

PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 23 N°93 / Marzo 2013



La denuncia que pesa contra Banmédica

**La histórica
separación
de Belén y
Antonia**

**Investigación
médica y los
obstáculos de
la Ley 20.584**

**Límites en la
relación del
médico con
sus pacientes**

Las imágenes contenidas en este aviso son referenciales. Lo anterior se informa en virtud de lo dispuesto en la Ley N° 19.472



* CONSULTE PROMOCIÓN DE LANZAMIENTO *

DESDE **UF 2.778** CORRESPONDE AL DEPARTAMENTO 701, MODELO A



Reñaca

Descubre otra panorámica entre el bosque y el mar.

Sector residencial de alta plusvalía y amplias avenidas. Cercano a las mejores playas, restaurantes, comercios y colegios de la ciudad.

MODERNOS DEPARTAMENTOS
DE AMPLIAS E INDEPENDIENTES TERRAZAS CON BARANDAS DE CRISTAL
VENTANAS CON TERMOPANEL (AISLACIÓN TÉRMICO / ACÚSTICA) | **2 y 3 DORMITORIOS**

SALA DE VENTAS: FRANCISCO SOZA C. 650 . BOSQUES DE MONTEMAR . CONCÓN

CONTACTO@VIGIADEMONTEMAR.CL / CEL: 56884328 / WWW.VIGIADEMONTEMAR.CL

CONSTRUCTORA VICONSA . ARQUITECTO FRANCISCO VIVANCO . INMOBILIARIA P&C

ENTREGA INMEDIATA

DESDE UF 9.568



DOMUS
MÁS QUE UN EDIFICIO, TU HOGAR

ÚNICO EDIFICIO
CON SÓLO 8 EXCLUSIVOS
DEPARTAMENTOS

UBICADO EN UN CONSOLIDADO BARRIO RESIDENCIAL DE REÑACA

AMPLIOS Y ELEGANTES DEPARTAMENTOS DE 187 M² + 22 M² DE TERRAZA

JULIO FOSSA 630 . REÑACA . VIÑA DEL MAR . WWW.EDIFICIODOMUS.CL

Atención Sala de Ventas: Miércoles a Domingo 12:00 a 20:00 hrs. / Coordinar Visita Cel: 7 7690967 . ventas@edificiodomus.cl

CONSTRUCTORA VICONSA . ARQUITECTO FRANCISCO VIVANCO . INMOBILIARIA P&C

Colegio Médico y salud privada



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

● Nuestro actual Consejo Regional ha tomado como un verdadero “caballo de batalla” la preocupación por la medicina privada y las condiciones de trabajo de nuestros colegas que laboran exclusiva o parcialmente en ella. Se estima que más de un 60% de los médicos reciben ingresos exclusivamente por esta vía y ha habido, históricamente, poca dedicación del Colegio Médico en general por este tema.

Hemos tomado varios acuerdos que refrendan lo expresado. Con la asistencia del Dr. Enrique Paris, presidente nacional de nuestra Orden, hicimos un seminario en enero de 2012 con las directivas de todas las Asociaciones Gremiales de especialistas para escuchar sus inquietudes, críticas y necesidades, y allí elaboramos una suerte de cronograma a realizar en conjunto con ellas. Y es así que hemos hecho nuestras las dificultades que algunas AG han tenido con las isapres, especialmente con Banmédica.

En este sentido, nuestro aporte más significativo y reciente es el haber interpuesto sendos recursos –tanto en la Fiscalía Nacional Económica como en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud– en contra de Banmédica, por la práctica de la integración vertical, mediante la cual ejercen el papel tanto de pagador como de prestador en la atención de sus afiliados, lo que está expresamente prohibido por la ley. Estamos esperando la respuesta a dichas presentaciones, pero ya hemos detectado alguna inquietud en el mundo de las isapres y un tímido intento por retomar las relaciones con las AG.

También hemos hecho nuestra la necesidad de proponer una postura nacional del Colegio Médico en relación

a la medicina privada, y para ello hemos logrado incluir el tema en el panel de discusión de la Asamblea Nacional de este año en Valdivia. La postura definitiva –que será ampliamente difundida apenas esté elaborada– incluirá la defensa de principios que consideramos básicos: la libre elección médica para nuestros pacientes; un digno pago por nuestro trabajo, evitando la banalización del acto médico como lo han tratado de hacer desde diversos sectores (isapres, Fonasa, directivos de Salud tanto públicos como privados, ciertos abogados y algunos medios de comunicación, entre otros); evitar y aun prohibir el traslado de pacientes de una región a otra por motivos meramente financieros, como lo hacen muchas isapres, sino que hacerlo sólo por motivos técnicos (falta de especialistas determinados o falta de infraestructura y equipamiento adecuados en ciertas zonas de nuestro país).

Estamos reuniendo la información necesaria para este cometido, que es compleja y abundante, como el número de camas y clínicas privadas, complejidad de éstas, sus dueños, los contratos médicos, si se trata de instituciones cerradas o abiertas a cualquier médico, etc.

Las AG de especialistas serán claves en ayudarnos a llevar a cabo este proceso, y desde estas líneas les pedimos la colaboración para las diversas acciones que emprendremos en conjunto con ellas.

Creo que estamos viviendo las últimas oportunidades de salvar la práctica médica privada, evitando que se transforme en otro empleo mal pagado como sucede en la salud pública, sobre la cual también se emitirá un pronunciamiento de nuestro Colegio en un futuro cercano.

En esta edición

Palabras del Presidente
Colegio Médico
y salud privada
PAG 01

Editorial
La defensa de
la medicina privada
PAG 03

Gremial
La denuncia que pesa
contra Banmédica
PAG 04

Actualidad
Fracasa plan para
recuperar ex Hospital
Ferroviario de
Valparaíso
PAG 07

Gremial
La histórica separación
de Belén y Antonia
PAG 08



Gestión Administrativa
Administración
Regional Valparaíso:
cambios y desafíos
PAG 13

Gremial
Investigación médica
y los obstáculos de la
Ley 20.584
PAG 14

Normas y Salud
Mediación en salud
PAG 16

Ética
Límites en la
relación del médico
con sus pacientes
PAG 18



Historia de la Medicina
La “endemoniada de
Santiago” y su relación
con Valparaíso
PAG 20

Médicos Escritores
Reseña:
Dr. Alejandro Carmona
PAG 22

“Elegía a la muerte de
un hombre viejo”
PAG 23

Selección de poemas
PAG 24

Médicos Viajeros
Mi experiencia en Haití:
el país más pobre del
mundo
PAG 26



Deportes
Campeonato de
Futbolito Colegio
Médico Regional
Valparaíso
PAG 28

Tecnología
Viajando en un clic
PAG 30

Al Cierre / Obituario
PAG 32

editorial

La defensa de la medicina privada

En Chile, la inmensa mayoría de los médicos trabajamos en salud privada. Un gran número trabaja tanto en el servicio público como en el privado, mientras que otro porcentaje aún mayor lo hace exclusivamente en el sector privado. Las causas de esto son múltiples y no viene al caso analizarlas ahora. Lo cierto es que lo que ocurra con la salud privada afecta prácticamente a todos los médicos de Chile.

Día a día somos vapuleados por la injusta relación que tenemos con las aseguradoras de la salud de nuestros pacientes, a saber: Fonasa e isapres.

Por un lado, Fonasa –que alberga a la mayoría de nuestros pacientes– fija unilateralmente sus aranceles y nunca hemos logrado participar de una negociación en la que podamos hacer valer el “arancel ético” del Colegio Médico ni tener voz en la mejora de las prestaciones, que por lo general están muy por debajo de los valores particulares o los que pagan las isapres.

Tampoco hemos logrado que se implemente que el bono de Fonasa cubra parte del valor de la prestación médica y que el paciente pague la diferencia, lo que se llama el “bono complementario”.

En el caso de las isapres, somos víctimas de una demora de entre 30 a 90 días para cobrar las prestaciones realizadas. También hemos descubierto que están faltando claramente a la ley –como se verá en uno de los artículos de esta edición– al violar, a juicio nuestro, una norma que señala que el administrador del seguro no puede ser el mismo que realiza la prestación, lo que claramente no se cumple al ser las isapres dueñas de varios centros médicos prestadores de salud.

El Colegio Médico está consciente de todos estos inconvenientes y estamos trabajando para poder mejorar la situación del gremio con respecto a las aseguradoras.

