

# PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 22 N°92 / Diciembre 2012

**Colegio Médico logra  
acuerdo por Estímulo a  
la Carrera Funcionaria**

**ÉTICA**

**Relación del médico  
con sus colegas**



# Día del Médico 2012





**Visítenos en nuestro sitio web**  
[www.colegiomedicovalparaiso.cl](http://www.colegiomedicovalparaiso.cl)

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

**VISÍTENOS Y CONTACTÉSE CON NOSOTROS**

# El Colegio Médico y la salud de Chile



Dr. Juan Eurolo Montecino  
 Presidente Consejo Regional Valparaíso

● Dijimos que el 2012 iba a ser “el año de la salud”, aludiendo a que en esta área se iniciarían movilizaciones tendientes a mejorar el estado calamitoso en que funciona el sector, tal como el 2011 sucedió en el ámbito de la educación.

Pero nada pasó. Salvo escaramuzas aisladas en la ex Posta Central y en algunos otros lugares, lo cierto es que durante el año el sector salud estuvo tranquilo, pese a las deplorables condiciones de trabajo. Fenats y Confenats en sus diferentes expresiones, no realizaron ninguna manifestación o movimiento de gran envergadura; tampoco Apruss y Fenpruss. Ambos gremios estuvieron dedicados más bien a “apagar incendios locales” que afectaban a grupos de funcionarios o a veces a un individuo en particular. Por su parte, la Confusam, otrora tan combativa, la hemos visto también en un trabajo más bien tranquilo, de reclamar y declarar públicamente alguna insatisfacción. Pero nada más. Y todo esto en medio de una realidad desastrosa en las respectivas áreas laborales.

En ese contexto, nuestro Colegio Médico de Chile se ha mantenido en la misma línea histórica de trabajo constante, negociando con el Ministerio de Salud. Durante todo el año se trabajó en una serie de temas que benefician a los médicos del sector público, de los cuales se da una cuenta en esta edi-

ción. En nuestro Regional, una vez más, se ha estudiado el tema de Urgencias, y a partir de este estudio es que se generó la pregunta respecto de “cuál es la postura del Colegio acerca de la salud en Chile”, sea ésta pública, privada, Fonasa o isapre, en un intento por querer llegar a “el modelo de atención de salud que queremos los chilenos”.

Nuestro Regional está participando en generar las respuestas a estas importantes preguntas y los documentos que se están elaborando serán dados a conocer a través de nuestros medios de comunicación y de las reuniones de Capítulos, AG y otras instancias de organización médica durante el año 2013. Nuestra tarea será estrechar las comunicaciones con los médicos y escuchar sus inquietudes, ideas, sugerencias, peticiones y críticas. En este punto es necesario también comunicar a nuestros afiliados que el Colegio Médico ha trabajado en instaurar un nuevo modelo de administración, del cual daremos cuenta en las siguientes ediciones de nuestra revista y que ha significado capacitación y aun renovación de personal en todos los Regionales del país.

Para finalizar, les deseo a todos un año 2013 exitoso, tanto en lo personal como en lo profesional. Buena salud y éxito a todos nuestros colegas y sus familias.

# En esta edición

**Palabras del Presidente**  
El Colegio Médico y la salud de Chile

PAG 01

**Editorial**  
¿Qué hace el Colegio Médico por mí?

PAG 03

**Gremial**  
Colegio Médico logra acuerdo por Estímulo a la Carrera Funcionaria

PAG 04

**Gremial**  
Formación de especialistas podría convertirse en proyecto de ley

PAG 06

**Gremial**  
Inquietud por crítica situación de Urgencias en hospitales locales

PAG 07



**Día del Médico**  
Reconocimiento a médicos con 50 años de profesión

PAG 08



**Día del Médico**  
Cena de camaradería. Distinciones, premios, humor y sorpresas

PAG 10

**Noticias**  
PAG 14

**Colaboración**  
Las claves del exitoso nuevo sistema de salud chileno

PAG 16

**Ética**  
Relación del médico con sus colegas

PAG 20

**Historia de la Medicina**  
Aspectos históricos de conductas sociales a partir de una película

PAG 22

**Médicos Escritores**  
"Aries"

PAG 26

"Se ve cansado, maestro"

PAG 27

**Deportes**  
Termina un año de logros y comienza otro con más desafíos

PAG 28



**Tecnología**  
Predicciones tecnológicas para el 2013

PAG 30

**Al Cierre / Obituario**  
PAG 32

# editorial

## ¿Qué hace el Colegio Médico por mí?

La medicina constituye un acto libre de servicio al prójimo, y para que éste ocurra adecuadamente, el concepto "libre" es fundamental. El acto médico en plenitud no puede ser realizado si no es bajo la libertad de practicarlo ni tampoco sin cumplir con los valores éticos fundamentales de la medicina. Para proteger esta autonomía es que existe el Colegio Médico. También imprescindible es resguardar el "contrato social" que conforma el compromiso de los médicos con sus pacientes. También para ello existe nuestro Colegio Médico.

En definitiva, el Colegio es la principal herramienta de los médicos para defender el ejercicio adecuado de la medicina. Y también es el instrumento fundamental de la sociedad para la defensa del acto médico en condiciones óptimas. Es decir, el hecho de que exista esta Orden y que los médicos de un país estén colegiados es una necesidad social.

Planteado esto, surge la pregunta: ¿qué hace el Colegio Médico por los médicos de Chile? Sí, por "los médicos de Chile", porque nuestra Orden no sólo vela por sus afiliados, sino que defiende la profesión médica en su totalidad. En otras palabras, los beneficios y logros obtenidos son para "todos" los médicos del país.

Pues bien, durante el 2012 el Colegio Médico hizo un extenso *lobby* para frenar la promulgación de la Ley de Isapres que atenta contra la libre elección y el libre ejercicio de la medicina. Actualmente, esa ley está en revisión y la batalla sigue en marcha.

Logró mejorar las condiciones de incentivo al retiro de los colegas mayores de 60 años, ley que entrará en vigencia el 2013.

También consiguió una mejora en los sueldos de todos los médicos que trabajan en las urgencias públicas del país (colegiados y no colegiados por igual). Además, ayudó a solucionar múltiples conflictos locales y apoyó a colegas en situación de menoscabo (como los traumatólogos de Quillota, por ejemplo).

Otra de las principales acciones tiene que ver con el compromiso adoptado por el Regional Valparaíso con las Asociaciones Gremiales de Médicos Especialistas de nuestra región, respaldándolas en su actuar.

Pese a todo esto, hay colegas que lamentablemente piensan que el Colegio Médico es un club de beneficios cuya principal función es conseguir un descuento con alguna marca de autos o tener un club de campo para ir a jugar tenis. Sabemos que aquellos colegas son los menos y que la gran mayoría tiene claras las funciones fundamentales de nuestra organización gremial y la abnegada labor que hacen sus dirigentes en defensa de todo el gremio.

¿Qué hace el Colegio Médico por mí? Lo anterior y mucho más. Quedan muchas otras cosas por hacer, por supuesto, pero para ello necesitamos un Colegio fortalecido, uno donde los médicos crean y participen en él. La sociedad chilena necesita un Colegio fuerte. Así que, la verdadera pregunta que debiéramos hacernos es: ¿Qué hago yo por el Colegio Médico y, en definitiva, por todos los médicos de este país?



Dr. Humberto Verdugo Marchese  
Director Panorama Médico

PANORAMA  
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 22 – Número 92 – Diciembre 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. Eduardo Bastías, Dr. Jorge D'Albora, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Cristian Morales / **Edición periodística:** 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 Valjejos / **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.



● Tras varios meses de intensa negociación, en noviembre pasado la Comisión Negociadora del Colegio Médico consiguió llegar a acuerdo con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, dando por aprobado el Estímulo a la Carrera Funcionaria.

La Dra. Magali Pacheco, vicepresidente del Colegio Médico y quien encabezó la Comisión Negociadora, se mostró satisfecha con el resultado de las gestiones realizadas. “Estamos muy contentos porque conseguimos este gran logro que era una de las metas que se propuso nuestra directiva, porque beneficia a los médicos de mayor edad que merecen un reconocimiento por todos los años entregados a la profesión y a su gran vocación de servicio público. Fuimos criticados e incluso se dijo que la negociación estaba detenida, pero esas críticas sólo nos hicieron más fuertes y hoy podemos celebrar este gran triunfo para nuestro gremio”, señaló.

#### COMISIÓN NEGOCIADORA

La Comisión que negoció con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda estuvo integrada por:

- Dra. Magali Pacheco, vicepresidente del Colegio Médico
- Dra. Rebeca Paiva, presidenta del Departamento de Trabajo Médico
- Dr. Pablo Araya, presidente del Consejo Regional Santiago
- Dr. Mauricio Osorio, consejero general
- Adelio Misseroni, abogado jefe del Colegio Médico

## Colegio Médico logra acuerdo por Estímulo a la Carrera Funcionaria

Este importante logro era uno de los grandes anhelos en materia de reivindicación gremial y permitirá a un grupo significativo de médicos optar por el retiro voluntario con 11 sueldos más un bono adicional, cuyo monto dependerá de las horas que tengan contratadas en los servicios. Los médicos liberados de guardia tendrán un estímulo adicional a los ya señalados.

En relación al acuerdo, que comenzará a regir a partir de 2013, tendrán derecho a este beneficio los profesionales funcionarios que tengan 62 años

en el caso de las mujeres y 67 años en el caso de los hombres, y que se hayan desempeñado a lo menos 11 años en la salud pública. Estos médicos obtendrán 11 meses de remuneración imponible.

Adicionalmente, los profesionales con a lo menos 15 años de desempeño en el sector público tendrán derecho a una bonificación, dependiendo del número de horas contratadas;

- 300 UF para quienes tengan 11 horas.
- 400 UF para quienes tengan más de 11 y hasta 22 horas.
- 500 UF para quienes tengan más

de 22 y hasta 43, incluyendo en este grupo a quienes tengan cargos en extinción del artículo 6° de la ley N° 19.230.

• 650 UF para quienes tengan cargos 44 y 33-28. Para estos efectos, el cargo adicional en extinción del artículo 6° de la ley N° 19.230 se considerará de 28 horas (liberados de guardias). Los profesionales que tengan cargos 33-28 tendrán, además de las 650 UF, un sueldo adicional.

Los médicos que tengan un cargo adicional en extinción de la ley N° 19.230 (liberados de guardias) podrán percibir la remuneración de este cargo durante los cuatro meses siguientes a la fecha acordada para su cese de funciones, debiendo celebrar un “convenio de disponibilidad” para ser llamados a prestar servicios en ese período, si fuere necesario en casos excepcionales.

El abogado jefe del Colegio Médico, Adelio Misseroni, aclaró que el monto se calculará en base a la renta imponible, que se define como “renta sobre la cual se calcula el monto que debe pagarse por concepto de impuestos y/o leyes sociales, como previsión y salud”. Por consiguiente, se comprende en la mayoría de los casos el total de los haberes, excluyéndose sólo algunas asignaciones como la de zona.

El presidente del Consejo Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, valoró el trabajo de la vicepresidenta de la Orden y las gestiones de toda la comi-

sión ante la Dirección de Presupuestos. “Es la primera vez que el Colegio Médico se entiende directamente con el Ministerio de Hacienda, y el trabajo de la Dra. Pacheco fue silencioso, pero muy eficaz. Las cifras obtenidas son superiores a las de otros años, y creemos que pese a que se aumentó en dos años la edad para jubilar, la cifra es altamente atractiva para los colegas”.

Se espera que el Ejecutivo envíe prontamente al Parlamento el proyecto de ley que establece este beneficio, el que debería tener una rápida tramitación para que se haga efectivo a partir del próximo año.

