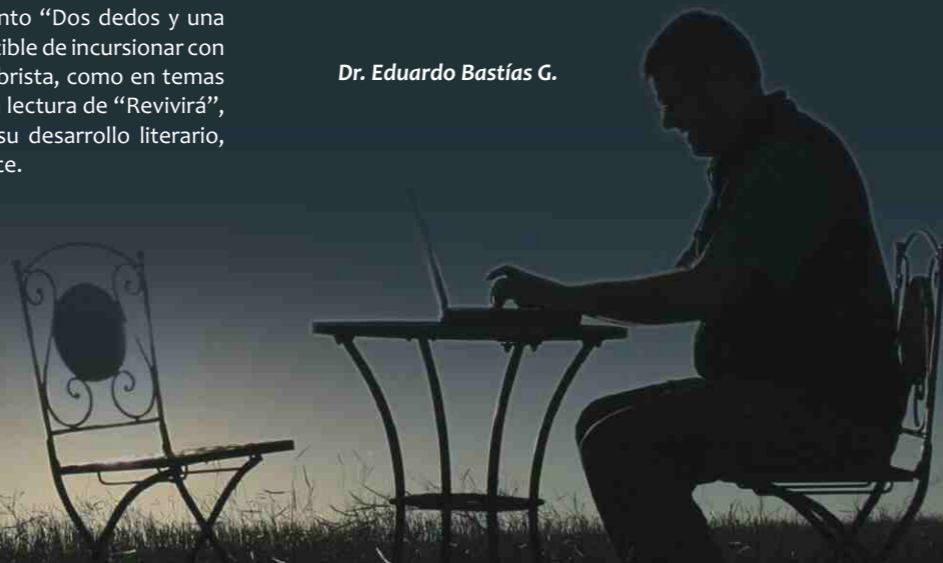
Quedé como estatua mirándolo partir, bien situado en el carramato, afirmado, inerte. El chofer me insistía en que me fuera, que ya estaban firmados los papeles, que ya no había razón para que permaneciese allí examinando su maniobra. Claro está, él estaba acostumbrado y dedicado a transportar cuerpos inmóviles, sin tener ninguna relación ni afecto por ellos. Sólo cumplía su trabajo y debió parecerle morboso que yo continuara observándolos en su lento desplazamiento.

Lo seguí con la mirada hasta que desapareció totalmente de mi vista, entre múltiples autos, calles, edificios y uno que otro árbol descolorido y triste. De no haberme quedado allí hasta el final me hubiese perdido el hermoso espectáculo de despedida que me hizo: el vaivén del alto vehículo iniciando su marcha, con su carga para mí tan preciada, generaba una venia, un gesto de adiós, mientras se desprendían volando las hojas otoñales acumuladas en el parabrisas y pasaban rozándolo hacia atrás para luego caer al pavimento frío y gris, dejando un dibujo amarillo pálido con algunos tenues anaranjados.

Se fue. Para mí, refugio, compañero, quien me invitaba a soñar, a querer llegar cada vez más lejos, a sentirme libre y protegida, a buscar lugares nuevos y a atreverme a otras aventuras; quien me permitía gritar y cantar o llorar sin juzgarme, sólo acompañándome sin palabras. Con él además bailé, reí, sentí el placer de la lluvia que resuena, del frío y del calor, vimos puestas de sol y cielos maravillosos, rezamos, nos transportamos tantas veces. Saltamos en las aburridas pozas haciéndolas convertirse en hermosas fuentes con chorros de agua juguetones. ¡Cuántos recuerdos! Escuchamos melodías maravillosas. Cómo deseábamos detener el tiempo o hacerlo eterno a veces, sólo permaneciendo así, juntos, mirando al infinito, teniendo un camino por delante para recorrer, sin preguntarse nada. Tan acogedor e importante para la familia, los amigos, siempre daba espacio para alguien más, generoso y fiel. Nunca se quejó. Para el conductor (de la grúa) una carga más como tantas otras, sin significado alguno.

Suspiré hondamente y me alegré de haber presenciado porfiadamente el juego de las hojitas traviesas. Estaba segura que volvería a moverse, que reviviría en el garaje con la pericia del mecánico.

... *ma voiture est en panne...*



HERIBERTO

Dra. Laura Caballero C.