Es por ello que el Regional Valparaíso –tomando la iniciativa a nivel nacional– ha presentado una demanda contra la isapre Banmédica en primera instancia, para luego hacer lo propio con todas aquellas isapres que están faltando a la ley.

En la próxima Asamblea Nacional del Colegio Médico –que se llevará a cabo a fines de abril en Valdivia–, el Consejo Regional Valparaíso ha propuesto que el tema principal de esta Asamblea sea la defensa de la medicina privada y el libre ejercicio de la profesión. Nos parece fundamental adoptar posturas fuertes y de consenso nacional para enfrentar la tramitación de la ley de isapres –y en un año de elecciones– para que los distintos bloques políticos sepan cuál es la postura de nuestro gremio y la tomen en cuenta en sus programas de gobierno a la hora de conquistar nuestros votos.



Dr. Humberto Verdugo Marchese
Director Panorama Médico

PANORAMA
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 23 – Número 93 – Marzo 2013 / **Director:** Dr. Humberto Verdugo Marchese, director.panoramamedico@gmail.com / **Comité editorial:** Dr. Ignacio de la Torre, Dr. Pedro Meneses, Dr. Víctor Villegas / **Colaboradores:** Dra. Carmen Noziglia, Dr. Fernando Novoa, Dr. Eduardo Bastías, Dr. Alberto Rojas, Dr. Alejandro Carmona, Dr. Ignacio de la Torre, Dr. Andrés Robertson, Isabel Salas, Juan Villouta, Cristian Morales / **Editora:** Sandra Valenzuela Torres, panoramamedico@gmail.com / Esta revista es editada por el Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G. / **Representante Legal:** Dr. Juan Eurolo Montecino, Los Acacios 2324, Miraflores, Viña del Mar, **Fono:** (32) 2677982 / **Producción & Publicidad:** (32) 2677982, reg.valparaiso@colegiomedico.cl, reg.valparaiso@gmail.com / **Sitio Web:** www.colegiomedicovalparaiso.cl / **Diseño:** Marco Antonio Pereda Vallejos / **Impresión:** Orgraf / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.



La denuncia que pesa sobre Banmédica

El Consejo Regional Valparaíso denunció a la isapre por presunta integración vertical y colusión para la fijación de precios y establecimiento de barreras de entradas para otros competidores.

● Pese a que la ley expresamente prohíbe el lucro en las universidades, muchas instituciones de educación superior encontraron una fórmula para eludir la norma y obtener ganancias, abultando los bolsillos de sus dueños a través de inmobiliarias y sociedades espejo. Algo similar es lo que ocurre en el negocio de las isapres.

El artículo 173 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del Ministerio de Salud, señala que “las instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”. Pese a ello, todas las isapres cuentan con sus propias clínicas y centros médicos.

Uno de los casos más evidentes es el de Isapre Banmédica, aseguradora que bajo el link “Conócenos” de su sitio web (www.banmedica.cl) señala que “Somos una empresa de salud previsual, perteneciente a uno de los principales grupos aseguradores y previsionales del país y uno de los más importantes de Latinoamérica: el Grupo de Empresas Banmédica, conformado por las más modernas Clínicas, Laboratorios especializados, Centros Médicos de última tecnología, Isapres y Unidades de Rescate Médico”. Por su parte, el Grupo Empresas Banmédica al que se hace mención, no es otro que Banmédica S.A., entidad que en su sitio web (www.empresas-banmedica.cl) exhibe su malla societaria y las relaciones entre sus empresas.



El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, y el consejero general, Dr. Hugo Reyes, entregan la documentación en la oficina regional de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

banmedica.cl) exhibe su malla societaria y las relaciones entre sus empresas.

Según la información que la empresa tiene disponible en la web, los accionistas de la aseguradora son precisamente Banmédica S.A. con un 99,9999% del capital y Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. con el 0,0001% restante. Esta isapre forma parte de un grupo empresarial cuyo eje es, precisamente, Banmédica S.A., que es propietaria y explota la isapre Vida Tres, la Clínica Santa María, la Clínica Dávila, la Clínica Vespucio, la Clínica Biobío y la Clínica Ciudad del Mar, así como la red de centros Vidaintegra. En la industria de la salud además cuenta con el servicio de rescate domiciliario Help y con un servicio de home care u hospitalización domiciliaria a través de la sociedad Home Medical S.A.

El control total por parte de Banmédica de las clínicas aludidas también queda de manifiesto en el estudio encargado por la Fiscalía Nacional Económica (FNE) a la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso: “Mercado de la salud privada en Chile”.

El documento –disponible para descarga en el sitio www.fne.cl– señala que “realizado el análisis descriptivo del grupo empresarial, es posible identificar la existencia de integración vertical descendente ya que la sociedad matriz Banmédica S.A., junto con sus filiales isapre Banmédica y Vida Tres, asegura la salud y ofrecen, a su vez, las respectivas prestaciones por medio de filiales prestadoras directas”, y agrega que “si bien es cierto que las isapre no realizan en forma directa el servicio de prestación, todo el grupo de empresas, de la cual en este caso son sociedades filiales, ofrece tanto la aseguración como la prestación misma” (pág 45).

LAS ISAPRES Y SUS VÍNCULOS CON PRESTADORES

Banmédica S.A. (Banmédica y Vida Tres): propietaria de Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespucio, Clínica Biobío, Clínica Ciudad del Mar, red de centros médicos Vidaintegra, el servicio de hospitalización domiciliaria Home Medical Clinic y el servicio de rescate médico Help.

Cruz Blanca: tiene relación con Clínica San José (Arica), Clínica Antofagasta, Clínica Reñaca y la red de centros médicos Integramédica.

Consalud: está vinculada Clínica Avansalud, Clínica Bicentenario, Clínica Tabancura, Clínica Magallanes (Punta Arenas), Clínica Iquique, Clínica Elqui (La Serena), Clínica La Portada (Antofagasta), Clínica Valparaíso, Clínica Integral (Rancagua), Clínica Curicó, Clínica Lircay (Talca), Hospital Clínico del Sur (Concepción), Clínica Puerto Montt, Centro Médico y Diagnóstico Atacama, Clínica Atacama (Copiapó), Hospital Clínico de la Universidad Mayor (Temuco) y los centros médicos Megasalud S.A. y Megasalud Oriente Ltda.

En este sentido, incluso se puede sostener que con la utilización de diversas sociedades aparentemente autónomas se produce un abuso de la personalidad jurídica, lo que hace merecedor a este grupo empresarial de recibir la aplicación de la fórmula de “levantamiento del velo corporativo”, a fin de confirmar que estas sociedades –aparentemente autónomas e independientes jurídica y económicamente– responden a una misma unidad económica y de organización.

LAS DENUNCIAS

Dos fueron las denuncias en contra de Banmédica que el pasado 31 de enero interpuso el Consejo Regional Valparaíso.

La primera de ellas, ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, por estimar –o al menos presumir– que además de financiar las prestaciones y beneficios de salud, la isapre también las ejecuta u otorga.

En tanto, la segunda denuncia se realizó ante la Fiscalía Nacional Económica, con la finalidad de que dicho ente fiscalizador indague una eventual colusión para la fijación de precios y establecimiento de barreras de entradas para otros competidores (tanto en el mercado asegurador como en el de prestadores), perjuicio para los usuarios (que ven limitada o eliminada la libertad para elegir al prestador de salud), desequilibrio frente a otros actores (un profesional de la salud no integrado al modelo tiene escaso o nulo poder negociador para atender a sus pacientes afiliados a esta isapre), disminución de la calidad y exacerbación de la eficiencia por la vía del control de costos y el establecimiento de estándares propios de sistemas de salud administrada, reducción del mercado de

Hernán Doren, presidente de la Asociación de Isapres:

“No tiene nada de ilegalidad”

A todos los antecedentes mencionados se suma, además, la confirmación que realizó el presidente de la Asociación de Isapres, Hernán Doren, al afirmar que “sólo un tercio de éstas (las clínicas) tienen relación directa o indirecta con los aseguradores. En cambio dos tercios no tienen nada que ver con ellas”, y agregando que “es un tema de público conocimiento la relación entre determinadas isapres y clínicas, hay estudios por parte del Gobierno, no tiene nada de ilegalidad”. Reconocimiento expreso que no hace más que evidenciar lo que es *vox populi*.

prestadores, venta de planes de salud con prestadores cerrados controlando el costo y, mediando abuso de posición dominante, eliminando toda competencia esta vez entre prestadores directos.