En caso de dudas respecto de este acuerdo, el abogado jefe del Colegio Médico, Adelio Misseroni, está disponible para responder las consultas de los médicos, las que pueden ser enviadas al correo [amisseroni@colegiomedico.cl](mailto:amisseroni@colegiomedico.cl).

Finalmente, es necesario señalar que para conseguir este positivo resultado, la voluntad de diálogo y el trabajo de la comisión fueron fundamentales, pues permitieron conseguir

este logro sin tener que recurrir a las medidas de presión habituales, como paros o movilizaciones, que representan un enorme desgaste para el gremio y va en detrimento de la atención de pacientes.

P.M.E

#### ALGUNOS EJEMPLOS

Un médico liberado de guardias (22 horas) del Servicio de Salud Magallanes con 23 años en el servicio público tiene una renta bruta de \$4.122.739 y su renta imponible será de \$2.456.010, diferencia que se produce por la asignación por zonas extremas.

En lo concreto, este médico recibirá 11 sueldos de \$2.456.010, más 500 UF (por su cargo de 22 horas) y por ser liberado de guardias recibirá, además, durante 4 meses su renta bruta (\$4.122.739). Bajo este cálculo se estima que en este caso el médico recibirá una cifra cercana a los \$55.000.000.-

En tanto, para un médico del Servicio de Salud Central, liberado de guardias, con 23 años en el servicio público y que tiene un sueldo bruto de \$2.517.238, el cálculo se sacará en base a este mismo sueldo, ya que se considera como el monto imponible. En total recibirá aproximadamente \$39.000.000.-



## Formación de especialistas podría convertirse en proyecto de ley

La Comisión de Salud del Senado abordó la formación de especialistas en medicina, el actual déficit en Chile y las formas de solucionarlo.

● El pasado mes de octubre la Comisión de Salud del Senado realizó un completo análisis sobre la realidad y el futuro de la formación de especialistas en medicina.

En las jornadas de discusión expusieron la Dra. Cecilia Sepúlveda, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Dr. Antonio Orellana, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso; Dr. Pablo Araya, jefe del Departamento de Formación, Capacitación y Estudios del Ministerio de Salud; Dr. Vicente Valdivieso, secretario ejecutivo de la Agencia de Acreditación de Programas y Centros Formadores de Especialistas APICE; Dr. Octavio Enríquez, jefe del Departamento de Formación y Acreditación del Colegio Médico; Benito Barros, jefe del Departamento de Relaciones Institucionales de la División de Educación Superior del Ministerio de Educación; y Dr. Miguel Berr Lama, gerente comercial del Hospital Clínico de la Universidad De Chile.

Respecto de los diversos contenidos presentados en las exposiciones, el consejero regional por Valparaíso Dr. Hugo Reyes, quien participó de la instancia senatorial, señala que “fueron extremadamente interesantes y todos confirman un importante déficit de especialistas en Chile, muy acentuado en algunas regiones, y se hizo hincapié en que la formación de especialistas debiera ser financiada por ley”.

El facultativo también menciona algu-

nos de los acuerdos a los que llegó la Comisión. “Después de la última reunión se acordó que de esta instancia tenía que salir un proyecto de acuerdo de la Comisión o, más importante aún, un proyecto de ley desde el Ejecutivo, que aborde el tema de la formación de especialistas y su financiamiento”.

Para el consejero general por Valparaíso, lo más trascendental de la instancia de discusión en la Comisión senatorial fue “cerciorarnos de que los senadores que constituyen la Comisión de Salud, más allá de sus distintas posiciones políticas, todos entendían que éste es un problema de Estado, no de gobierno. Eso nos pareció muy relevante porque si logramos que la salud sea una política de Estado nos ahorraríamos todos los cambios que cada gobierno implementa cuando asume”.

### ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES

Respecto del actual proceso de acreditación de programas de especialidades médicas y que termina en diciembre de este año, la Comisión acordó posponer su término para el 2015, de modo que los procesos sigan realizándose tal como lo permite la legislación vigente.

En ese sentido, el Ministerio de Salud ya anunció que el proceso de certificación de las especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas, tendría una pró-

rroga de dos años.

La información la confirmó el subsecretario de Redes Asistenciales, Luis Castillo, quien indicó que la decisión fue adoptada debido al retraso que presentan las facultades de Medicina de las distintas universidades del país en el cumplimiento del proceso. “Los programas de las universidades no se han presentado todavía a hacer el trámite. Están muy atrasados. Estamos dando dos años más de gracia para que se pongan al día”.

El decreto extiende el plazo hasta enero de 2015, y reconoce 24 especialidades y 18 subespecialidades médicas. En el caso de los odontólogos, admite 11 especialidades y una subespecialización.

Respecto a las razones de los bajos niveles de certificación, esto puede deberse a que algunos consideran que la acreditación es muy difícil, que se han pedido estándares demasiado altos, opinión que es compartida por el Colegio Médico y a la que se refiere también el consejero general, Dr. Hugo Reyes. “Como Colegio consideramos que APICE tiene estándares demasiado altos con los que no lograríamos jamás tener los especialistas que el país requiere, por lo que solicitamos que APICE se adecúe a la realidad que estamos viviendo para poder tener los especialistas que necesitamos”.

Estos “altos estándares” a los que se refiere el Dr. Reyes dicen relación principalmente con que se piden demasiadas horas universitarias (docentes) por cada becado en formación. “Las universidades aducen que lo que se les cancela por cada formación de becado es muy bajo y que eso no da para tener tantas horas docentes por cada especialista en formación”, concluye.

PMÉ



Algunos de los expositores en la Comisión de Salud: el jefe del Departamento de Formación y Acreditación del Colegio Médico, Dr. Octavio Enríquez; el secretario ejecutivo de la Agencia de Acreditación de Programas y Centros Formadores de Especialistas APICE, Dr. Vicente Valdivieso; el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Dr. Antonio Orellana; el Dr. Pablo Araya, jefe del Departamento de Formación, Capacitación y Estudios del Ministerio de Salud; y la decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Dra. Cecilia Sepúlveda.

## Inquietud por crítica situación de Urgencias en hospitales locales

Preocupación existe en la directiva del Colegio Médico Valparaíso por las condiciones en que los médicos de Urgencia de los hospitales de Valparaíso y Viña del Mar están prestando atención de salud a los población, situación que es extensiva a la mayoría de los servicios de urgencia del país.



● “Ésta situación es de larga data y hace tiempo que dejaron de ser ‘hechos puntuales’ como reiteradamente lo han sostenido las autoridades de los últimos gobiernos”, señala el presidente regional del Colegio Médico, Dr. Juan Eurolo, refiriéndose a las condiciones laborales de los médicos que Urgencia.

Es que el Colegio Médico, y en particular el Consejo Regional Valparaíso, han denunciado en más de una oportunidad ante el Ministerio de Salud y también ante los medios de comunicación las difíciles condiciones en que tiene que laborar el personal de las unidades de emergencia, especialmente en los hospitales Van Buren y Fricke, y que no les permite a los médicos entregar una adecuada atención de salud.

Al gremio además le llama la atención que se haya promulgado una ley de Derechos y Deberes de los Pacientes que consigna el derecho “a una atención segura y de calidad”, cuando en la práctica no siempre se puede cumplir con las normas y protocolos establecidos. “En las Unidades de Emergencia se está trabajando con los estándares mínimos”, sostiene Eurolo.

Para abordar estos temas, hace algunos meses consejeros del Colegio Médico Regional se reunieron con médicos de las Unidades de Emergencia Adulto de los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Buren y así conocer de primera fuente las situaciones que a diario deben enfrentar en las postas de estos establecimientos.

Tras la reunión, los dirigentes gremiales y los profesionales de ambas Unidades de Emergencia acordaron realizar un tra-

bajo conjunto con el objeto de definir estrategias que permitan conseguir alguna mejora de las condiciones. Así, por ejemplo, consejeros de nuestro Regional han acompañado a los profesionales de la Unidad de Emergencias del Hospital Fricke en gestiones ante autoridades ministeriales.

Sin embargo, el entusiasmo inicial de los profesionales poco a poco ha ido decaído. Según explica Eurolo, “hay mucha decepción en los profesionales, por las complicadas condiciones de trabajo en las que se tienen que desempeñar y por la indolencia de las autoridades frente al tema. Esto los tiene en tal estado de estrés que les ha impedido seguir dando la lucha en pro del gremio y muchos han preferido irse”.

### COMISIÓN DE URGENCIAS DEL COLEGIO MÉDICO

En ese escenario, el Colegio Médico impulsó la formación de una Comisión que estudiara y analizara la crisis de atención en las Unidades de Emergencia y, junto con ello, propusiera soluciones que fueran factibles de implementar en el más breve, mediano y largo plazo.

Esta Comisión de Urgencias, en la que participa el consejero general por Valparaíso, Dr. Hugo Reyes, invitó a médicos que trabajan y/o dirigen Servicios de Urgencia públicos y privados en Santiago, Valparaíso y Concepción, entre ellos, la jefa de Urgencia del Hospital Carlos van Buren, Dra. Gloria Fuentes.

El estudio de la Comisión permite concluir que la crisis en las Urgencias tiene

un origen multifactorial y es más bien un síntoma de un sistema de salud deficitario. Además, permitió identificar problemas que pueden agruparse fundamentalmente en tres áreas: déficit de recursos (financiero, físico y humano), déficit de camas asistenciales, y modelo de atención.

### 1) DÉFICIT DE RECURSOS

Los recursos financieros están absolutamente sobrepasados y el Auge, siendo una política pública valorada por la gente, repercutió directamente en las urgencias y en las atenciones No Auge, aumentando las expectativas de la población por una atención oportuna y de calidad.

El nivel Primario, no cuenta con los recursos físicos necesarios en cantidad ni calidad. Faltan elementos de diagnóstico y terapéuticos que lo hagan más resolutivo, evitando traslados innecesarios.

El recurso humano también es escaso. Además del dramático déficit de médicos especialistas, a ello se suma la necesidad de adecuar las competencias profesionales del personal a la diversidad de la demanda y a la complejidad de las atenciones que se otorgan en los servicios de urgencia. Esto, debido al acelerado cambio del perfil demográfico de nuestra población y al cambio epidemiológico.

### 2) DÉFICIT DE CAMAS

En la atención de adultos, los servicios de medicina, cirugía y las camas destinadas a la atención de pacientes críticos no se han adaptado a la velocidad requerida para abordar sus nuevas demandas y resultan insuficientes para el creciente requerimiento de camas desde las urgencias.

### 3) MODELO DE ATENCIÓN

Uno de los problemas del modelo actual es una gestión en red que no funciona, fundamentalmente porque coexisten dos sistemas de salud (ministerial y municipal) en paralelo, que no dialogan, y uno de ellos con baja resolutiveidad, como la Atención Primaria. Y esta baja resolutiveidad hace que la gente pierda confianza y ante eso prefiera ir a las postas de los hospitales, saturándolas.

Sobre la base de este diagnóstico, la Comisión entregará próximamente al Consejo General el documento final con propuestas plausibles de implementar en el corto plazo. En ese sentido, el Colegio Médico de Chile se hace un deber profesional y ético plantearle al país y a las autoridades de Salud, las medidas que considera necesarias e impostergables para gestionar adecuadamente y resolver los problemas observados en la atención de los Servicios de Urgencia.

PMÉ

# Reconocimiento a médicos con **50 años** de profesión



● El Día Internacional del Médico –que se celebra el 3 de diciembre de cada año– se ha transformado para el Consejo Regional Valparaíso en la instancia perfecta para celebrar la trayectoria profesional de los médicos de la región y este año no fue la excepción.

Es por eso que en una ceremonia solemne 14 médicos recibieron un merecido reconocimiento por sus 50 años de profesión.