Señorita Mariíta, se lo suplico, no me ponga el *sweater* verde. Sea buenita ¿ya? Los colegas del barrio se ríen de mí. Yo sé que usted me lo tejió con cariño, pero por favor comprenda, estoy viejo para usar ropa con franjas. Por supuesto que tengo claro que en los tiempos que corren no se debe desperdiciar ningún resto de lana, pero ¿no le parece un tanto exagerado de su parte mezclarlo con rojo y amarillo? Yo no tengo problemas en esperar a que salga a comprar lana nueva, en serio. Por mí, no se moleste. Hasta le diría que prefiero salir a la calle tal como Dios me echó al mundo.

Bueno, bueno. Si insiste tanto me lo pongo, y nos quedamos felices en la casa escuchando música y leyendo cuentos. ¡Pero a la calle no salgo por ningún motivo! Por mí no se preocupe, acabo de iniciar una dieta. Usted vaya tranquilita a ver a sus sobrinos y yo me quedo cuidando la casa. Ellos la esperan como todos los domingos a la hora del té, pero la esperan a *usted*, no a *nosotros*, ¿entiende la diferencia?

Si la Señorita Mariíta supiera lo que murmuran de nosotros, si pudiera leer en los sentimientos de los demás, de seguro no iríamos a tomar el té donde esos arribistas de sus sobrinos. Pero se le rompería el corazón de pura pena, y no seré yo el que le abra los ojos.

Como a mí me dejan encerrado en la cocina, *loggía*, que le dicen, aunque es más chica que nuestro repostero, los escuché murmurar el domingo pasado, mientras sacaban el jamón delgadito para nosotros y guardaban el ahumado en torrejitas gruesas para ellos: “¿Cuándo se morirá esta solterona loca? Cada día parece gozar de mejor salud. Desde que recogió ese quiltro hace un par de años, insiste en que el perro le habla. Conversa con él todo el día, le lee cuentos, le compra jamón e insiste en que hasta le gusta la música. ¿No podríamos declararla interdicta?”

Loca será tu abuela, malagradecidos. Parecen buitres al acecho. Si no fuera por los vecinos, la Nana y la señorita Esperanza, que viven cerca, pasaríamos solos cuando se resfría.

Los sobrinos del año, teniendo auto y todo, dicen que no bajan al centro porque está muy contaminado. Pero la vista del Parque Forestal es impagable, tenemos nuestras amistades en la vecindad, y la señorita Mariíta dice que no hay como estos departamentos, amplios y con *parquet* de palo de rosa. Todo queda cerca, desde el Teatro Municipal hasta el Mercado. Personalmente me gusta por las amistades; hay un par de perritas bien cariñosas, que cuidan a unas amigas nuestras. Pero Lulú, la de la Esperanza, perdón, señorita Esperanza, me tiene con las orejas lacias. ¡Es tan fina, tan coqueta y tan delgada! Debe ser porque es afgana, o galgo ruso que los llaman. A nosotros nos cuesta mantener la línea. La Nana es la culpable, porque prepara unas empanaditas de hoja rellenas con jamón que se me hace agua el hocico de puro recordarlas.

Yo no quería que esto pasara. Ha sido terrible para ella. Pero debo empezar por el principio...

Finalmente, y de puro cariño que le tengo, después de un breve tira y afloja, accedí a subirme al taxi, arropado con el *sweater* a listas amarillas, verdes y rojas para ir a tomar el té con los sobrinos. El sentido del ridículo me lo guardé no más, para que vean que soy aperrado.

Ya había olfateado hace tiempo que algo tramaban esos desalmados, y fingí que quería pipí para que bajáramos a la calle y para que mi querida Mariíta no pasara malos ratos, pero a ella se le ocurrió ir a tomar agua a la cocina y escuchó a los buitres esos haciendo planes para vender nuestro departamento “cuando la vieja pare las chalupas”. Con lo digna que es ella, tan dama, de esas que ya no se ven, tomó sus lentes, y salió con el abrigo con cuello de piel en la mano. Si no es por mí, que se la traje, se le queda hasta la cartera. ¡Todavía nos estarán buscando!