En conjunto, ambas denuncias tienen por objeto motivar la fiscalización (por parte de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud) y la investigación (por parte de la FNE), así como la determinación de posibles infracciones, individualización de culpables y la aplicación de las sanciones o medidas que correspondan.

El presidente regional del Colegio Médico, Dr. Juan Eurolo, explica que esta relación de integración entre la isapre y las clínicas sería tan cuestionable como el lucro en la Educación. “Por un lado, tenemos una isapre que sube el precio de sus planes aduciendo alzas en el costo de las prestaciones, pero resulta que la prestación es utilidad para el mismo dueño de la isapre. Entonces estamos ante una irregularidad que va en desmedro de todos sus afiliados”, sostiene.

El facultativo también manifiesta que esta relación entre clínicas e isapres “compromete la libre elección, la libertad que deben tener todos los pacientes de elegir el médico y el lugar donde se quieren atender; y la garantía de calidad de la atención, porque cuando se hacen primar intereses de índole financiero se produce una selección natural a elegir lo más barato y no necesariamente lo de mejor calidad”.

Es importante mencionar que las acciones interpuestas contra Banmédica es una iniciativa del Consejo Regional Valparaíso –que contó con el respaldo del Consejo General de

FUENTE: “Mercado de la salud privada en Chile”, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Octubre 2012.

la Orden-, y que se originó en el estudio que realizaron sus dirigentes respecto de los antecedentes de la aseguradora, pero que también se hizo tomando en cuenta lo poco afable que ha sido la isapre en su relación con algunas Asociaciones Gremiales de médicos especialistas de la región (VER RECUADRO "Banmédica y su relación con las AG").

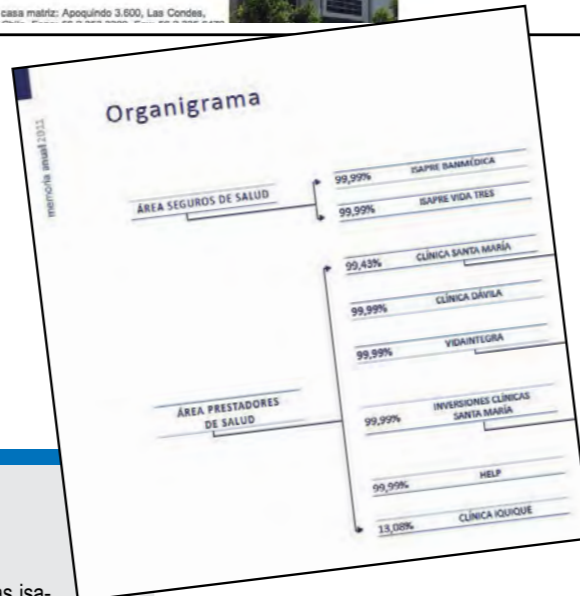
El consejero general por Valparaíso, Dr. Hugo Reyes, afirma que lo que busca el gremio con estas acciones es que exista una verdadera reforma de la salud privada en el país. "Los médicos habíamos tomado palco porque teníamos esperanzas en el Plan Garantizado de Salud, que durmió todo el año 2012 en el Congreso, se activara y se legislara sobre la materia. Recientemente se acordó entre la Comisión de Salud del Senado y el propio Ministro del ramo, reiniciar los estudios con el objeto de reformar la Ley de Isapres, es por tanto el momento de dar a conocer nuestros planteamientos y que éstos queden plasmados en el nuevo cuerpo legal, una reforma que haga del sistema de salud chileno uno realmente solidario, que termine con las discriminaciones por edad, sexo y enfermedad preexistente, que impida la integración vertical, que termine con los planes cerrados y que permita recuperar la libre elección", asegura.

PMÉ



Arriba: Link "Conócenos" del sitio web www.banmedica.cl

Derecha: Parte del organigrama de Empresas Banmédica que se incluye en la Memoria 2011 de la entidad (disponible en el sitio web www.empresasbanmedica.cl).



Banmédica y su relación con las AG

Históricamente, las Asociaciones Gremiales de Médicos Especialistas y las isapres con presencia regional habían mantenido cordiales relaciones, respetando la una a la otra los ámbitos de sus competencias y objetivos, siempre teniendo en cuenta el beneficio para los pacientes y las mejores condiciones para la práctica de la medicina en el sector privado. Esta condición se mantiene actualmente con las isapres, excepto Banmédica, que ha vetado toda interlocución a estas agrupaciones médicas.

Así lo señala el presidente de la AG de Cirujanos, Dr. Guillermo Pardo, quien sostiene que la aseguradora no ha accedido a reunirse con la directiva de la AG y además, agrega que a ello se suma que la isapre ha postergado la inscripción de cirujanos nuevos. "A pesar de que la AG funciona como simple correo o emisario, y le envía a la isapre todos los antecedentes del colega para la inscripción, cuando los pacientes van a solicitar bonos o programas se les informa que no hay convenio con el prestador", afirma el dirigente.

Similares problemas enfrentan anesthesiólogos y traumatólogos. En este último caso, la AG de Traumatólogos, viene arrastrando con Banmédica un conflicto desde el año 2011, ocasión en que los socios encomendaron a la directiva acercarse a la isapre para tratar asuntos relacionados con sus aranceles.

El Dr. Julio Guzmán, presidente de la AG de Traumatólogos, manifiesta que la referida isapre, en un primer momento vetó toda interlocución con la directiva de la asociación para tratar temas de evidente interés común. Incluso, actualmente no existe convenio de atención para los afiliados a dicha isapre por parte de los traumatólogos socios de la AG; sin embargo, en días recientes se ha producido un interesante acercamiento por parte de un ejecutivo nacional de la referida aseguradora hacia estos especialistas, y para cuyo resultado hay la mayor atención y expectativa.

Integración vertical será analizada en el marco de la Ley de Isapres

A principios de abril un grupo de senadores presentó una moción que busca impedir y sancionar la integración vertical entre Isapres y centros prestadores de salud.

La propuesta modifica el artículo 173 del DFL 1 de 2006, prohibiendo y sancionando la citada relación, con el objeto de que las isapres no puedan constituir empresas relacionadas, filiales o colegiadas con el fin de desarrollar actividades de prestación.

Además, existen al menos otras cinco mociones que modifican la actual Ley, y que serán discutidas prontamente en el Senado.

Fracasa plan para recuperar ex Hospital Ferroviario de Valparaíso

● La reciente venta del ex Hospital Ferroviario del cerro Barón a una inmobiliaria descarta de plano la posibilidad de volver a tener allí un centro asistencial.

Pese al interés manifestado y a las gestiones realizadas por el rector de la Universidad de Valparaíso, Aldo Valle, y el senador Francisco Chahuán, con miras a lograr que el Estado adquiriera el inmueble, con el objetivo de instalar allí el Hospital Clínico de esa casa de estudios superiores, la Empresa Ferrocarriles del Estado (EFE) continuó con su proceso de licitación, el que fue adjudicado a la constructora Inmobiliaria Torres de Valparaíso.

Si bien aún no hay confirmación respecto de los destinos del ex hospital, todo indica que los 2.352 m² de edificio y 5.350 m² de terrenos serían transformados en un hotel tipo *boutique*, aprovechando su privilegiada perspectiva del puerto y la ciudad.

PROYECTOS FRACASADOS

El ex Hospital Ferroviario, construido en 1926 y durante un tiempo considerado uno de los mejores del país en materia de traumatología, estaba destinado a ofrecer prestaciones gratuitas al personal ferroviario, sus familias y a los pasajeros accidentados.

Hasta 1986 dependió del Departamento de Salud de EFE, que cerró al crearse la isapre Ferrosalud, que fue su continuadora. Como consecuencia de la privatización del área de carga, el personal ferroviario disminuyó de 27 mil trabajadores en 1985 a 1.700 en 2001, lo que repercutió fuertemente en la isapre, que quedó con una estructura médica sobredimensionada y

en desuso, altos costos y fuertes pérdidas.

Como parte de la externalización de la gestión de la infraestructura médica propia, en 2003 se estableció una alianza estratégica con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que arrendó el ex Hospital Ferroviario por 15 años para crear la Clínica Barón, que pasó a ser su primer centro asistencial fuera de Santiago.

La intención era invertir US\$ 1 millón. Sin embargo, en junio de 2008, el Hospital Clínico decidió cerrar y devolverlo anticipadamente, porque no respondía al propósito de tener una red autosustentable.