En la ocasión, el presidente del Colegio Médico Regional, Dr. Juan Eurolo, destacó que muchos de los homenajeados fueron o siguen siendo docentes y, por tanto, formadores de varias generaciones de médicos, “quienes nos inculcaron la importancia de esta clásica práctica que es la clínica, la semiología, el examen y la anamnesis, todas las cuales producen ese ambiente mágico de confianza mutua, casi confesional, que es la relación médico-paciente”.

Al término de la ceremonia, los asistentes disfrutaron de un cóctel, que fue el marco ideal para reencontrarse con antiguos compañeros de curso y compartir recuerdos, anécdotas e historias de vida.



El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo hace entrega de un obsequio al Dr. Agustín Ascorra.



El Dr. Ernesto Contreras junto al secretario del Regional Valparaíso, Dr. Frano Vazón.



El Dr. Gustavo Charme junto al Dr. Juan Eurolo.



El Dr. Frano Vazón entrega un obsequio al Dr. Patricio Dazzarola por sus 50 años de trayectoria profesional.



El Dr. Raúl Dazzarola recibe un obsequio por sus 50 años de profesión de manos del Dr. Juan Eurolo.



El Dr. Ernesto Kaplan recibe el reconocimiento de manos de su hijo, el Dr. Francisco Kaplan.



La Dra. Mónica Leniz junto al secretario del Regional Valparaíso, Dr. Frano Vazón.



El Dr. Juan Eurolo hace entrega de un obsequio al Dr. Luis Martínez.



El Dr. Fernando Meyer junto al secretario del Regional Valparaíso, Dr. Frano Vazón.



El Dr. Carlos Páez y el Dr. Frano Vazón.



El Dr. José Francisco Puig junto al Dr. Frano Vazón.



El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, hace entrega de un obsequio al Dr. Jorge Ruiz.



El Dr. Simón Sacks recibe el reconocimiento por sus 50 años de profesión de manos del Dr. Frano Vazón.



El Dr. Iván Seperiza recibe un obsequio de manos del Dr. Juan Eurolo.

# Cena de camaradería

## Distinciones, premios, humor y sorpresas

● Otra de las actividades regionales de celebración del Día del Médico fue una cena de camaradería, que este año contó con la presencia del presidente nacional del Colegio Médico, Dr. Enrique París; el tesorero nacional y presidente del Fondo de Asistencia Médico Legal, Dr. Sergio Rojas; y el presidente del Consejo Regional Santiago, Dr. Pablo Araya.

En la oportunidad el Dr. Enrique París, presidente del Colegio Médico, hizo hincapié en que un médico debe siempre procurar el bienestar humano, recordando que la natu-

raleza de la medicina es asistencial y ética.

Y parafraseando al Dr. Alejandro Goic, autor del *El fin de la Medicina*, el presidente del Colegio Médico llamó a reflexionar y pensar que “si nosotros estuviésemos enfermos quisiéramos que nuestro médico fuera idóneo, responsable, honesto, compasivo y prudente. Debemos recordar siempre que debemos aplicar estos mismos conceptos a nuestros pacientes”.

En esta celebración también se reconoció la trayectoria de algunos médicos, esta vez de quienes cumplieron 25 años de ejercicio profesional. Además, con la animación de Carlos “Superocho” Alarcón, se sortearon diversos premios entre los asistentes, quienes también disfrutaron de humor de Paulo Iglesias y bailaron animadamente al ritmo de la Orquesta Los Guaicos.



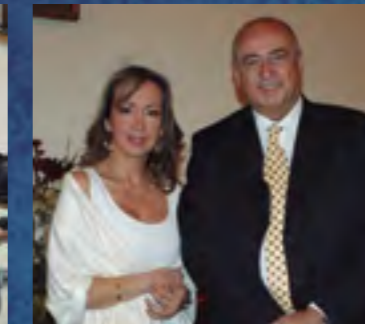
La Dra. Paz Martínez recibe el premio regional sorteado por el Fondo de Solidaridad Gremial.



Médicos que cumplieron 25 años de trayectoria profesional, acompañados por algunos consejeros regionales.



Algunos de los asistentes a la celebración.





## Socio del Regional Valparaíso se adjudicó el Hyundai Tucson

Tal como se había anunciado, el pasado 15 de noviembre se realizó el sorteo de un vehículo Hyundai Tucson entre los asociados que estuvieron al día en sus cuotas del Colegio Médico y del Fondo de Solidaridad Gremial.

Ganador del vehículo resultó el Dr. David Guerra Rosales, colegiado en el Consejo Regional Valparaíso.

El Dr. Guerra recibió su premio de manos del presidente regional del Colegio Médico, Dr. Juan Eurolo.



## 30 años de servicio en el Hospital Van Buren

En octubre pasado, el Consejo Regional Valparaíso hizo entrega a los doctores Rossana Marchetti, Margarita Peñafiel y Guillermo Miranda, de un reconocimiento por sus 30 años de

servicio en el Hospital Carlos van Buren. Las distinciones fueron entregadas por el consejero regional, Dr. Ramón García.



*Dr. Margarita Peñafiel.*



*La Dra. Rossana Marchetti recibe el reconocimiento junto a sus pacientes en el policlínico.*



*Dr. Guillermo Miranda.*

## Asociación Médica Argentina distingue a los doctores Jaime Venezian y María Isabel López

Los facultativos Jaime Venezian Leight y María Isabel López Benavides fueron galardonados por la Asociación Médica Argentina con el Premio "Doctor Carlos Reussi - Maestro de los Andes", en reconocimiento a sus destacados aportes al desarrollo de la disciplina y la educación médica, así como también por su dilatada trayectoria académica y profesional.

El Premio "Doctor Carlos Reussi" fue instituido en 1993 en homenaje a dicho facultativo trasandino, quien en la década de 1980 promovió el fortalecimiento de los vínculos entre los médicos de Chile y Argentina, en un período en que la tensión dominó las relaciones entre los dos países.

*La Dra. María Isabel López junto al presidente de la Asociación Médica Argentina, Dr. Elias Hurtado.*



## Falmed dicta charla a médicos de Urgencia del Hospital Van Buren

Cerca de cuarenta médicos de las unidades de Emergencia Adulto y Emergencia Infantil del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso se dieron cita en la charla que dictó la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, Falmed.

En la oportunidad se trataron temas como la judicialización de la práctica médica, las mediaciones en materia de salud, el marco normativo de la Atención de Urgencia y la Ley de Licencias Médicas, entre otros.

El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, entregó sugerencias ante la entrada en vigencia de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente y se refirió a los riesgos médico-legales en el ejercicio de la profesión. Además, puso particular énfasis en la necesidad de cambiar el enfoque ante la nueva Ley, pues si bien presenta varias imperfecciones, "constituye más que una



amenaza, una oportunidad para exigir más tiempo para la atención y mejores condiciones de infraestructura; ahora se trata de una necesidad amparada por la ley, lo que pone a los médicos más cerca de los pacientes".

Cabe señalar que la actividad fue solicitada a Falmed por la jefa de la Unidad de Emergencia Adulto del hospital porteño,

Dra. Gloria Fuentes, quien se mostró muy conforme con la charla. "Fueron muy buenas las exposiciones y muestra de ello es que el auditorio estuvo lleno durante toda la jornada. En lo personal he contactado en más de una oportunidad a Falmed para realizar este tipo de actividades y siempre he tenido una muy buena respuesta y una cooperación inmediata. Realmente ha sido un gran aliado", sostuvo.

## Dr. Eduardo Bastías recibe "Medalla Universidad Andrés Bello"

Por su aporte al desarrollo científico humanista y a la formación de la carrera de Medicina de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, el pasado 12 de diciembre esta casa de estudios le otorgó al Dr. Eduardo Bastías Guzmán la "Medalla Universidad Andrés Bello".

Con un auditorio repleto el vicerrector de la sede Viña del Mar de la UNAB, Juan Carlos Bull, hizo un recorrido por la extensa trayectoria tanto profesional como académica del homenajeado, destacando su carácter, coraje y convicción respecto de la formación valórica de las nuevas generaciones de médicos.

El homenajeado agradeció el reconocimiento y en un emotivo discurso abordó la responsabilidad y rol fundamental del docente en la formación de los futuros profesionales. El académico destacó la entrega no sólo de conocimientos sino también de aspectos fundamentales que permiten alcanzar una positiva relación médico-paciente.

El Dr. Bastías recibió el saludo del Colegio Médico, representado por su presidente regional, el Dr. Juan Eurolo Montecino.



# ■ NUEVO TIEMPO ■



## Las claves del exitoso nuevo sistema de salud chileno

De acuerdo a la autoridad del Ministerio de Salud, la crisis del sector salud obedecía a un problema estructural más que financiero. El "gran cambio" está en la asignación de los recursos estatales.

A dos años de implementado el nuevo sistema público de salud, la situación que se ha podido constatar en los distintos servicios de urgencia y consultorios del país es diametralmente opuesta a lo que estábamos penosamente acostumbrados.

Hoy, los enfermos son atendidos oportunamente, las salas de espera presentan menos aglomeraciones y el personal trabaja tranquilo. ¿Cómo se logró? ¿Cuál fue la varita mágica que agitó el gobierno para alcanzar estos resultados?

En entrevista exclusiva con nuestro medio, la autoridad del Ministerio de Salud asegura que no hubo prodigio ni varita mágica. "Sólo bastó cambiar el enfoque del modelo de salud imperante,

manifiestamente insuficiente", afirma.

Efectivamente, las autoridades apostaron a que los usuarios, involucrados en los procesos de cambio de los últimos años, estaban en condiciones de dar el gran salto y alinearse con el nuevo modelo de salud. "El chileno común reclama, cada vez y con más fuerza, sus derechos en materia de salud -aunque aún le falta cumplir con el mismo vigor sus deberes- y quiere tomar sus propias decisiones. El paternalismo ancestral que decidía por ellos, y que fue utilizado asiduamente como instrumento político, va en retirada", señala la autoridad.

Desde la perspectiva del gobierno, "la crisis del sector salud obedecía a un problema estructural más que finan-

ciero. Los innumerables esfuerzos por mejorar el sistema de salud resultaron infructuosos e incapaces de dar el impulso necesario. Sobre la base de estos antecedentes, consideramos que para generar un cambio efectivo era necesario un nuevo enfoque, una mirada diferente al modelo con que se concibió el sistema público de salud chileno, hace más de medio siglo".

**-¿Y cuál fue la receta?, ¿cuál fue ese cambio, aparentemente tan exitoso?**

-Desde siempre, la asignación de los recursos del Estado para la salud estuvo orientada a subsidiar a los prestadores de los servicios de salud. Dicho de otro modo, se subsidiaba la oferta de salud. El dinero circulaba desde las arcas fis-



cales a los prestadores, sobre la base de presupuestos históricos, para costear las prestaciones requeridas por los usuarios. Con estos recursos, los establecimientos -postas, consultorios u hospitales- abrían sus puertas para atender a sus usuarios, cada vez que lo requerían.

Sin embargo, añade el personero, "aquel prototipo paternalista de la salud adolecía, intrínsecamente, de debilidades que lo llevaron a un punto irreparable". Por una parte, la medicina se encarecía; por otra, quienes dirigían los establecimientos de salud lo hacían con la certeza de que cualquiera fuese el resultado de su administración, el Estado financiaría la deuda contraída; y por último, "los beneficiarios no reparaban en que las prestaciones que exigían y recibían -ciertamente gratis o casi gratis- tenían un costo que alguien solventaba".