Venía tan triste en el taxi que por más que intenté alegrarla no pude. Como última alternativa, y recordando lo que me habían contado unas amistades en la panadería, me hice el arrancado al Parque Forestal. A la pobre señorita Mariíta no le quedó más remedio que seguirme hasta la plaza donde está el caballo goooooooooordo, ese de Botero. No se cansó mucho, porque yo la esperaba cada cierto tiempo, para que no me fuera a perder. Yo pensé que ella ni siquiera conocía esas palabrotas que me dijo...

Por supuesto que nosotros conocíamos el Museo de Bellas Artes, pero jamás habíamos ido a la plaza que está atrás. ¡Era un circo al aire libre! Había niñas en monociclos, títeres, payasos, una obra de teatro y muchísimos malabaristas. Parece que había varios que tenían una Mariíta que les tejía, porque abundaban las bufandas, gorros y chalecos iguales a mi *sweater*, a listas verdes, rojas y amarillas. ¡Me sentí tan bien! Todos me saludaban y me decían “hermano”. Se veían buenas personas.

La señorita Mariíta se reía como nunca con los títeres, y recordó una vieja caja llena de marionetas hechas de género de cuando ella era niña (¡uff!) que tenía guardada en la pieza chica. Después, recorrimos una especie de feria persa donde vendían las mismas cosas que ella tenía listas para mandar al Hogar de Cristo, y, miel sobre hojuelas, nos encontramos con la señorita Esperanza, su amiga de tantos años.

Las invitamos a tomar el té a nuestro departamento, con té de verdad, en hoja y en tetera de loza (no esas bolsitas baratas que le servían los sobrinos), con tazas bonitas, inglesas, que para eso hay varios juegos. Los amarretes de los sobrinos le servían té en un jarrito plástico. ¿Habrase visto? Es cierto que tiritaba un poco, y a veces quiebra algo, pero de ahí a servirle a ella, tan fina, en plástico, me parece un insulto. Si las cosas lindas hay que usarlas... para eso son. Y ella nunca se dio por enterada, pero yo sé que le molestaba.

Tuve que ordenar rápidamente mis humildes aposentos para que la hermosa Lulú no viera lo desordenado que soy. ¡Qué vergüenza! Justo sobre mi

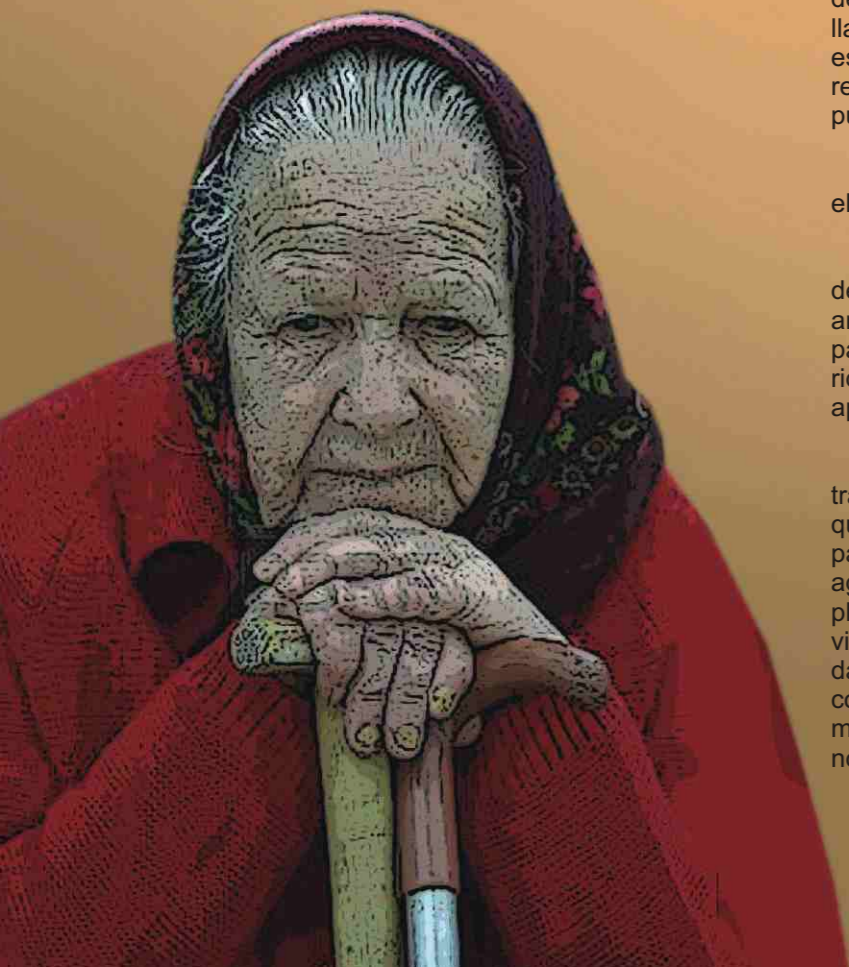
cama estaba Leoncio, el león que me regaló la Mariíta cuando llegué. No tuve más alternativa que asumir y contarle que, quiltro y macho recio como soy, me gusta dormir con mi Leoncio y con mi “tuto” a rayas.