Desde entonces, el recinto ha permanecido en situación de abandono y fue objeto de numerosas propuestas. En 2008 el concejo municipal sugirió comprarlo con recursos de un préstamo BID, mientras que en junio de 2009 el entonces diputado Francisco Chahuán planteó incorporarlo a la red pública de salud utilizando el mismo mecanismo que se usó para el ex Hospital Militar en Santiago.

En tres ocasiones, la EFE llamó a licitación pública. Las convocatorias de septiembre de 2011 y marzo de 2012 se declararon desiertas, porque los montos ofrecidos estuvieron por debajo de lo esperado por la empresa. El tercer llamado, en cambio, estuvo a la altura de sus expectativas y fue finalmente adjudicado.

LAS ÚLTIMAS GESTIONES

Recientemente, habían surgido un par de propuestas. En mayo de 2012 la Central Unitaria de Pensionados de Chile y miem-

bros del Movimiento Nueva Fuerza, se congregaron a las afueras del ex Hospital Ferroviario para protestar por el llamado a la segunda licitación y solicitar que las dependencias fueran administradas por el Estado, para convertirla en un hospital geriátrico, dada la cantidad de jubilados, pensionados y montepiadas de la comuna de Valparaíso.

Una segunda iniciativa era la que lideraban el senador Francisco Chahuán, integrante de la Comisión Salud, de la Cámara Alta, y el rector de la Universidad de Valparaíso, Aldo Valle, quienes buscaban que el otrora recinto médico se convirtiera en el hospital clínico de dicha casa de estudios superiores.

El presidente del Consejo Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, lamentó la venta del ex hospital ferroviario. "Es una pena que el Servicio de Salud no haya podido o no haya querido hacer gestiones para adquirir ese inmueble que estaba casi completamente habilitado para instalar allí un centro hospitalario de baja complejidad. Valparaíso necesita un hospital donde poder enviar a los pacientes con patologías crónicas que requieren hospitalizaciones prolongadas y que actualmente están ocupando las camas en la posta de urgencia porque no hay donde mandarlos. Es lamentable que Valparaíso haya perdido casi todos sus hospitales en los últimos 25 años y no tengamos, por parte de las autoridades, ningún proyecto hospitalario para la ciudad", manifestó.

PMÉ





La histórica separación de las gemelas Belén y Antonia

La primera cirugía de separación de gemelas unidas realizada en regiones culminó exitosamente en el Hospital Van Buren de Valparaíso. Pero el camino para llegar a ese 15 de diciembre de 2012 fue un proceso intenso, arduo y muchas veces incierto.

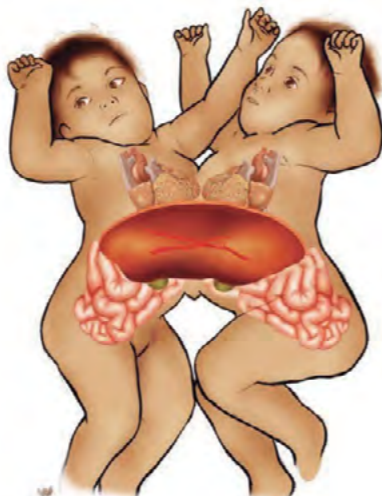
● El 15 de diciembre de 2012, los ojos de muchos chilenos estaban puestos en el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. En este establecimiento, dos pequeñas, Belén y Antonia, eran sometidas a la cirugía con la que dejarían de ser gemelas unidas y se separarían definitivamente.

Nueve meses antes y luego de 34 semanas de gestación, su madre las dio a luz en el mismo recinto hospitalario, momento en que se confirmó lo que el equipo médico del hospital ya sabía desde hacía varios meses: se trataba de gemelas onfalópagas.

“Sabíamos desde antes que nacieran las niñas que eran gemelas unidas. Ya con la ecografía los obstetras sospecharon que podía ser un caso de gemelas unidas. Luego, a la mamá se le hizo una resonancia nuclear magnética, donde quedó claro que efectivamente eran gemelas unidas por la cara ventral de sus cuerpos, y que además había una fusión del hígado”, explica quien ofició de coordinadora técnica de la cirugía, la cirujana pediátrica Dra. Sandra Montedónico Rimassa.

Con esa información, lo primero fue determinar si las niñas nacerían en Valparaíso. Tras analizar el caso por el equipo de neonatología, obstetras y cirujanos, y por lo que arrojaba la anatomía de la resonancia, se consideró que era un caso auspicioso y que era factible que nacieran en Valparaíso, que era el interés de la familia.

Paralelamente, el equipo médico conversó con los padres de las niñas respecto del diagnóstico, haciéndoles saber que la decisión de separarlas tenía que pasar por ellos. “Siempre estuvieron de acuerdo en eso. Sabían que la única opción era separarlas para que pudiesen tener una calidad de vida aceptable. En ese momento nos dimos cuenta que debíamos estudiar el



Las niñas compartían diafragma e hígado; tenían corazones normales e independientes, vesícula biliar, vías biliares e intestinos separados.

caso en profundidad para saber si sería posible separarlas una vez que nacieran”, sostiene la especialista.

LAS PRIMERAS DUDAS

Se conformó un equipo multidisciplinario que comenzó a investigar diferentes casos de gemelos unidos ocurridos tanto en el país como en el extranjero. “Inicialmente teníamos muchas dudas de si seríamos capaces de resolverlo porque no teníamos experiencia –admite la Dra. Montedónico–. Nunca se había realizado una cirugía de este tipo en nuestro hospital ni en nuestra región”.

En esta investigación, el equipo advirtió que las separaciones de gemelos unidos que se han dado en Chile se han resuelto sólo en tres recintos hospitalarios (VER RECUADRO). “Nos dimos cuenta de no existía un único centro que hubiera concentrado los casos que se habían dado. Y conversado esto con el Comité de Ética del hospital, ellos también nos dijeron que dado que la experiencia estaba repartida, era éticamente aceptable que nosotros nos hiciéramos cargo”.

Los resultados de los exámenes practicados a las gemelas en el útero finalmente se confirmaron cuando nacieron, el 5 de marzo. Las niñas nacieron bien desde el punto de vista general, sus exámenes de laboratorio resultaron ser normales y se lograron alimentar precozmente. Con su nacimiento los médicos confirmaron finalmente que las gemelas estaban unidas por el abdomen, desde el tercio inferior del tórax hasta el ombligo, que tenían corazones independientes y que compartían el hígado.

El trabajo entonces se dividió en dos etapas: una etapa diagnóstica, en la cual se les harían los exámenes de imágenes para identificar los órganos compartidos, y luego una etapa terapéutica, que constaría de dos cirugías, culminando con la cirugía de separación.

A los dos días de nacidas las gemelas se comenzó con los exámenes imagenológicos para precisar los órganos que compartían: un ecocardiograma para evaluar la anatomía de los corazones y posibles malformaciones; una ecotomografía doppler abdominal, tránsito intestinal para evaluar la independencia del tubo digestivo; angio TC, para evaluar la anatomía del tórax y abdomen, con especial atención a los vasos sanguíneos;



Belén y Antonia en brazos de sus padres, cuando contaban con 5 meses de edad.

colangiografía, para evaluar independencia de la vía biliar; y endoscopia digestiva alta.

Uno de los temas que preocupaba al equipo era saber si todas las malformaciones que tenían las niñas eran susceptibles de ser resueltas en Valparaíso. “Nosotros no contamos con cirugía cardiovascular, por lo tanto si había cualquier malformación de tipo car-

diovascular no podíamos hacernos cargo, ya no desde el punto de vista ético, sino médico”, sostiene la coordinadora del equipo quirúrgico. Sin embargo, los estudios y ecocardiografías finalmente mostraron que las niñas tenían corazones independientes, y sanos. Otro punto a favor para realizar la cirugía en el recinto porteño.

PREPARACIÓN E INCERTIDUMBRE



Algunas de las innumerables reuniones que sostuvo el equipo multidisciplinario.



SIAMESES SEPARADOS EN CHILE

29 junio 1993 – Hospital Luis Calvo Mackenna

José Patricio y Marcelo Antonio nacieron el 2 de octubre de 1992, unidos por el abdomen, con sus corazones pegados y compartiendo el hígado. Fueron separados con éxito en junio de 1993, cuando los niños tenían casi nueve meses. Cuando tenían ocho años, Marcelo Antonio sufrió una infección generalizada que finalmente le causó la muerte.