"Como lo que se regala no se valora del mismo modo que cuando hay un esfuerzo detrás, quien recibía aquellos beneficios nunca tuvo conciencia de la necesidad de cuidar los recursos que el Estado destinaba para su propia salud. Al beneficiario común le era indiferente consultar una o diez veces; ir al consultorio de atención primaria o al servicio de urgencia, por la misma patología; seguir o no las indicaciones médicas, o peor aún, algo tan elemental como cuidarse a sí mismo o no", explica.

Esta concepción de la salud y otras convicciones arraigadas para justificar la ineficiencia, como aquella de que *la salud no tiene precio*, "debilitaron al sistema en su aspecto más vulnerable, el financiero", enfatiza la autoridad. Efectivamente, la salud no tiene precio, pero sí tiene un costo que no sólo es nece-

sario solventar, sino contener. "Esto último apunta a que cada beneficiario debe hacerse cargo de esta contención como si cada cual tuviese que pagar, de su bolsillo, lo que gasta en su salud. En nuestra opinión, esta sí que es solidaridad efectiva; solidaridad en el aporte y solidaridad en la utilización de los recursos".

**-¿Y por qué no se había aplicado antes?**

-Si no se aplicó antes fue porque ciertos grupos, con intereses ajenos, aducían majaderamente que la implementación de un modelo como éste significaba la privatización de la salud.

**-¿Y cuál fue la receta magistral prescrita a la salud pública chilena?**

-Un cambio profundo en la asignación de los recursos estatales. La viga maestra de este cambio ha sido que cada ciudadano, beneficiario del sistema estatal de salud, disponga de un Fondo Individual de Salud (FIS) que proviene de las cotizaciones previsionales y de un subsidio estatal que le permite acceder, a él y sus cargas, a un Plan Básico de Salud (PBS).

El personero explica que en este nuevo sistema "el ciudadano es soberano de consultar donde quiera y con quien quiera que opere con la modalidad del PBS, sea un prestador público o privado. Cada prestación de salud tiene un arancel que se cancela mediante un sistema de certificación de huella electrónica con cargo a su FIS. Con este solo hecho, el individuo toma conciencia de que cada prestación que recibe tiene un costo y un precio que debe pagar con su FIS. Este es un aspecto clave en la gestión de los recursos".

**-¿Y qué ocurre si el costo de un tratamiento supera el FIS?**

-En esa situación opera un seguro similar al seguro catastrófico de las isapres.

**-Conociendo la idiosincrasia de nuestro país, ¿cree usted que la gente, a sabiendas que el Estado costeará, en último término, las prestaciones recibidas, será consciente para utilizar racional y solidariamente su fondo de salud?**

-Creemos que sí, aunque no es ni será fácil. El despliegue de este sistema requiere de un cambio cultural del ciudadano. Sin embargo, considerando la posibilidad que usted señala, el modelo contempla un incentivo para que el beneficiario administre eficientemente su FIS. "Lo que el beneficiario no gasta durante el año, lo que logra 'ahorrar', se abona en una cuenta personal que podrá utilizar al momento de jubilar, conforme a una reglamentación precisa", explica.

"Con esto, se estimula el autocuidado y la práctica de buenos hábitos. Se toma conciencia, además, que la salud no se regala y que es responsabilidad de cada cual cuidarla, y que si la cuida, recibirá un premio al momento de pensionarse. Sabemos que ningún sistema de salud público, privado o institucional, es *per se* suficiente para dar satisfacción a las necesidades de salud de los individuos, y que lo que aportan no son más que herramientas para que cada persona construya, libremente, su salud".

**-Se dice que 'la salud es un saco sin fondo'. ¿Cómo hace frente el modelo a esta arraigada aseveración?**

-Algo de cierto tiene aquella afirmación; sin embargo, pensamos que el fondo del saco se puede ajustar, en la medida que los recursos se utilicen eficientemente. En el nuevo enfoque, el 'ajuste del fondo del saco' no es sólo responsabilidad del administrador y gestor de la oferta del servicio -como ocurrió siempre- sino también del ciudadano que lo demanda.

*Sigue a la vuelta*



**–Resulta interesante y novedoso lo que nos cuenta, pero no queda claro cómo se conduce, en la práctica, el tema de la salud global en Chile.**

–El Estado continuará cumpliendo su rol en la prevención, fomento y protección de la salud. En este aspecto, junto con mejorar las condiciones sanitarias del entorno del individuo, estamos fomentando el autocuidado, uno de los pilares de la Reforma de la Salud. En lo curativo es donde reside el cambio. Como he señalado, cada ciudadano tiene su ‘fondo de salud’, administrado por Fonasa, cuyos excedentes anuales son acumulados en una cuenta personal, administrada por una entidad pública, que el beneficiario podrá hacer efectivos al momento de pensionarse.

**–¿Dónde debe acudir el beneficiario para ser atendido?**

–El modelo considera dos supuestos esenciales: la excelencia en la administración de los recursos y la soberanía del usuario.

Según detalla la autoridad ministerial, “todos los beneficiarios tienen acceso a un plan básico. Si la persona adscrita al sistema demanda una atención médica, puede acudir a su consultorio tradicional o a uno privado; ambos poseen la misma capacidad resolutoria. Eso sí, los consultorios privados requieren estar acreditados y operar exactamente igual que los públicos, en términos de infraestructura, equipamiento, aranceles y protocolos de atención. En este contexto, el usuario elige el que considera que le satisface más. Dicho de otro modo, el usuario es soberano para elegir dónde y con quién ser atendido”.

Esta dinámica genera una competencia natural entre los distintos centros de atención, tanto públicos como privados y permite, a su vez, “que la calidad de la atención se optimice, sobre la base de la competitividad”. Es sabido que la competencia y los incentivos económicos que se generan son los motores que conducen a la excelencia en el servicio.

“Desde que se implantó el nuevo modelo, han surgido, progresivamente, consultas privadas que brindan atención primaria a sus respectivas comunidades, incrementando la cobertura y la oportunidad de atención, tanto por estar emplazadas en lugares estratégicos de la ciudad, de fácil acceso, como por atender en horarios más flexibles y extensos que los consultorios públicos tradicionales”, explica el personero. Efectivamente, algunos de estos centros atienden hasta pasadas las 20 horas y los

sábados en la mañana. Esto ha derivado en una atención primaria oportuna, eficaz, eficiente y efectiva, en términos que ha logrado reducir la sobrecarga de los servicios de urgencia. Más aún, en la medida que los consultorios se han ido afianzando, en algunas ciudades están emergiendo consultorios privados de urgencia, tipo SAPU.

**–Pero con esto los consultorios municipales y del servicio de salud están en desmedro respecto de los privados y tenderán a desaparecer, con el impacto social y laboral que aquello conlleva.**

–No necesariamente. Eso dependerá de los propios consultorios, del interés que pongan por “subirse al carro” de la calidad y la innovación. En el nuevo escenario, los consultorios tradicionales, al dejar de tener una clientela cautiva – como ha sido siempre – deben competir con los otros centros de atención, públicos o privados, para seguir subsistiendo. La competencia se realiza sobre la base de la calidad y oportunidad del servicio que entregan.

De acuerdo a lo señalado por la autoridad “los consultorios públicos poseen los elementos estructurales para ser de excelencia; sólo les falta el impulso y el estímulo para mejorar, y esto lo facilita la competencia. Tradicionalmente, operaron en un sistema sin contrapeso, en el que daba lo mismo hacer las cosas bien, regular o mal. La calidad era un aspecto secundario que no pasaba



de ser un compromiso de gestión con las autoridades o para cumplir con los requisitos en una eventual acreditación. Poco se pensaba en la satisfacción del usuario y menos en la del cliente potencial. Al fin y al cabo, poseían una clientela segura, cautiva y sometida, y quienes trabajaban allí estaban apenados por estatutos añejos y sindicatos nihilistas, hicieran bien o mal su trabajo”.

**–Todo parece muy interesante, pero es dable pensar que en los consultorios privados pudiesen ocurrir irregularidades que beneficien a los prestadores, como por ejemplo, citar pacientes más veces de lo necesario o pedir exámenes demás, etcétera.**

–Ciertamente, pero no más de lo que ocurría con el modelo antiguo. De todos modos, el modelo contempla un sistema de vigilancia y fiscalización de los prestadores para prevenir y controlar esta posibilidad. Además, el propio consultante se acostubraría a protegerse.

**–¿Y cómo funciona, en la práctica, el sistema? ¿Qué debe hacer una persona para requerir un servicio?**

–El ciudadano elige el lugar donde consultar, sea público o privado, que esté acreditado para operar en el sistema. Cada prestación que recibe tiene un precio que cancela con cargo a la cuenta de su Fondo de Salud, vía *on line*. Lo mismo ocurre con los medicamentos, exámenes y procedimientos que prescribe el médico. Si la persona decide consultar en un consultorio primario privado, el médico le prescribe los medicamentos en un recetario especial y foliado, expendido por Fonasa, que puede despachar en cualquier farmacia adscrita al sistema. El pago se hace, igualmente, con cargo a su fondo. Para los exámenes, el modelo opera igual: el paciente podrá acudir a cualquier laboratorio acreditado que cumpla con los estándares de calidad y acepte los aranceles y condiciones del sistema.

“La atención en un Servicio de Urgencia tiene un precio más elevado, equivalente al triple de una atención electiva. Igualmente, se le cobran los fármacos, exámenes, insumos y procedimientos realizados. Con esto, el modelo pretende estimular tanto el autocuidado como la consulta oportuna en la atención primaria. **Ya no da lo mismo cuidarse o no; ni tampoco, consultar en la urgencia pudiendo hacerlo en la consulta primaria**”, sostiene.

**–¿Y cómo opera el sistema si el paciente requiere una atención cerrada?**

–Si la persona requiere ser hospita-



lizada, ingresa a los establecimientos públicos de acuerdo al protocolo tradicional; no obstante, los costos son pagados con el dinero de su fondo de salud. Si el fondo es insuficiente, opera un seguro o fondo compensatorio que financia la deuda.

**–¿Y cómo se lleva el registro de las prestaciones?**

–El sistema opera con una ficha electrónica a la cual se puede acceder mediante una contraseña, tanto en la atención primaria, sea pública o privada, en los servicios de urgencia y, ciertamente en los centros hospitalarios.

**–¿Hay alguna diferencia para quienes tienen mayores ingresos?**

–Aquellas personas de mayores ingresos pueden optar por el sistema de libre elección, mediante un copago, similar a como era antes.

**–¿Y cómo ha marchado el modelo en este par de años?**

–Los indicadores revelan que ha mejorado la satisfacción usuaria en la atención primaria y SAPU, se ha reducido la presión asistencial en las Unidades de Urgencia y, un aspecto muy importante, mejoraron las condiciones de trabajo de los médicos y personal, en general.

“En efecto –agrega el personero–, si bien el sistema anterior pudo ser efectivo hace medio siglo, terminó siendo insuficiente y obsoleto. No sólo se vio afectado el usuario, sino también el personal responsable de otorgar las prestaciones. Esto se hizo más evidente en los Servicios de Urgencia, donde la presión asistencial sin límites y la insuficiencia de recursos derivaron en un estado de desánimo progresivo que provocó la fuga de los médicos con más experiencia, comprometiendo la calidad de la atención”.

“Por último –añade–, desde la perspectiva de los establecimientos, hospitales o consultorios, este sistema de venta de servicios les permite generar ingresos propios y mejorar su administración, y llevar a cabo una verdadera autogestión”.

**–Pero el modelo implantado significa la privatización de la salud, ¿no es así?**

–Definitivamente no. El modelo implantado no privatiza la salud, puesto que la cotización previsional y el subsidio que el Estado aporta a cada ciudadano adscrito al sistema, se mantiene en un fondo individual administrado por el propio Estado y no va al bolsillo de unos cuantos privados. Lo que contempla este modelo es un modo distinto de asignar los recursos y la libertad del usuario para elegir, libremente, dónde comprar el servicio que requiere, sea una institución pública, privada con convenio, o en ambas.