Después de tomar la leche, nos tendimos bajo el piano y escuchamos a la señorita Mariíta y a su amiga haciendo planes para tejer chalecos de colores y vender tanta cosa antigua que tienen, y que volvió a estar de moda. ¡Parece que volveremos a ir a la plaza el próximo domingo!

El plan que me dejó con el hocico abierto, eso sí, fue escuchar que por fin la señorita Esperanza está pensando seriamente en venirse a vivir con nosotros. Vendió a buen precio su departamento a un arquitecto, que, como está de moda ahora el barrio, piensa transformarlo en un *loft*. A mí me parece una bodega eso de no tener paredes, pero si a él le gusta... Aquí hay habitaciones de más, y lo que tengan repetido, lo regalan o lo venden. Total, así la Nana no tendría que ir tres veces a la semana a cada departamento y yo pasearía mucho más, y más encima, acompañado de la hermosa Lulú. Lo mejor de todo es que Lulú, tan linda ella, también se vendría a vivir aquí, y no pierdo las esperanzas de arreglar la mala impresión que le causé con mi desorden.

Eso significa más compañía, la mitad de los gastos y seguir viviendo en nuestro barrio. ¡Se acabaron los domingos aburridos tomando el té con los sobrinos! De ahora en adelante tendremos títeres, malabaristas y diversión.

Voy a dejar la cola afuera, para no mojármela, la próxima vez que me bañe la Nana. Me haré unos *dreadlocks* y saldré a taquillar con mi *sweater* a rayas, hermano. Y esa música, tiene un ritmo interesante, distinta a la que escuchamos siempre, pero interesante, hay que decirlo. ¿Sabrá bailar Lulú, para que me enseñe?





Hospital San Camilo de San Felipe Ex Seremi de Salud asume como jefe de Unidad de Pediatría

El reconocido pediatra Dr. Néstor Irribarra asumió como nuevo jefe del Servicio de Pediatría del Hospital San Camilo, en reemplazo del Dr. Gustavo Espinosa, quien retorna a tiempo completo a sus funciones de cardiólogo infantil del establecimiento, además de sus turnos en la Neonatología.

El recién asumido jefe, quien posee un nutrido currículum como directivo de diversos servicios y también como neurólogo infantil, agradeció el apoyo y la confianza brindada en este nuevo desafío, reconociendo que vienen tareas importantes, como la transformación de la Unidad de Agudos Pediátricos en UTI y posteriormente en UCI, para lo cual ya se está trabajando a través de la capacitación de los profesionales médicos.

Los Andes

Dr. Luis Sillerico declarado "Ciudadano distinguido"

En el marco de celebración de los 221 años de la comuna de Los Andes, el alcalde y el concejo municipal homenajearon a una serie de andinos destacados en distintos ámbitos. Entre ellos, el conocido médico ginecólogo, Dr. Luis Sillerico Aliaga, quien fue declarado "Ciudadano distinguido" de la comuna.

El Dr. Luis Sillerico llegó a Chile a los 19 años, en 1937, proveniente de Bolivia, su país natal. Venía a estudiar Medicina a la Universidad de Chile. En 1946 recibió su título de Ginecólogo y Obstetra, y comenzó su actividad laboral en el Hospital Barros Luco de Santiago. En el año 1961 fue trasladado al Hospital San Juan de Dios de Los Andes, donde llegó a ser jefe del Servicio de Maternidad, desempeñándose incansablemente hasta 1989, momento en que decidió jubilar.