29 septiembre 2007 – Hospital Sótero del Río

El 19 de marzo de 2007, José Miguel y Segundo Enrique nacieron en Santiago unidos por el pericardio, hígado y parte de los intestinos. Su cirugía de separación definitiva se realizó 6 meses después, en septiembre de ese mismo año.

10 julio 2010 – Clínica Alemana de Santiago

El 15 de marzo de 2010 nacieron en Santiago Maité y Montserrat, dos gemelas que compartían pericardio, hígado y gran parte de los intestinos. Si bien la cirugía estaba programada para comienzos de septiembre, tuvo que realizarse de urgencia en el mes de julio –cuando las niñas contaban con apenas 4 meses–, debido a que presentaban crecientes dificultades respiratorias.

13 diciembre 2011 – Hospital Luis Calvo Mackenna

María Paz y María José nacieron el 3 de febrero de 2011 en Villarrica, unidas por el tórax, abdomen y pelvis, y compartiendo una serie de órganos internos. Fueron separadas el 13 de diciembre de 2011, a los diez meses de vida. Una semana después falleció María José producto de una falla multisistémica.

Un aspecto que la Dra. Montedónico resalta es que la decisión del equipo clínico de separar a las gemelas en el Hospital Van Buren no se tomó de un día para otro, sino que fue producto de largos meses de trabajo.

“La decisión de hacernos cargo nosotros fue paulatina. No estaba claro inicialmente. Nos fuimos empoderando poco a poco y, además, tuvimos que ganarnos la confianza del Ministerio de Salud, que tenía que tener la seguridad de que podíamos hacerlo bien. No nos iban a entregar el caso si había alguna duda de que algo pudiera fallar. No fue un proceso fácil, fue muy intenso y muchas veces incierto”, asegura. De hecho, la Dra. Montedónico confiesa que hasta fines de septiembre todavía no tenían la certeza absoluta de que la intervención se realizaría en el hospital porteño.

En este proceso el equipo médico se abocó a la revisión de toda la literatura referente a gemelos unidos. También sostuvieron reuniones con todos los grupos que han tenido experiencia en casos similares, tanto del Hospital Sótero del Río, como de la Clínica Alemana y del Hospital Calvo Mackenna.

De acuerdo con la especialista, uno de los aspectos que resaltaron los médicos de los otros establecimientos que tenían experiencia en este tipo de casos fue el apego que debían tener las niñas con su familia. “Nos dijeron que creían que nosotros debíamos resolverlo en nuestro hospital. Y lo decían no sólo porque creían que éramos capaces de hacerlo, sino que más importante que eso, porque las niñas iban a poder estar siempre con su familia. Y eso, al final, fue trascendental”.

Éste es un tema de destaca especialmente el presidente del Comité de Ética del Hospital Van Buren, Dr. Fernando Novoa, quien sostiene que uno de los motivos por lo que las cosas se hicieron bien en este caso fue que siempre se pensó en el bienestar de las menores. “Se tuvo muy en cuenta que operar a las gemelas unidas era algo que no tenía como objetivo demostrar la capacidad del hospital para hacerlo, sino porque se pensó que haciéndolo así era lo mejor para las niñas porque ello permitía que los padres tuvieran un contacto estrecho con sus hijas”, afirma.

ENSAYOS Y CIRUGÍAS EXPERIMENTALES

La Dra. Sandra Montedónico relata que la fase de preparación para la cirugía de separación contó además con algunas cirugías experimentales en animales y el apoyo de la Unidad de Biología del Desarrollo de la Universidad de Chile, particularmente a través de su Museo de Anatomía, que cuenta con multitud de fetos con malformaciones congénitas que datan de mediados del siglo pasado.

“Los profesores de la Universidad de Chile fueron muy generosos en invitarnos a



Visita al Departamento de Cirugía Experimental del Hospital El Salvador.



Ensayo de exámenes diagnósticos



Ensayo de la cirugía de separación (4 de diciembre)



trabajar con esas muestras, porque entre los casos de malformaciones había varios gemelos unidos. Eso nos sirvió mucho porque, por ejemplo, tuvimos hígados de gemelos unidos en nuestras manos y con eso pudimos hacernos una idea tridimensional de lo que podíamos encontrar cuando operáramos a las niñas”.

También se realizaron ensayos de los tres procesos en que se les iba a dar anestesia general a las gemelas: la primera, en septiembre, para la realización de un scanner, una cologioresonancia y endoscopías digestivas; la segunda, en octubre, para la cirugía de colocación de expansores; y la tercera, para la cirugía de separación. “Para todos

esos eventos hicimos ensayos generales con muñecas. Aproximadamente una semana antes de cada evento ensayamos como si las muñecas fueran las niñas. Les pusimos las vías venosas, ensayamos la posición en que serían intervenidas, cómo las íbamos a dar vuelta, cómo las íbamos a monitorizar y a invadir, cómo iban a ser los cambios de camilla, cómo iba a ser la circulación dentro de pabellón, etc.”

Quedaba entonces determinar cuándo se realizaría la intervención. Si bien no hay un momento específico en que se deba resolver un caso como el de las pequeñas Belén y Antonia, sí hay consenso en que se realice antes del año de vida. “Porque después empieza un proceso de individuación psicológico en que los niños se reconocen a sí mismos como individuos aislados, por lo que desde el punto de vista psicológico es más complejo. Y también porque el desarrollo psicomotor no es el mismo estando unidos que estando separados”, aclara la especialista.

Con esto en mente, se fijó la cirugía de separación para el sábado 15 de diciembre, mientras que la instalación de los expansores cutáneos –cuyo objetivo sería generar la piel extra necesaria para cubrir las zonas a intervenir tras la separación– se programó para el 9 de octubre.

LA ESPERADA CIRUGÍA DE SEPARACIÓN

Los coordinadores de la intervención fijaron la cirugía para las 7 de la mañana de

aquel sábado.

Se trabajó en etapas planificadas de acuerdo a la anatomía de las niñas. Iniciaron con la anestesia, luego la separación de la pared del abdomen y del tórax y de revisión de los órganos torácicos (en este caso del pericardio, que hubo que reparar). Posteriormente, se abocaron a la separación del hígado y revisión de la anatomía abdominal.

Hasta ese punto el trabajo se desarrolló en una única mesa quirúrgica, luego se pasó a la etapa de separación, propiamente tal, de los cuerpos y de posicionar a las niñas en dos mesas distintas. Se retiraron los expansores cutáneos que se habían instalados dos meses antes y finalmente, se introdujeron prótesis biológicas en la pared del abdomen, que se sellaron con colgajos de piel. La cirugía culminó luego de 15 horas.

Durante la etapa diagnóstica, relata la Dra. Montedónico, se habían barajado un

sinnúmero de posibilidades, dificultades y complicaciones que se podían presentar en la cirugía de separación. “A pesar de que sabíamos, por los exámenes diagnósticos, cuál era la anatomía de las niñas, teníamos pensado qué íbamos a hacer si nos encontráramos con algo distinto. Habíamos contemplado muchísimos eventos y complicaciones. Afortunadamente, la cirugía se dio según lo planificado y no hubo ningún hallazgo inesperado. Fue una cirugía muy bonita. Nos

habíamos preparado para lo peor, pero tuvimos lo mejor”.

Poco tiempo después de la cirugía, Antonia y Belén comenzaron un proceso de rehabilitación kinésica para fortalecer las extremidades que tenían menos movilidad antes de la cirugía. En términos generales han evolucionado bien y rápido, y fueron dadas de alta el 26 de febrero de 2013, sólo unos días antes de su primer



Ensayo de la cirugía de colocación de expansores.

EQUIPAMIENTO E INSUMOS

En todo este proceso, el equipo se fue dando cuenta de que el hospital no contaba con el equipamiento para trabajar con un estándar de calidad adecuado. “Desde el primer momento nos planteamos que no podíamos ofrecer menos que en otro centro y eso significó ponernos al día con equipamiento que no teníamos, tanto para la parte diagnóstica como para la parte terapéutica”, explica la Dra. Montedónico.

Por ello, paralelo al trabajo médico, tanto el Ministerio de Salud, como el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y el Hospital Van Buren realizaron un arduo trabajo para dotar al recinto con el equipamiento tecnológico y los insumos necesarios para la realización de la cirugía de separación.