“Que la prestación la realice un privado –explica– no significa privatizar la salud, toda vez que la relación contractual entre el prestador y el Estado la norma y fiscaliza el propio Estado. Por lo demás, esta manera de asignar los

recursos es coherente con lo señalado en la reforma de la salud, en la que se mira lo público y lo privado como un *mix* y no como elementos excluyentes. Lo que ocurre es que algunos sectores, por cuestiones ideológicas y políticas, más que técnicas, temen incrementar la participación de privados en la gestión de los sistemas de salud.

Finalmente, el personero del Minsal sostiene que “en este punto, tan sensible y controversial, es oportuno recordar lo que Su Santidad Juan Pablo II señala en su encíclica *Centesimus Annus*: ‘Una estructura social de orden superior no debe interferir en la vida interna de un grupo social de orden inferior, privándola de sus competencias, sino que más bien debe sostenerla en caso de necesidad y ayudarla a coordinar su acción con la de los demás componentes sociales, con miras al bien común. Al intervenir directamente y quitar responsabilidad a la sociedad, el Estado asistencial provoca la pérdida de energías humanas y el aumento exagerado de los aparatos públicos, dominados por lógicas burocráticas más que por la preocupación de servir a los usuarios, con enorme crecimiento del gasto (*Centesimus Annus*, n. 48)’”.

● Lo anterior es evidentemente una ficción. No obstante, también es la sincera visión de cómo se puede hacer del actual sistema de salud chileno uno realmente efectivo y eficiente, y que entregue la salud que todos los chilenos se merecen y en donde todos los médicos aportemos en un ambiente digno de trabajo.

**Dr. Jorge D’Albora Padovani**  
Magister en Ciencias de la Salud  
Mención Gestión Hospitalaria. UV.  
Octubre 2012

● La relación con otros colegas es actualmente una obligación para poder atender adecuadamente las necesidades de gran número de pacientes, debido a la complejidad de sus patologías. Muchas veces es ineludible considerar la opinión de varios especialistas para decidir correctamente lo más adecuado para sus condiciones. Esta relación con los otros resulta ser muy beneficiosa tanto para los pacientes como para los propios médicos. Sin embargo, cuando no se respetan las consideraciones éticas que la regulan y se descalifica de manera inadecuada el trabajo que otros han hecho, es actualmente una importante causa de desprestigio para nuestra profesión y también puede significar un daño para el paciente, quien, ante la incertidumbre que significa recibir una información contradictoria, se ve obligado a tener que buscar otras opiniones para poder decidir.

Desde los inicios de la medicina como profesión, hace más de dos mil años, se han impartido especiales indicaciones respecto a las características que debe tener la manera de vincularnos entre colegas en el ámbito profesional. En el Código Hipocrático y posteriormente en la **Declaración de Ginebra (1948)** se ha hecho alusión explícita a las particularidades que debe tener el modo de relacionarnos entre quienes ejercemos el arte de la medicina. Esta última Declaración, entre otras observaciones, establece de manera explícita que: **“debo considerar como hermanos y hermanas a mis colegas”**.

# Relación del médico con sus colegas

Dr. Fernando Novoa Sotta

## ¿CUÁL ES EL ORIGEN DE LOS LAZOS QUE UNEN UNIVERSALMENTE A LOS MÉDICOS?

Existen diferentes respuestas posibles a esta interrogante. Probablemente la más acertada se basa en el hecho de compartir un trabajo que tiene una misma noble finalidad, que consiste en la recuperación y la preservación de la salud de las personas.

La salud ha sido especialmente valorada en el transcurso de la historia de la humanidad en comparación a otras necesidades de los individuos. Con razón se dice que “la salud no tiene precio” cuando se

la compara con otros bienes que también son deseados. Por este motivo, la salud es considerada dentro de los Derechos Humanos y ha sido incluida en nuestra Carta Constitucional como un derecho para todas las personas, y el conjunto de los médicos tenemos la obligación moral de asegurar que este derecho sea otorgado con equidad y justicia para la totalidad de los habitantes del país.

Compartir este objetivo, tan preciado para todo ser humano, es el lazo que une estrechamente entre sí a todos quienes ejercemos la medicina.

## CONSECUENCIAS DE UNA MALA RELACIÓN ENTRE COLEGAS

Debido al progreso científico-tecnológico al que asistimos en nuestros días y a la compleja organización de la medicina actual, las relaciones profesionales tienen una gran variedad de aristas, que pueden ser clínicas, comerciales y académicas, las que dan origen a situaciones que no ocurrían en la antigüedad.

En la actualidad, un mismo paciente es evaluado por diferentes especialistas para determinar cuál es el mejor tratamiento para su enfermedad y, con cierta frecuencia, surgen discrepancias inevitables. Cuando esta discrepancia es transmitida por el colega directamente al paciente, sin las consideraciones que corresponde tener en cuenta, como puede ser la diferente etapa de evolución de la enfermedad, genera desconcierto en los enfermos, lo que muchas veces es el inicio de demandas.

Además, ocasionalmente con el objeto de captar nuevos “clientes” en lugar de esmerarse en dar una atención de excelencia para lograr ese objetivo que es éticamente aceptable, algunos colegas lamentablemente utilizan el recurso inadmisibles de desprestigiar el trabajo del otro médico tratante frente a su ocasional paciente. Esta conducta es una causa significativa de reclamos habitualmente injustificados de los enfermos, que incluso son presentados en calidad de demandas en los Tribunales de Justicia por presunta “negligencia médica”.

Por esta razón, hoy resulta necesario preocuparse sobre la correcta manera de relacionarnos y zanjar apropiadamente las diferencias enteramente comprensibles que podemos tener en relación a los diagnósticos o tratamientos indicados por otro colega.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La aparición de conflictos es esperable en algún momento en todo tipo de relación entre personas. Por este motivo, hoy resulta imperioso reflexionar sobre la correcta manera de relacionarse y la adecuada resolución de conflictos entre quienes ejercen el arte de curar.

Nuestro Código de Ética establece que las relaciones entre médicos deben basarse siempre en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos, cualquiera sea la vinculación jerárquica existente entre colegas.

La solidaridad entre médicos es uno de



...algunos colegas lamentablemente utilizan el recurso inadmisibles de desprestigiar el trabajo del otro médico...

los deberes primordiales de la profesión, y sobre ella sólo tiene precedencia el bien del paciente. Frente a una discrepancia significativa en relación a las indicaciones que un colega ha dado a su paciente, la conducta apropiada es establecer una comunicación directa con el tratante, exponer los fundamentos que determinan esta discrepancia y llegar a un acuerdo.

El Código determina que constituye falta a la ética criticar con terceros, de manera despectiva, las actuaciones profesionales de un colega. Hacerlo en presencia de pacientes, familiares, o públicamente, se considerará circunstancia agravante.

Igualmente, constituye falta a la ética cualquier acto que, directa o indirectamente, pretenda difamar, injuriar o calumniar a un colega en su integridad o ejercicio profesional.

Las discrepancias profesionales deben ser discutidas en privado o en reuniones técnicas.

Si las discrepancias entre colegas fueren de naturaleza ética, podrán acudir a los Tribunales de Ética para que intervengan como mediadores en estos conflictos.

## CUANDO EL MÉDICO SE TRANSFORMA EN PACIENTE

Otro aspecto que también es necesario considerar en las relaciones entre colegas es la situación que por desgracia probablemente todos algún día vamos a experimentar, y es cuando debemos consultar la opinión de un colega, pero ya no en calidad de interconsultor respecto de un enfermo determinado, sino en calidad de paciente.

Ocasionalmente, el trato que ahora el médico recibe como paciente de parte del colega, no siempre cumple con las características que nuestro Código de Ética nos indica en esa situación. Esporádicamente, esta última realidad ha llegado como reclamo, no a la Justicia Ordinaria como los casos de presunta negligencia, pero sí a los Tribunales de Ética del Colegio Médico, por considerar que el trato recibido de parte del médico fue éticamente inadecuado.

Con respecto a la atención entre colegas o a sus familiares, el Código establece que falta a la ética el facultativo que cobre honorarios por la atención de sus colegas, o de los padres, cónyuges o hijos de aquéllos, siempre que estas atenciones sean canceladas con el patrimonio del médico, y sin perjuicio del derecho que le asiste a recuperar los gastos en que haya incurrido por la atención.

Considerando la existencia actual de “seguros de salud” de variadas características, es absolutamente aceptable que el médico reciba el pago de la atención de aquella parte que corresponde al aporte de la institución aseguradora.

En todo caso, el médico tratante deberá realizar esta atención con esmero y en forma oportuna.

Personalmente puedo dar fe de que los médicos a quienes he tenido que consultar en calidad de paciente, y que son numerosos, cumplen todos ellos con creces con ésta y otras indicaciones del Código de Ética.

Para hacer efectiva esta práctica solidaria, es deseable que el médico cumpla con el ritual de cortesía de solicitar en forma personal la atención para él o su familiar.

# Aspectos históricos de conductas sociales a partir de una película

**Dra. Carmen Noziglia del Nido**

Profesora de Historia de la Medicina  
Universidad de Valparaíso



● Hace poco tuve oportunidad de ver la película *Los Coristas* o *Los niños del coro*, que tiene relación con algunos problemas que están en el ámbito de la medicina. Se trata de una hermosa producción estrenada en el año 2004, basada en la propia infancia del director francés Christophe Barratier, cuya trama se desarrolla poco después de finalizada la Segunda Guerra Mundial. En esa época, considerando las difíciles condiciones por las que pasaba Francia, muchos niños vivían en un internado, donde eran castigados con una dureza extrema y frecuentemente de manera injusta, a sabiendas de ello.

Por su especial trama, la película gatilló en mí los recuerdos de una novela romántica llamada *Mi querido enemigo*, de la escritora norteamericana Jean Webster (1876-1916), que mostraba diferentes aspectos de la vida en un orfanato. Entre ellos estaba, por ejemplo, el dilema acerca de si entregar o no en adopción a un niño que vivía con sus hermanos en este orfanato, separando a la familia y conscientes de que probablemente sería para siempre. Ambas películas trajeron a mi mente reflexiones sobre de qué manera se han abordado en Chile ambos temas.

## LOS NIÑOS HUÉRFANOS

En relación con el tema de los niños huérfanos, es sabido que las patologías maternas asociadas al embarazo y al parto han sido históricamente altísimas. Esto fue ya documentado en la Antigüedad por médicos griegos, como se puede ver en el Volumen IV de los Tratados Hipocráticos que está dedicado a este tema. En tiempos del Imperio Romano, Galeno de Pérgamo (130-200) describió la llamada “fiebre puerperal”. Hacia mediados del siglo XIX, el médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) consiguió disminuir drásticamente la tasa de mortalidad por sepsis puerperal en su hospital entre las mujeres que daban a luz mediante la simple recomendación a los obstetras de que se lavaran las manos. Esta básica norma de higiene fue un avance extraordinario, toda vez que el fallecimiento de una madre significaba habitualmente dejar en la orfandad a varios niños, lo que tenía consecuencias sociales de la mayor importancia.