Aunque no es oriundo de la zona, quienes lo conocen lo consideran igualmente un "andino de corazón", que llegó para quedarse y trabajar incansablemente por el bien de la comunidad.

Hoy, el Dr. Sillerico vive alejado del mundanal ruido, con la misma sencillez que siempre lo caracterizó, rodeado del cariño de su esposa, hijos, nietos y bisnietos.

OBITUARIO

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

Dr. Walter Koch Müller

El Dr. Walter Koch nació el 12 de abril de 1915 en Valparaíso. Hijo de suizos, vivió parte de su niñez en el cerro Alegre y se educó en el Colegio Alemán antes que su familia se mudara a Concepción y luego a Santiago.

En 1941 se tituló de Médico cirujano de la Universidad de Chile. Al año siguiente comenzó a dedicarse a la Radiología Diagnóstica desempeñándose en el Servicio de Radiología del Hospital San Borja de Santiago, y desde 1946 en el Servicio de Radiología del Hospital Carlos Van Buren.

En 1953 obtiene la "Licencia de Radiólogo" otorgada por la Universidad de Chile y llega a ser Jefe de Servicio de Radiología Diagnóstica del hospital porteño. Paralelamente ejerce en forma regular y continuada la docencia en la Universidad de Chile, siendo elegido, en 1969, miembro del Consejo Ejecutivo del Departamento de Medicina.

En la década del 70 fue invitado por el Servicio de Intercambio Académico Alemán para enseñar en Alemania. Durante su paso por Europa también ejerció por varios años en el Hospital Cantonal de Sankt Gallen (Suiza), ciudad natal de su padre.

Médico y profesor dedicado y exigente, dedicó 60 años a la medicina, la que ejerció principalmente en el ámbito universitario y público. Estuvo fuertemente vinculado al Hospital Van Buren, establecimiento donde ayudó a formar el actual Servicio de Radiología e Imagenología. También se desempeñó en el Hospital de Niños y la Clínica Reñaca, de donde se jubiló el año 2001.

Su dedicación y pasión por la medicina fueron ampliamente reconocidas y su vasta experiencia reflejada en su labor docente y a través de incontables contribuciones a publicaciones especializadas nacionales e internacionales y también en su membresía a distintas asociaciones, entre las que destaca la Sociedad Chilena de Radiología, donde llegó a ser presidente.

El Dr. Koch falleció el 30 de junio de 2012 a los 97 años. Le sobreviven sus tres hijos y su esposa, quien lo acompañó durante más de 20 años hasta sus últimos días.

Fe de erratas

Panorama Médico N° 90, junio 2012:

Página 17: en el artículo referido al hospital de Quintero dice: "la directora del hospital, Dra. Leonor Arias"; debe decir: "la directora del hospital, Sra. Leonor Arias".

Página 10: en el nombre del autor dice: "Dr. David Lagos D., Consejero Regional por Valparaíso"; debe decir: "Dr. David Lagos D., Consejero General por Valparaíso".



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

INVITACIÓN A PARTICIPAR Premio Anual de Ética 2012

Dirigido a:

Todos los médicos colegiados del país.

Premios:

Se entregará un primer y un segundo premio a los mejores trabajos que se presenten y que no hayan sido publicados, sobre un tema libre de ética.

Requisitos de los trabajos:

- No haber sido publicados.
- Tener una extensión compatible con las exigencias habituales de revistas médicas o ético-médicas en cuanto a estructura, desarrollo y bibliografía, o las características propias de un ensayo.
- Están excluidos los discursos, clases inaugurales, entrevistas y otras formas contingentes.
- Se deben enviar tres ejemplares del trabajo, sin información que permita identificar al autor o institución en la que trabaja. En un sobre aparte, cerrado y rotulado con el título del trabajo, se identificará al autor o los autores, con nombre, dirección, teléfono, e-mail y número de socio del Colegio Médico.

Entrega de los trabajos:

Los ejemplares y el sobre deberán ser dirigidos al "Departamento de Ética del Consejo General del Colegio Médico de Chile, Premio de Ética 2012", en un sobre cerrado. También se podrán entregar a la secretaria Paola Figueroa, en calle Esmeralda N° 678, Santiago.

Plazo:

Miércoles 31 de octubre de 2012, a las 12 horas.

Premiación:

Durante la ceremonia oficial de celebración del Día del Médico 2012.