Se adquirió un monitor compatible con resonancia magnética (que sirvió para monitorizar los signos vitales de las niñas durante la resonancia que se les practicó); equipos para manejo de vía aérea difícil en pacientes pediátricos; un ecógrafo; dos ventiladores no invasivos; una caja de instrumental quirúrgico para el pabellón infantil; y gran cantidad de insumos para la cirugía misma. Una inversión por sobre los 190 millones de pesos en equipamiento, insumos y materiales.

EQUIPO HUMANO Y TÉCNICO

Dra. Sandra Montedónico: coordinadora del equipo clínico a cargo de Belén y Antonia, cirujano pediátrico HCVB.

Dr. Leonardo Rusowsky: coordinador quirúrgico, jefe de la Unidad de Cirugía Infantil HCVB.

Dra. Anamaria Correa: coordinadora del equipo anestésico. Jefa de Cátedra de Anestesiología, Universidad de Valparaíso.

Dr. Tomás Montecinos: jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del HCVB.

Dentro de pabellón trabajaron 38 personas entre cirujanos, anestesiólogos, técnicos paramédicos, enfermeras, cardiólogos. Y, adicionalmente, afuera de pabellón lo hicieron alrededor de 30 funcionarios del hospital, entre profesionales y técnicos, de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Cirugía Infantil, Laboratorio Clínico y Unidad de Medicina Transfusional.

PROFESIONALES INVITADOS

Dr. Ernesto Aránguiz: jefe de la Unidad de Cirugía Cardiovascular del Hospital Gustavo Fricke. Colaboró en la primera parte de la cirugía: la separación de los pericardios; si bien se sabía que las niñas tenían corazones independientes, no se sabía qué pasaba con el pericardio.

Dr. Rodrigo Iñiguez: cirujano de trasplantes del Hospital Exequiel González Cortés. Lideró la etapa de separación del hígado de las gemelas.

Dra. Marcela Albuquerque: cardióloga del Hospital Roberto del Río. Colaboró en la realización de una ecocardiografía transesofágica

Sr. Sergio Valdivia: arsenalero de la Clínica Las Condes con amplia experiencia en trasplante hepático.

EL DÍA DEL ALTA DE BELÉN Y ANTONIA

Fragmentos del discurso de la Dra. Montedónico – 26 febrero 2013

«Hace casi un año ustedes, Antonia, Belén, nacieron aquí en nuestro hospital. Eran distintas a lo que son ahora, una fusión de sus pequeños cuerpos no permitió que pudieran irse a su casa. Eran gemelas, pero gemelas unidas. En ese momento recogimos el interés de sus padres de que su situación fuera resuelta en nuestro hospital, en el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso y comenzamos a soñar que era posible.

«Realizamos muchísimas reuniones de trabajo, estudiamos innumerables artículos científicos, conversamos con todos los equipos de salud que han tenido experiencia en casos similares, realizamos cirugías experimentales, convocamos a colegas de otros centros, estudiamos, pensamos, imaginamos, inventamos, trabajamos, cotizamos, compramos, planificamos, acordamos, nos alegramos y a veces también nos desanimamos en un proceso que muchas veces se vio incierto.

«Llegamos así al sábado 15 de diciembre de 2012, fecha que ha quedado grabada en la memoria de cada uno de nosotros. Ese día, cada uno de los miembros del equipo de salud, tanto dentro como fuera de pabellón, dio lo mejor de sí en la consecución de un objetivo común: que ustedes, Belén y Antonia, dejaran de ser una para ser dos. Al final del día y después de 9 meses, ustedes nacieron nuevamente a la vida, inundando a todo el equipo y a su familia de una emoción

indescribible. Desde ese momento y como bien dijo su padre, fueron solamente “gemelas” y ya no “gemelas unidas”.

«Hace casi un año comenzamos a soñar que podía ser posible lograr un proceso de separación según los mejores estándares de calidad y cuidando siempre el apego familiar y esto sin duda se ha logrado de manera exitosa. Sin embargo, gracias a ustedes, Belén, Antonia, hemos logrado mucho más que eso: hemos visto crecer y madurar a Paulina y Michel, sus padres, que han salido fortalecidos como pareja y familia de esta experiencia. Nosotros, el equipo de salud del Hospital Carlos van Buren hemos ganado en unidad, en experiencia y en valoración de nuestro trabajo. Contamos ahora con equipamiento de primera línea que ya ha beneficiado y va a seguir beneficiando a muchos niños. Nuestra experiencia ha servido también de inspiración para otros equipos de trabajo tanto dentro como fuera del hospital. Gracias a ustedes, Antonia, Belén, nuestro hospital ha ganado credibilidad y nuestros conciudadanos se sienten orgullosos de que un desafío de esta magnitud se haya logrado en regiones.

«Por último, Belén, Antonia, gracias a ustedes hemos cumplido un sueño. Y sepan que los sueños sólo se cumplen si estamos convencidos de que son posibles y perseveramos en alcanzarlos.



De izquierda a derecha: Dra. Anamaria Correa, Dr. Leonardo Rusowsky, Dra. Sandra Montedónico, subdirector médico del hospital Dr. Leonardo Díaz, Dr. Tomás Montecinos, exdirector del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio Víctor Hugo Araya, y director del Hospital Van Buren, Claudio Fernández.

cumpleaños.

Con la tranquilidad de un trabajo bien hecho en todo sentido, la Dra. Sandra Montedónico comenta que se trató de un proceso muy intenso y que requirió mucha voluntad y motivación de los miembros del equipo. “Todo este proceso lo realizamos en mucho más tiempo del horario funcional del hospital, con muchas reuniones en las tardes, un sinnúmero de viajes a Santiago y reuniones de fin de semana, y mucho estudio en horas extras, entonces se requirió mucha voluntad y motivación por parte de todos y cada uno de los miembros del equipo”.

La cirugía de separación de las gemelas realizada en el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso, la primera en un recinto asistencial fuera de la Región Metropolitana, constituye un importante hito en la historia de la medicina en Chile. Un proceso arduo, intenso, y a veces incierto, pero asumido con enorme profesionalismo, responsabilidad y compromiso. Un desafío que enorgullece no sólo al equipo médico, sino a todo el establecimiento y a toda la región.

PMÉ

Fotos: SSVSA y archivo Dra. Montedónico.



Cirugía de separación (15 diciembre).



Las gemelas Belén y Antonia en brazos de sus felices padres, Paulina y Michel.

El Dr. Víctor Villegas, médico neonatólogo tratante de las gemelas, compartió con *Panorama Médico* el contrapunto poético de esta historia, en la que Belén, Antonia y el equipo de salud que las atendió se vinculan con los protagonistas y asistentes a un matrimonio que –a pocos kilómetros de distancia– se realizaba al mismo momento de la cirugía.

Garantía

Víctor Pablo

Era un sábado soleado de diciembre y un gran barco sale del puerto abrazado a dos barcos pequeños que lo acompañan sin agitar las aguas calmas. Es cosa habitual en Valparaíso y pocos se toman en serio esta despedida, cuando los pequeños abandonan al gigante del mar que se pierde pronto tras el horizonte, sin dejar lágrimas ni sollozos.

Heidegger pensó la cosa como cosa que es, concreta o abstracta, pero yo que he crecido, como concepto abstracto rodeado de cosas concretas que tienen garantía, no me puedo abstraer de este concepto que invade mi cavilar concreto, en este mundo donde la cuaterna de la Tierra y el Cielo, así como los mortales y los divinos, han sido desechados por caducidad de la garantía o por disarmonía de la palabra con la capacidad de cavilación concreta.

A pasos de un altar construido con fardos de paja, y a la sombra de un sauce y otros árboles ricos en hojas verdes, procuro escuchar la palabra del cura venido desde Valparaíso, que busca palabras concretas y sentimientos cotidianos para bendecir las nupcias. Novia de blanco y novio casi blanco y zapatos de cuero de cocodrilo, preparando la promesa de fidelidad y de unión ante Dios, que ha de convertirlos en una sola carne, concepto abstracto difícil de garantizar.

Al mismo tiempo, en el Hospital Carlos van Buren, Belén y Antonia, dos gemelas unidas por el abdomen y dormidas por efecto de una anestesia poderosa y necesaria, acogen el rigor del bisturí que, hundándose suavemente en su carne tierna, avanza guiado por mano firme, a ratos ansiosa, seguida de pausas

y avances, de cavilaciones y decisiones compartidas y avaladas en un consenso que creció con la palabra concreta de hechos no abstractos, que llevarían a una separación de hecho, anhelo humano concreto, que la vida se vive como individuo en comunidad, no como panmetacorporalidad, concepto divino y abstracto.