En Chile durante la segunda mitad del siglo XVIII, don Juan Nicolás de Aguirre, Marqués de Montepío, levantó en Santiago una casa para niños expósitos entre calles Moneda Vieja (posteriormente llamada calle Huérfanos), Agustinas, San Martín y Manuel Rodríguez. Los niños llegaban tanto por tener calidad de huérfanos como por abandono materno, el que se acentuó hacia fines del siglo XIX en relación con la urbanización. En efecto, la ilegitimidad –que bordeaba el 30%– fue acompañada de un debilitamiento de las estructuras familiares campesinas que hasta entonces había proporcionado una contención natural. También

*Les Choristes* (Christophe Barratier, 2004).

comenzaron a llegar temporalmente a los orfanatos hijos de mujeres que no tenían cómo mantener a su prole, así como niños cuyas madres debían trabajar. Una vez ingresados al orfanato, los lactantes eran enviados con amas de pecho contratadas para ello y, en caso de sobrevivir a esta etapa, regresaban a la llamada “casa”, desde donde podían ser entregados a un hogar particular para servir de criado, aprendiz o simplemente como compañía. Esta entrega no era definitiva y los niños podían regresar a la “casa”, bien porque no se acomodaban a su nueva situación, bien porque las madres los reclamaban para sí (“los mandaban criar”).

En 1853 el presidente de Chile, don Manuel Montt, logró interesar a las Hermanas de la Divina Providencia, canadienses de paso por Valparaíso, para que se quedaran en Chile y se hicieran cargo de los niños desvalidos de la Casa de Huérfanos de Santiago. Al año siguiente, el gobierno dispuso su traslado a la “Chacra de Lo Chacón”, a gran distancia del centro de la ciudad. Sin embargo, la tornamesa de la Casa de Huérfanos debió permanecer en su antigua ubicación para permitir que las madres que deseaban abandonar a sus hijos en forma anónima pudieran colocar allí a sus hijos



y a continuación girarla para que los recién nacidos pasaran al interior del edificio y no quedaran expuestos al frío nocturno.

Desde fines de esa década se comenzaron a fundar, por iniciativa privada, numerosos “asilos de caridad”, que quedaban bajo la supervisión de la Junta de Beneficencia. Al ir recibiendo cada vez mayor número de niños, muchos de ellos pasaron a ser administrados por alguna congregación de religiosas, las que recibían muchas veces cierto aporte económico por parte del fisco. En Valparaíso, por ejemplo, se crearon por iniciativa laica la Casa de Huérfanos de Valparaíso, la Sociedad de Beneficencia de Señoras, los asilos del Salvador, de Santa Ana, de Dolores, de Lourdes, del Carmen, la Sociedad Protectora de la Infancia de

Valparaíso, la Sociedad de Suplementos y la Casa de Talleres de San Vicente de Paul. Tuvieron a su cargo asilos de huérfanos las Hermanas de la Providencia –que fundaron el Asilo de San José o Casa de la Providencia–, las Hermanas de la Caridad, la Congregación del Buen Pastor y las Hermanas Hospitalarias de San José.

## LOS CASTIGOS CORPORALES A ESTUDIANTES

A mediados del siglo XX, Chile vivía una realidad bastante diferente a la de la posguerra europea: no había huérfanos de guerra y los “escarmientos” ya no se practicaban en los colegios. Sin embargo, en el siglo XIX hubo problemas que podrían considerarse similares en cuanto a su naturaleza: el de los castigos escolares. Los relatos disponibles de tiempos de la Colonia, escritos fundamentalmente en base a reminiscencias, abundan en detalles sobre la brutalidad de los castigos en las escuelas. Según estas narraciones, un castigo común y bastante suave era ponerse de rodillas. El “guante”, por su parte, era una medida que consistía en propinar un escaso número de golpes al joven estudiante. La “palmeta”, un instrumento de madera agujereado y con mango con el que se daban golpes en la palma de las manos, se utilizaba para faltas de mayor consideración, pues era más dolorosa. Rara vez el número de golpes excedía los seis. También se castigaba con la llamada “disciplina”, instrumento hecho de cáñamo dividido en varias ramas, cuyos extremos eran más gruesos. Finalmente estaban los conocidos azotes, que teóricamente se utilizaban únicamente en los casos graves pero que en la práctica, indican



Escena de *Les Choristes*.

los relatos, serían lo único que se aplicaba y sin ningún límite.

Hacia finales de la Colonia gobernó don Luis Muñoz de Guzmán, quien tenía fama de bondadoso. Se dice de él que al pasar frente a una escuela vio a un niño arrodillado en la calle frente a su escuela, lo cual lo conmovió de tal manera que inmediatamente hizo prohibir que los castigos escolares se realizaran fuera del recinto educacional. En su cargo, fue sucedido por Francisco Antonio García Carrasco quien, a su vez, entregó el mando al conocido don Mateo de Toro y Zambrano en 1810. Al poco tiempo, la Junta de Gobierno reglamentó los castigos, limitando los azotes a seis golpes en casos normales y a doce en circunstancias extraordinarias que realmente lo ameritaran. Había derecho de reclamo por un castigo injustamente recibido y la reprobación general por parte del alumnado condujo con cierta frecuencia a una reparación por parte del establecimiento educacional. Incluso hubo casos en que el ejecutor del castigo, ya fuera el profesor o el

mismo director, fueron sancionados mediante el traslado o bien con la suspensión del cargo.

Es conocido que el intelectual y político argentino Domingo Faustino Sarmiento, que vivió largo tiempo en Chile y llegara a ser presidente de su país, justificaba el castigo a alumnos que no fueran realmente culpables con la finalidad de no permitir que la autoridad fuera burlada. Tomaba así distancia con lo que él consideraba los sistemas más “blandos y contemplativos” que se estaban imponiendo a mediados del siglo XIX. Sarmiento es reconocido como uno de los intelectuales latinoamericanos más importantes del siglo XIX y destacó por su preocupación por la educación del pueblo, realizando decisivos aportes para la ampliación y el mejoramiento del sistema público de enseñanza.

Había, por supuesto, quienes se oponían por concepto a cualquier castigo físico, los cuales, con el tiempo, comenzaron a ser prohibidos y sustituidos por penas graduales de acuerdo a la gravedad de la falta: represión privada, pública evitando palabras ofensivas o injuriosas, posturas de pie o de rodillas, encierro en un armario o en una pieza oscura, privación del recreo, retraso en la hora de salida, tarea extraordinaria, aviso a los padres, reprensión de los superiores o de la autoridad local, expulsión temporal o definitiva con derecho a continuar en otro establecimiento, etc. Así, gradualmente, los castigos fueron siendo remplazados por calificaciones semanales de conducta que, a decir de algunos alumnos, “permanecían en los registros y salían a relucir en los exámenes y premiaciones”.

En este espíritu, se inventaron los llamados “certificados de perdón” para futuras faltas o “parcos”, que eran cuadrados de papel con calados y dibujos que otorgaban los maestros como estímulo o como recompensa. Los había de tres tipos: el parco simple, que era el más común, el parco *libis bis* o perdón doble, y el parco *quoquaque crimen* o perdón de todo delito, que era administrado con escasa frecuencia. Sin perjuicio de ello, cuando la falta era demasiado grave el maestro tenía la potestad de dejar el parco sin efecto y simplemente romperlo. Lo mismo sucedía cuando el profesor se daba cuenta de que el parco había sido obtenido en forma ilegítima, por ejemplo “comprado” a un alumno que lo había conseguido justificadamente.

El castigo físico, ya fuera en el colegio o en el hogar, tenía implicaciones morales y pedagógicas. Durante el primer siglo de vida independiente de Chile se debatió sobre su efectividad y la forma en que éste se integraba a la cultura. Sin embargo, no se llegó a conclusiones definitivas y conceptualmente se mantuvo durante toda la centuria.

Entre los otros muchos análisis que se puedan hacer de la película está, por ejemplo, el de la comunicación a través de la música o el de los derechos de los niños.

La temática despertó en mí el interés de hacer la pequeña investigación presentada, que puede servir como marco de referencia para analizar las causas de conductas sociales tales como la entrega de la prole a los orfanatos o los castigos a nivel escolar, que tienen directa relación con el trabajo que nos corresponde realizar como médicos.

PMÉ

# Médicos escritores

En esta edición de *Panorama Médico* publicamos dos cuentos breves de quien es el coordinador habitual de esta sección, el Dr. Eduardo Bastías Guzmán.

El Dr. Bastías nació en Valparaíso. Se tituló de médico cirujano en 1963, en la Universidad de Chile. Posteriormente, se especializó en medicina interna en el Hospital El Salvador de Santiago, y más tarde en cardiología en el Hospital Carlos van Buren. Hoy tiene tres hijos, siete nietos y un bisnieto, y se desempeña como docente en la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, casa de estudios que recientemente lo distinguió con la “Medalla Universidad Andrés Bello”, por su aporte al desarrollo científico-humanista y a la formación de la carrera de Medicina de la institución.

Además de la medicina, el Dr. Bastías también comparte otra profunda pasión: las letras. Este interés se manifiesta desde la infancia. Siendo escolar llegó a presidir la Academia Literaria de su colegio, donde los estudiantes daban lectura y comentaban sus creaciones, asesorados por un profesor. Hoy, él mismo afirma tener “la fortuna de haber podido desarrollar mis dos grandes vocaciones: la medicina y la literatura”.

Tras numerosos cuentos inéditos, emprendió el desafío de escribir una novela dirigida a los jóvenes. “Donde vuelan los cóndores” es una novela didáctica que transcurre en Valparaíso, centrada en una joven universitaria que se infecta con el Virus de Inmunodeficiencia humana. Tuvo dos ediciones privadas en 1993 y 1994, siendo distribuida principalmente en establecimientos educacionales. En 1995 la Editorial Andrés Bello publicó su primera edición de 5 mil ejemplares. Su éxito la ha llevado a ser considerada lectura recomendada en los colegios. Hoy cuenta con 25 ediciones, incluyendo tres encargadas por el Ministerio de Educación, y también ha formado parte de la Biblioteca Juvenil Icarito del diario La Tercera, junto a otros 19 autores de la talla de Antoine de Saint-Exupéry, Julio Verne, Mark Twain y Óscar Wilde, sólo por nombrar algunos.

Con sus cuentos, el Dr. Bastías ha ganado tres distinciones en concursos de Encuentros Latinoamericanos de Médicos Escritores, incluyendo un primer premio en Buenos Aires en 2007. También ha formado parte de jurados en concursos literarios y desarrollado talleres de narrativa. Actualmente es escritor estable de la revista *Salud y Corazón*, y tiene a su cargo la sección “Médicos Escritores” de la revista *Panorama Médico* del Colegio Médico Valparaíso.

Los cuentos de su autoría que publicamos en esta oportunidad destacan por ser obras muy distintas entre sí, lo que da cuenta de la versatilidad del autor.

“Aries” es uno de sus cuentos galardonados. Se trata de un original relato, con una bien aplicada cuota de ficción. En él, la angustia del protagonista —por la inusitada circunstancia que le toca experimentar— logra divertir al lector. Destacan su prosa sencilla y directa, el buen manejo de la tensión y un desenlace imprevisto.

“Se ve cansado, maestro” nos lleva tras una orquesta sinfónica y las preocupaciones que, en plena madurez profesional, desata un breve comentario. Es un relato de fácil lectura, pero profundo, que inevitablemente nos hace meditar acerca del inexorable paso de los años, y a darnos cuenta de que —nos guste o no— ya no somos los de antes.

**Sandra Valenzuela Torres**  
Editora periodística revista *Panorama Médico*



# ARIES

Se levantó, como de costumbre, cuidadosamente para no despertarla. Se cubrió con la bata, fue a la puerta a buscar el periódico y colocó a hervir el agua para el desayuno.

Se dirigió al baño y se sentó para descargar el intestino, hojeando los titulares del diario. Después se dispuso a lavarse las manos, pero cuando se vio en el espejo quedó estupefacto.

Desde ambos costados de frente emergían dos vistosos cuernos. No eran simples protuberancias. No. Eran dos enormes cachos, curvos, angulados, arbóreos, como los de un ciervo.