Karina e Ignacio han jurado amor eterno ante Dios y la comunidad de individuos que ansiosos esperan el brindis con el fruto del trabajo de hombres y mujeres de esta tierra en un día excepcional, donde las lágrimas que no pude ver eran de felicidad y satisfacción por el trabajo realizado con Belén y Antonia separadas, y un bregar que continuaba, pues la fiesta daba paso a un deleite de brebajes, manjares y sabores exquisitos, como situaciones clínicas complejas que llevaron al final del día a una embriaguez plena, donde la fisión entre unión y separación eran una fusión panmetacorporal desde el altar hasta el quirófano, desde Mantagua hasta Valparaíso. Karina, Ignacio, Belén, Antonia serán, unidos o separados, parte de una historia donde lo que ha unido Dios, el hombre no lo podrá separar. Y eso yo no lo puedo garantizar. Es asunto de Fe.

Administración Regional Valparaíso: cambios y desafíos

Juan Villouta Carreño
Administrativo
Consejo Regional Valparaíso

El Colegio Médico de Chile ha estado realizando numerosos cambios y modernizaciones desde la administración central en Santiago. El primero de ellos dice relación con otorgar un servicio completo y eficaz en lo administrativo, a través de un **servicio integral y una administración moderna personalizada**, de modo que el afiliado se sienta todo el tiempo acompañado y apoyado mientras realiza sus trámites y consultas.

Otro de los cambios que se han implementado es la **alianza administrativa con Falmed**. Un gran paso, mediante el cual ahora el médico puede inscribirse en un solo lugar y mediante un único trámite al Colegio y a Falmed. Reconocida como un avance por los médicos que han debido realizar estos trámites, esta “ventanilla única” ha permitido agilizar la afiliación y regularizar el pago de cuotas.

En el caso del Regional Valparaíso, estamos constantemente trabajando para lograr una **planta administrativa** óptima, proactiva y comprometida con el Colegio. En ese sentido, se ha solicitado la contratación de personal de apoyo para la sede regional. Los capítulos médicos que contaban con secretarías –Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Hospital San Camilo de San Felipe y Hospital San Juan de Dios de Los Andes–, ahora tienen contratos formales con el Colegio Médico y con claras instrucciones de sus funciones. Gracias a la capacitación a la que han sido sometidas las secretarías de los capítulos mencionados, hemos podido delegar en ellas un sinnúmero de trámites. De este modo, actualmente ofrecen un mejor servicio al médico que se encuentra en estos establecimientos, especialmente a aquellos de las zonas más alejadas.

Los **proyectos administrativos** para este 2013 son varios. Uno de ellos es visitar los hospitales más alejados del Gran Valparaíso, como San Antonio, La Ligua, San Felipe y Los Andes, y aquellos establecimientos más pequeños donde se desempeñan los médicos más jóvenes, como Quintero, La Calera, Cabildo, Petorca, Putaendo, Llaylay, entre otros, para regularizar su situación con el Colegio Médico, Falmed, Fondo de Solidaridad Gremial y otros trámites. También se espera poder acompañar a los dirigentes en sus visitas gremiales a los distintos capítulos y a las escuelas de Medicina, con el objeto de dar a conocer mejor el quehacer del Regional y mostrar los beneficios de estar colegiado.

La tarea más grande dice relación con la **afiliación y reafiliación**. La meta propuesta para este 2013 es de 250 médicos colegiados y para cumplirla, el personal actual y futuro deberá capacitarse para cumplir este objetivo sin descuidar las demás labores administrativas.

Otras novedades dicen relación con **cambios físicos y estructurales de nuestra sede** regional. A la pavimenta-

ción del ingreso y la construcción del auditorio “Dr. Patricio Cancino Ahumada” –recinto que día a día aumenta su uso–, se han sumado otras obras: la construcción de una bodega en el patio, con estructura acorde a la línea de construcción de la casa; la readecuación interna de la sede, que incluye una nueva cocina; dependencias propias para las Asociaciones Gremiales de Médicos Especialistas, con sala de reuniones y secretaría juntas en el primer piso de la sede de Falmed (sin que por ello dejen de usar el resto de la sede para sus actividades propias); la remodelación de la secretaría, espacio que está en proceso para convertirse en una sala de estar para los médicos que nos visiten; y por último, un mejor aprovechamiento de la mansarda (segundo piso) para abrir nuevos espacios de trabajo.

El Colegio Médico está empeñado en cambiar el modo de hacer las cosas al interior de la institución, fomentando por sobre todo el trabajo en equipo, y nosotros, como el segundo Regional más grande del país, no podemos sustraernos a ello. Con esfuerzo y mucho compromiso, la administración de este Regional ha tratado de estar a la altura. Hemos avanzado mucho. Las cifras favorables en las inscripciones de estos dos últimos años y en lo que va de éste demuestran que las cosas se están haciendo bien. No cabe duda que aún queda mucho que hacer, pero estamos avanzando. Estamos al servicio de todos nuestros colegiados.

Todas las consultas acerca de Falmed, trámites, beneficios del Fondo de Solidaridad Gremial, así como inscripciones, reafiliaciones y otras consultas administrativas, pueden realizarlas comunicándose con el suscrito a los correos electrónicos: jvillouta@colegiomedico.cl o tesoreriavalparaiso@gmail.com



Colegio Médico
de Chile

Investigación Médica

y los obstáculos de la Ley 20.584

La entrada en vigencia, en octubre de 2012, de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas ha supuesto un duro golpe para la investigación en medicina, en particular por la imposibilidad de investigar en personas con discapacidades mentales y por las restricciones de acceso a la ficha clínica.

● Uno de los aportes fundamentales de los médicos a la disciplina que desarrollan es el de generar nuevos conocimientos. Sin embargo, el campo de la investigación se ha visto dificultado desde la entrada en vigencia, el pasado mes de octubre, de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes.

La alerta la dio, en enero de este año, el Comité de Ética del Hospital Carlos van Buren, organismo que, a través de una carta dirigida al Ministro de Salud Jaime Mañalich, manifestó su preocupación por “la limitación que significa para la investigación en medicina las restricciones impuestas por la Ley 20.584”. Junto con ello, el Comité solicitó el diseño de un mecanismo legal que, resguardando los derechos de las personas, también haga posible la investigación médica.

LAS PRINCIPALES DIFICULTADES

En la misiva –firmada, entre otros,

por el presidente del Comité de Ética del establecimiento, el Dr. Fernando Novoa, quien además integra el Tribunal Regional del Ética del Colegio Médico– se exponen fundamentalmente dos problemas.

Por un lado, consideran “una grave e injusta discriminación, la imposibilidad de investigar en personas con discapacidades que les hacen ser incompetentes para dar su consentimiento, de acuerdo a la ley actualmente vigente”. En efecto, el artículo 28 de la ley señala que “ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica”. Esto implicaría que personas con demencia y otras patologías que les impide entender qué es una investigación simplemente queden fuera de toda posibilidad de investigar en ellos.

ne este artículo es evitar que personas con discapacidades sean usadas como ha ocurrido en el pasado –señala el Dr. Novoa–. Pero por tratar de defenderlos se prohíbe por ley que se pueda investigar en ellos. Si la investigación es relativa a la demencia tenemos que estudiar qué pasa con un demente, no podemos hacerlo con otro individuo”, manifiesta.

En el mismo sentido se pronuncia la presidenta del Comité ético-científico del Hospital Gustavo Frické, QF Paola Fossa, quien señala que están absolutamente de acuerdo con lo planteado en la carta del Dr. Novoa, en relación a los obstáculos que están teniendo algunas investigaciones médicas. Si bien señala que no han tenido inconvenientes hasta ahora, también dice tener claro que hay cosas que no se pueden hacer con la ley tal como está.

“Justo antes de que se aprobara esta ley nosotros estábamos analizando un protocolo que pretendía investigar un medicamento que por primera vez apuntaba a algunas de las causas de ciertos trastornos genéticos que llevan a deficiencias mentales. Y como se enfocaba en tratar las causas nos parecía que era súper interesante para esta población poder contar con un medicamento de este tipo, cuyas

investigaciones preclínicas eran prometedoras. Afortunadamente alcanzamos a aprobarlo, cuestión que hoy no podríamos hacer. Entonces, privar a la población de esto también resulta injusto”, sostiene.