Llevó tímidamente su mano hasta una de las astas y percibió la dura consistencia que tienen los grandes cachos. Movi6 la cabeza bruscamente, de un lado a otro, como si intentara desprender las inc6modas prominencias, sin resultado alguno.

Al confirmar que era poseedor de dos genuinos y magníficos cuernos, percibió el brusco inicio de una crisis de angustia, provista de ágiles palpitations, sudor frío y un malestar de extrema incomodidad.

Cauteloso, en silencio y lentamente, salió del baño y llegó hasta el dormitorio. Se asomó, con la prudencia de un gato, y vio a su esposa, reposando angelicalmente, con la paz de una conciencia tranquila, insinuada en la dulzura de su rostro dormido.

No se atrevió a despertarla. Volvió al baño. Volvió al espejo. Volvió a mover su cabeza, esta vez con desesperación, y volvió a tocar sus cachos (esta vez ambos) con rudeza, apretándolos y comprobando que permanecían en su posición, tan firmes como sus pies o cualquier otra de sus extremidades naturales.

Desconcertado, regresó al dormitorio. Su esposa continuaba durmiendo impasible. Retornó al baño y asumiendo que, como fuese, debía seguir su vida diaria, decidió meterse bajo la ducha.

Después de jabonarse rápidamente, vertió abundante *shampoo* en la palma de una mano con intención de lavar su cabellera (... ¿y desprender los cachos?). pero le fue imposible asear la cabeza con las astas firmemente adheridas.

Comenzó a llorar. Dejó que el agua corriese, abundante, junto a sus lágrimas, sobre sus cabellos, sobre su cuerpo y sobre sus cuernos.

Abandonó el baño desnudo y se dirigió al dormitorio, con paso firme, intencionadamente sonoro.

—Buenos días, mi amor —le saludó ella, desperezándose, con sorprendente naturalidad.

—Hola... ¡mira!

—¿Qué?

—¡Que me mires! ¿acaso no ves...?

—¿Qué cosa?

Titubeó. Su esposa lo miraba con extrañeza, pero sin el supuesto asombro que correspondía.

—¿No notas... algo?

—Estás más gordo.

—No, no es eso. ¿De verdad, no me ves algo extraño?

—No...

Llevó su mano derecha, disimuladamente, hasta un cuerno y comprobó que estaba ahí, allí mismo. Y el otro también.

Regresó al baño, desorientado y los hombros caídos, con aturrida lentitud y volvió a observar sus cachos en el espejo. Movi6 la cabeza, esta vez con tensa resignación y comenzó a vestirse.

Ingresó al dormitorio con la bandeja del desayuno en sus manos. Escudriñó la cara de su esposa, que al oírlo, se incorporó, con la pereza de un gato faldero. La miró de reojo. Ella bostezó, imperturbable.

—Tengo algo raro en la cabeza —comentó él, tímidamente.

—¿La jaqueca?

—No, no... es algo muy extraño.

—¿Estás mareado?

—No... ¡es otra cosa!

—Vaya... ¿no te irás a resfriar?

—No. Mejor olvídalo.

Ella también lo observó con detención y curiosidad.

—Sí, de verdad te noto raro.

—Ahora... ¿los ves?

—¿Qué cosa?

—No... nada.

Se vistió y buscó entre sus gorros, boinas y sombreros, algo que pudiera tapar las extrañas prominencias, pero fueron absurdos intentos. Cada nuevo implemento que probaba, volvía a colgar de un asta.

Deploró que no lloviera para escudarse bajo un paraguas.

Respiró profundo y afrontó la situación. Se despidió de su esposa, quien sin abandonar su mirada dulce ni asomo de inquietud, lo despidió como de costumbre.

Salió a la calle con la cabeza inclinada. Tuvo que volverla hacia un costado para que los cachos no le impidiesen entrar al automóvil.

Bajó el asiento, pero aún así tuvo que mantener la cabeza gacha para poder conducir.

En la detención del semáforo, se asombró de que el conductor del automóvil del lado lo mirase y no se sorprendiese. En la siguiente parada, su asombro fue mayor. El conductor que esta vez quedó a su lado... tenía cachos. Igual que él.

De ahí en adelante, comenzó a ver a decenas de varones astados. Comprobó pronto que más de la mitad de los hombres que encontró en su camino tenía cuernos.

Más tranquilo, casi relajado, continuó su jornada.

## Se ve cansado, maestro

Los músicos se pusieron de pie, tomaron sus instrumentos y se dirigieron hacia la salida. El concertino se aproximó al director y caminaron juntos. El violinista, sin levantar la vista, como cavilando, dijo con voz pausada:

—Se ve cansado, maestro.

Éste, sorprendido, alzó sus espesas cejas y pareció meditar.

Abandonaron la sala sin intercambiar palabra. Al separarse, el músico respondió:

—Sí... es posible que esté cansado.

Llegó a su casa conservando una expresión de incertidumbre. El comentario del violinista se sumaba a lo sucedido esa mañana, cuando no había podido fijar la vista en las letras del periódico y había dejado las pesadas páginas del diario sobre la mesa.

Había decidido no contarle a su hija porque, con seguridad, le habría obligado a suspender el concierto de la tarde y lo habría llevado al médico. “¿Para qué alarmla por algo que, probablemente, se pasaría de un momento a otro?”, se dijo. Le molestaba que esto le ocurriese cuando se sentía en pleno bienestar y con tantos proyectos pendientes. “¿Estaría de verdad cansado?... podía ser”.

En la cúspide de su madurez profesional le era, sin embargo, evidente que no tenía la misma capacidad que el año anterior, cuando cumplir setenta años lo había encontrado divertido.

“Setenta años —repetía entonces, con una sonrisa— y me siento como a los treinta”.

Le ofrecieron el retiro y designarlo Director Honorario permanente. Pero los miembros de la Junta no deseaban que se retirase y acogieron con satisfacción su respuesta, de que se encontraba con ánimo y salud para proseguir su tarea.

Ahora, tan sólo un año después, era distinto. Debía desplegar mayores esfuerzos para cumplir sus exigentes compromisos.

Una agenda de conciertos con audaces cambios temáticos, invitaciones al extranjero y su incansable actividad cotidiana que asumía con responsabilidad admirable.

Quizás sería oportuno aceptar un descanso en la cabaña del lago, donde su hija le había adquirido un piano de cola. Él había opinado que le parecía una locura, pero su hija dijo que jamás lo vería tocar en un teclado electrónico.

Sólo fue al lago en una oportunidad, con dos baúles de partituras.

“Las llevo siempre conmigo. Nunca sé cual puedo necesitar”.

Acababa de cumplir setenta y uno. Y este año le parecía más pesado que todos los anteriores. Por suerte la salud lo seguía acompañando.

“Ha habido virtuosos músicos ciegos —se dijo— e incluso un sordo soberbio. Pero no, yo no estoy ciego. Veo todo, sólo que no puedo distinguir las letras”.

Un estremecimiento denunció su aprensión.

“Las partituras... ¿podré leer las partituras?”

Vino a su mente el programa de los siguientes conciertos —ya comprometidos—, la invitación a Canadá para dirigir la Orquesta Sinfónica de Ottawa y su vida proyectada sin límites aparentes.

En el ensayo general de la mañana, sin mirar la partitura, había trabajado la coordinación entre las cuerdas, los solos del oboe y de la flauta, y el afinamiento de partes precisas que se debía reforzar.

A la salida fue cuando el concertino le dijo:

—Se ve cansado, maestro.

Y a él no le gustó. No le gustó que alguien más, aunque fuese un conocido muy cercano, hubiese percibido el estado en que se encontraba. Aunque lo llevó a reconocer.

—Sí, es posible que esté cansado.

Le preocupaba el inesperado temor a sufrir una enfermedad invalidante o restrictiva, que tuviese que limitar sus actividades y enfrentar la vejez sin poder asumir un futuro ya proyectado.

No le diría nada a su hija. Ni a nadie más. Mañana pediría una hora al oculista, sin que nadie se enterase.

Pestañó y fijó la mirada en la lámpara. Se alivió al comprobar que la veía, sin clara nitidez, pero en todo su contorno.

No se atrevió a tomar el periódico.

Esa tarde, el concertino se acercó a saludarlo y lo observó sin hacer comentario. El maestro, caminando a su lado le dijo:

—Dormí una siesta.

El violinista sonrió, con afecto.

Llegó la hora del concierto y los músicos se dirigieron hacia sus sitios. El concertino dio la nota de afinamiento.

Durante el confuso bullicio de instrumentos, entró el director.

Con el respetuoso silencio de los músicos, brotó el espontáneo aplauso de los asistentes que colmaban la sala.

El maestro enfrentó a la orquesta, con leves inclinaciones de la cabeza, saludó con una venia al primer violín y luego a todos los músicos. Esperó el momento adecuado.

Cuando el director levantó la batuta, en sus ojos se reflejaron las primeras notas del concierto.

# Termina un año de logros y comienza otro con más desafíos

*Dr. Ignacio De la Torre Chamy*

● El 2012 ha sido un año tremendamente significativo para las actividades deportivas de nuestro Regional Valparaíso.

Iniciamos el año, con el Departamento Deportivo en ciernes, con una delegación que soñaba con llegar a los Juegos Mundiales de Medicina y Salud en Turquía, y con una serie de proyec-

tos por desarrollar, y lo estamos culminando con mucha fuerza y ánimo después de haber logrado participar en dos ligas regionales de fútbol, con un equipo todo competidor y otro *senior*; de haber organizado sesiones bisemanales de entrenamiento deportivo; y de haber obtenido el segundo lugar en los Juegos Nacionales de la Medicina (JUNAMED) que organizó el

Colegio Médico de Chile en su Club de Campo de Santiago.

Hoy nos encontramos en plena preparación de la Ceremonia de Transfiguración Futbolística, con que los colegas recién titulados será recibidos en el equipo de fútbol del Regional Valparaíso.



Delegación MEDIGAMES 2012.

Este año cumplimos otra meta al ampliar nuestra base deportiva, incluyendo otras disciplinas como el atletismo y *running*, contando con la permanente colaboración del Dr. Sergio Fuentes.



Con esta buena energía estamos planificando el 2013, donde asoman varios proyectos interesantes. Entre ellos, la consolidación de las sesiones de Preparación Física para médicos de la región, la duatlón del Colegio Médico y la participación con nuestros equipos de fútbol en dos ligas de la región. Pero también tendremos el desafío de formar el equipo de fútbol femenino del Regional Valparaíso, y –por supuesto– la participación en los Juegos Mundiales de la Salud, MEDIGAMES, que se desarrollarán en Zagreb, Croacia, entre el 29 de junio y el 6 de julio. En esta cita deportiva esperamos superar nuestra delegación 2012, tanto en medallas ob-



Palacio de los Deportes, Zagreb.

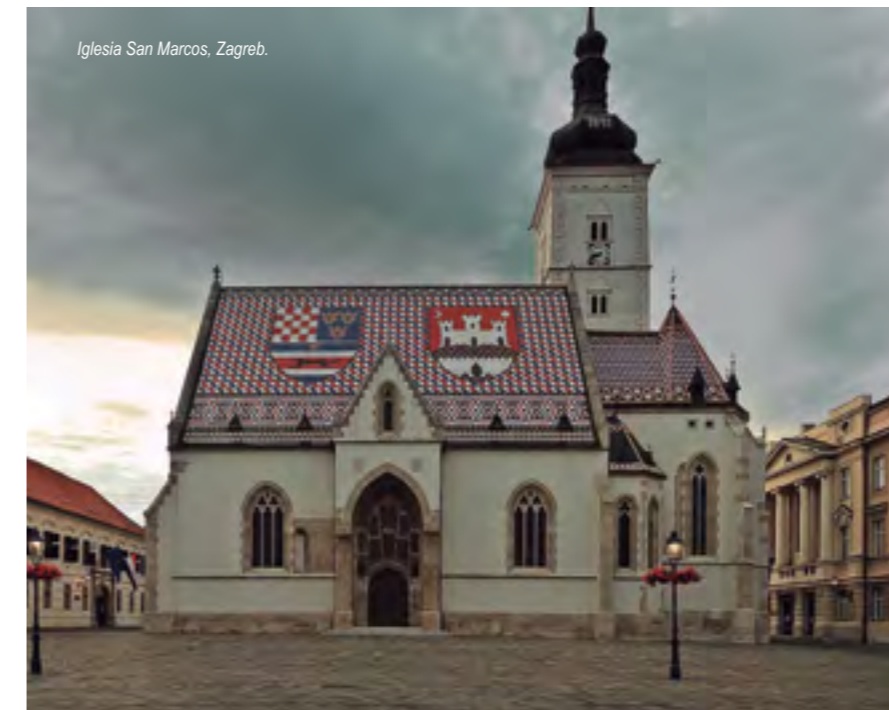
tenidas como en la inclusión de otras disciplinas deportivas como tenis, golf y voleibol.

Zagreb, capital de Croacia, es una

ciudad histórica de Europa Central, que destaca por su arquitectura ecléctica, que transmite una atmósfera barroca, con pintorescos museos, con una amplia gama de productos artesanales de tradición local. La calidad de los recintos deportivos, y su clima templado, promete entregar el entorno ideal para las competiciones.

Los colegas que estén interesados en participar de esta actividad deportiva, pueden escribirnos a [medigameszagreb@gmail.com](mailto:medigameszagreb@gmail.com) o visitar la web oficial de la organización [www.medigames.com](http://www.medigames.com).

PM



Iglesia San Marcos, Zagreb.



Lago Jarun, Zagreb.



Estadio Maksimir, Zagreb.





# Predicciones tecnológicas para el 2013



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



En este número de *Panorama Médico*, continuamos analizando las perspectivas tecnológicas que están disponibles para nuestra labor profesional y decidimos incluir las predicciones tecnológicas para el 2013, dentro de las cuales hemos seleccionado aquéllas más prometedoras:

**iPhone 5S:** En junio de 2013 veremos el iPhone 5S. Esperamos que este nuevo iPhone nos traiga mejoras de cámara, memoria, colores (6 a 8 diferentes) y al fin integrar tecnología NFC (que permitirá de forma segura intercambio de datos de forma inalámbrica).



**Televisor Apple:** Se ha rumoreado hace bastante tiempo –incluso aparece en la biografía de Steve Jobs– que Apple está trabajando en su propia televisión, la cual debería contar con pantalla retina y el Apple TV incorporado a su hardware.

**Red 4G móvil:** Ya se están realizando las pruebas en Chile y esperamos que este 2013 podamos contar con una red móvil que pueda acercarse a las velocidades que estamos acostumbrados en nuestros hogares.



**Pantallas flexibles:** Las pantallas flexibles o plásticas han estado en desarrollo durante varios años, para este 2013 podríamos al fin ver los primeros productos comerciales con esta tecnología. Estas pantallas al no estar hechas de vidrio, son mucho más resistentes a golpes y caídas, lo que las hace casi irrompibles. Esperamos ver los primeros dispositivos móviles utilizando estas pantallas durante el primer semestre de 2013.



**Impresoras 3D caseras:** Desde hace varios años las impresoras 3D han estado dentro de las grandes empresas para poder crear prototipos a escala real y que sólo varía del producto final en el tipo de material (generalmente resinas u otros materiales similares), las cuales tienen precios prohibitivos para el usuario común. Se espera que este 2013 ya puedan ser adquiridas en las mismas tiendas que uno compra sus impresoras de tinta, con un interfaz sencillo de usar y a un precio accesible.



Pero aprovechando el espíritu analítico y espiritual que reina en el mes de diciembre, quisimos también incluir una mirada crítica respecto al rol que actualmente le asignamos a la tecnología dentro de nuestra sociedad y en la vida de cada uno de nosotros.

Hace unas semanas, escuchaba a un amigo relatar un episodio que él consideraba curioso, y que lo llamó “la enajenación del ser humano por la tecnología”. Contrario a lo que muchos puedan imaginar, no se refería a las persecuciones

que sufrió Sarah Connor, por parte de las máquinas en Terminator, sino a su observación de un grupo de adolescentes, que mientras se encontraban en un asado de curso, interactuaban entre ellos predominantemente a través de teléfonos inteligentes, mediante mensajes de texto, WhatsApp y Facebook, y mantenían un extraño silencio que era interrumpido por los sonidos y alertas de las notificaciones emitidas por cada aparato. Cuando el parrillero avisó que estaban listos para comer, muchos de ellos postearon sus mensajes y colgaron varias fotos de lo que estaban por cenar. Algunos que no estaban presentes, celebraban igual dicha reunión a través de sus múltiples posteos.

Esta escena puede resultar bastante común y cotidiana para muchos de ustedes y podemos reflexionar si estas herramientas tecnológicas que han contribuido a la globalización y a la socialización del conocimiento y de nuestras vidas, realmente nos ayudan a comunicarnos.

En principio pareciera que no, pues mientras transcurren los acontecimientos del mundo físico, los observadores están atrapados actualizando y descargando las últimas novedades del mundo virtual (que a veces coexiste a escasos centímetros de distancia), pero tal vez debemos aceptar que éstos son los nuevos acontecimientos reales para quienes han sido llamados “nativos digitales” y es esa realidad, posteada en muros de Facebook, la que realmente les interesa conocer.

En la actualidad siguen existiendo fronteras a la tecnología aplicada a la comunicación y una de ellas es el contacto entre seres humanos, que sin lugar a dudas enriquece toda comunicación. La estimulación virtual de otros sentidos como olfato y tacto, tal vez será una de las áreas de desarrollo de la industria que comercializa estas tecnologías y veamos novedades al respecto este 2013.

El Dr. Víctor Villegas quiso compartir con *Panorama Médico* su propia meditación de este fenómeno que describimos.

## LA TECNOLOGÍA Y EL SER HUMANO

Hacer el amor es  
 Hacer el amor es bueno  
 Hacer el amor es bueno y necesario  
 Hacer el amor es bueno, necesario y placentero  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero y adictivo  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo y saludable  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, saludable y potente  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, saludable, potente y transforma  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, saludable, potente, transforma y obliga  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, saludable, potente, transforma, obliga y

Genera  
 Genera

Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, saludable, potente, transforma, genera  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, saludable, potente, genera, genera  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, saludable, genera, genera, genera  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, adictivo, genera, genera, genera, genera  
 Hacer el amor es bueno, necesario, placentero, genera, genera, genera, genera, genera  
 Hacer el amor es bueno, necesario, genera, genera, genera, genera, genera, genera, genera  
 Hacer el amor es bueno, genera, genera, genera, genera, genera, genera, genera, genera  
 Hacer el amor genera, genera, genera, genera, genera, genera, genera, genera  
 Genera, genera, genera, genera, genera, genera una red de bondad.  
 ¿y la tecnología?

Víctor Pablo

## Regional Valparaíso tomó juramento a 81 nuevos médicos

Solemnes y emotivas fueron las ceremonias de titulación de los nuevos profesionales médicos cirujanos formados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, tanto en su sede Valparaíso como en la sede San Felipe.

La primera de ellas se llevó a cabo en el Salón de Plenarios del Congreso Nacional, donde 55 egresados de la promoción 2012 se convirtieron en nuevos médicos cirujanos. En San Felipe en tanto, lo propio hicieron otros 26 egresados de Medicina.

Los nuevos médicos cirujanos recibieron sus títulos profesionales de manos de sus padres, acompañados por el director de la Escuela de Medicina, Prof. Cristian Salazar, y las secretarías académicas, Prof. Paula Gajardo en Valparaíso, y Prof. Ana María Julio en San Felipe.

Posteriormente, se entregaron distintos reconocimientos a los alumnos por su rendimiento académico y también una serie de distinciones especiales, entre las que se encuentra el Premio Colegio Médico - Consejo Regional Valparaíso, para los alumnos con destacada participación en el ámbito gremial. En esta oportunidad, fueron elegidos mediante votación por los mismos estudiantes, Rodrigo Sandía en Valparaíso y Eduardo López en San Felipe.

Finalmente, y para cerrar de manera significativa ambas ceremonias, el presidente del Colegio Médico Regional, Dr. Juan Eurolo, acompañado del director de la Escuela de Medicina, Prof. Cristian Salazar, tomó el Juramento Hipocrático a los nuevos médicos cirujanos.



Dr. Eduardo López recibe el Premio Colegio Médico (a la izquierda). Egresados de la sede San Felipe toman su Juramento Hipocrático (arriba).



Juramento de los egresados de la sede Valparaíso (arriba). Dr. Eurolo entrega el Premio Colegio Médico al Dr. Rodrigo Sandía (a la derecha).

## OBITUARIO

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

### Dr. Santiago Reiser Pino

(1910 - 2012)

El Dr. Reiser nació el 3 de julio en la comuna de Los Sauces, en la Región de la Araucanía. Estudió Medicina en la Universidad de Chile, primero en Concepción y luego en Santiago, de donde se recibió en 1937.



Tras titularse se desempeñó en el Hospital del Salvador en Santiago y luego en la localidad de Panimávida, en la Región del Maule.

Posteriormente ingresó a la Armada, etapa en la que viajó por diversos lugares de Chile, e incluso formó parte de la delegación que acompañó al Presidente Gabriel González Videla en su primer viaje a la Antártida.

A la Región de Valparaíso llegó en el año 1948, a desempeñarse en los hospitales Carlos van Buren y Naval.

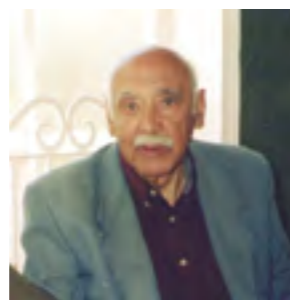
Su familia lo recuerda como un amante de la vida sana. Disfrutaba de la lectura, la música y de largas caminatas al aire libre.

El Dr. Reiser falleció el pasado 23 de octubre a los 102 años. Le sobreviven sus 3 hijos, 7 nietos y 17 bisnietos.

### Dr. Sergio Macchiavello Letelier

(1928 - 2012)

El Dr. Macchiavello nació en Antofagasta, el 19 de octubre de 1928. Estudió Medicina en la Universidad de Chile en Santiago, de donde se tituló en 1956.



En 1960 llegó a trabajar al Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, donde creó la Unidad de Emergencia Infantil, de la que llegó a ser jefe y que hoy lleva su nombre.

Fue reconocido por sus certeros diagnósticos y su infinita paciencia y preocupación por sus pacientes. A principios de los 80 escribió el libro "El niño en su primera infancia", una suerte de guía práctica para que las madres pudieran desenvolverse sin tener que recurrir constantemente a la consulta pediátrica.

En lo personal es recordado como un hombre muy caballero, inteligente y culto. Preocupado por su familia y especialmente comedido con sus padres. A sus hijos les enseñó a pensar siempre en los demás antes que en sí mismos.

El Dr. Sergio Macchiavello falleció el 25 de noviembre pasado a los 84 años. Le sobreviven su esposa, 6 hijos, 14 nietos y 3 bisnietos.



El Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile le desea a todos sus socios y sus familias que tengan un nuevo año colmado de prosperidad y alegría.

*¡Feliz 2013!*



Colegio Médico de Chile A.G.  
Consejo Regional Valparaíso



**CECILIA RAMOS**  
Ejecutivo Comercial

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

365 días / 24 horas / 51 sucursales  
686 0000 / [www.itau.cl](http://www.itau.cl)

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



perfecto  
para usted