El otro aspecto que está entrapando algunas investigaciones dice relación con el acceso a la ficha clínica. La norma señala que “los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona”, y agrega que no obstante lo anterior, la información podrá ser entregada a solicitud expresa de otras personas u organismos “debidamente autorizados por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario” (art. 13, letra b).

Al respecto, el Dr. Novoa dice que “actualmente, cuando pedimos la ficha clínica nos dicen que no la pueden entregar a no ser que llevemos una autorización notarial del paciente, pero muchas veces a estas personas ya no sabemos ni dónde ubicarlas. Apoyamos la confidencialidad de la ficha clínica, pero limitar de esta manera el acceso a los datos dificulta mucho la posibilidad de investigar y detectar efectos adversos en pacientes”.

En la carta enviada al Ministro de Salud manifiestan que esta restricción la consideran “de mucha gravedad, porque tradicionalmente la información clínica almacenada en registros de diverso tipo ha constituido una herramienta fundamental para la investigación biomédica y ha permitido importantes progresos para el mejor conocimiento de las enfermedades, detectar efectos adversos de algunas terapias y ha justificado hacer propuestas de diagnóstico y tratamiento más favorables en términos de costo-efectividad”. Por ello, estiman que “esta ley significa frenar la posibilidad de usar una gran cantidad de información útil para futuros pacientes y también para los actuales en aquellos casos en que se detecte algún efecto adverso en las terapias en uso”.

El presidente del Comité de Ética del Hospital Van Buren advierte que por esta razón “hay muchos trabajos de investigación que en este momento están detenidos; algunos incluso estaban financiados”, asegura.

Por su parte, Paola Fossa sostiene que han participado en distintos foros en los que se ha tratado el tema, y que “efectivamente, a nivel nacional hay consenso en que esto ha generado una problemática. Se estaba acostumbrado a realizar múltiples trabajos de investigación, de formación, como son los de pregrado y posgrado, en que se involucraba la revisión de fichas clínicas y eso hoy es obstaculizado por esta ley”.

No obstante lo anterior, la presidenta del Comité ético-científico del hospital viñamarino se muestra esperanzada en que la situación pueda revertirse una vez que “la Comisión Ministerial de Ética de la Investigación en Salud CEMEIS, que asesora al Ministro de Salud, y que está trabajando en estos temas” den a conocer el reglamento final en relación a esta materia.

ALGUNAS PROPUESTAS PARA REVERTIR EL PROBLEMA

En la carta dirigida al Ministro Mañalich, el Comité de Ética del hospital porteño solicitó el estudio de un mecanismo legal que permita revertir la situación actual y que, al mismo tiempo,

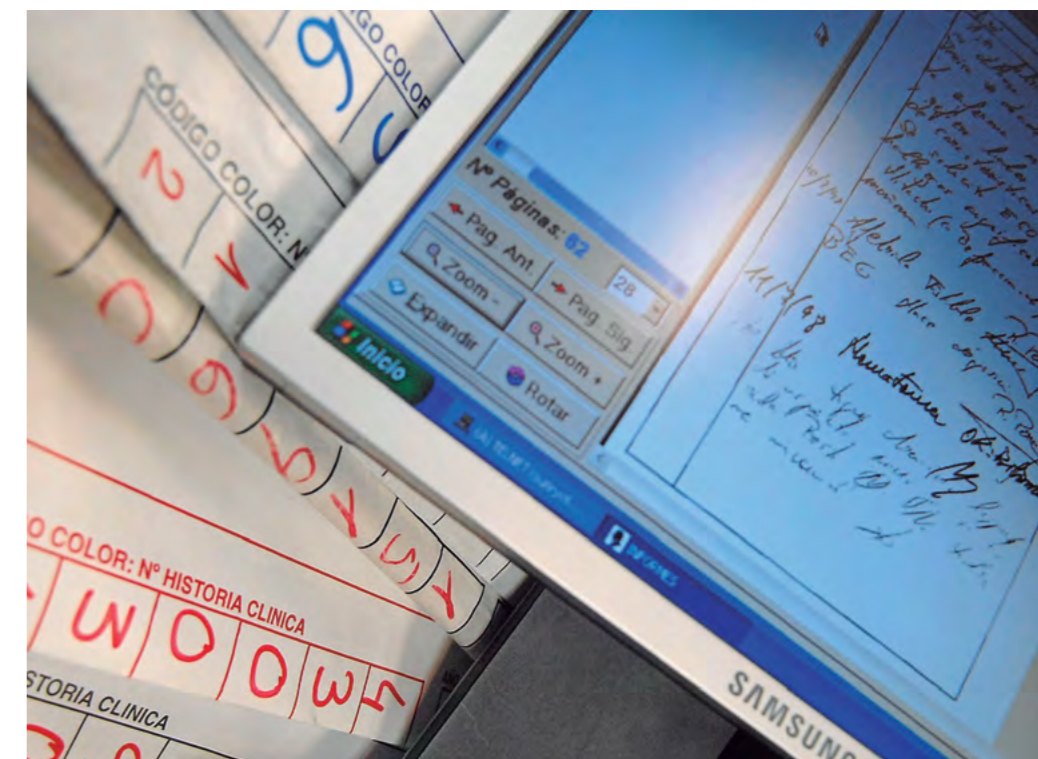
resgarden los derechos de las personas, posibilite la investigación en personas con discapacidades y no impida el uso de información de la ficha clínica para el bien de la sociedad.

En particular, proponen “que el uso de la información contenida en la ficha clínica con fines de investigación, sea evaluado en sus aspectos científicos y éticos por el Comité de Ética de la investigación” y que “la evaluación del Comité sea especialmente importante cuando la investigación requiera el manejo de datos de carácter personal”.

Junto con ello, proponen que la creación de registros con fines de investigación biomédica debidamente justificada “en términos de pertinencia científica y de utilidad social”, protegiendo la confidencialidad y el buen uso que se realice de la información, y un acceso controlado mediante la firma de un compromiso de confidencialidad. Asimismo, se propone anonimizar la información cuando los datos de carácter personal que contiene el registro no sean estrictamente necesarios.

Por todo lo anterior, es que en el seno del Departamento de Ética del Colegio Médico se trató el tema y se decidió solicitar al presidente de la Orden hacer ver al Ministerio de Salud las dificultades que está representando la ley en esta materia.

PMÉ



Mediación en salud

Isabel Salas

Abogado Jefe, Falmed Valparaíso

- Existe una larga tradición jurídica que promueve los medios autocompositivos de resolución de conflictos, que son aquéllos que se dan en el ámbito del común acuerdo entre las partes, reflejando la convergencia de los intereses de ambas y no la decisión de otro. Éstos constituyen medios alternativos por cuanto son la “alternativa” a la intervención de un juez.

Los métodos autocompositivos comparten las ventajas de ser medios por los que se obtiene inmediata solución de un problema pendiente, ahorrando el riesgo de un juicio eventual. Asimismo, tienen la ventaja de otorgar amplia libertad para establecer sus términos, aunque también tienen la desventaja de no asegurar una solución, dado que se requiere del acuerdo voluntario de las partes, no importando la consistencia del reclamo ni de los descargos que puedan hacerse a su respecto.

LA MEDIACIÓN EN SALUD EN CHILE

Fue creada por la ley 19.966 que establece un régimen de garantías en salud como un procedimiento previo para ejercer acciones jurisdiccionales contra los prestadores de salud, en orden a obtener reparación de los daños ocasionados en el otorgamiento de prestaciones de salud.

Tanto la norma como su reglamento establecen con claridad que sólo son susceptibles de mediación los reclamos deducidos contra los prestadores de salud que se funden en la alegación de haber sufrido daños ocasionados por el otorgamiento de dichas prestaciones. Es decir, no puede pretenderse solucionar un desacuerdo económico, diferencias de trato u otras presuntas faltas que no constituyan realmente daño en la salud de las personas.

El propio reglamento establece una instancia previa de examen a que deberá ser sometido todo reclamo, en la que se verifica que corresponda al ámbito de la mediación. En todo caso, el examen previo nunca se referirá al fondo del reclamo, no pudiendo rechazarse éste en atención a su mérito o credibilidad, sino que sólo se revisará desde un punto de vista formal. Éste es un punto interesante y que genera controversias ya que terminan acogiéndose a tramitación incluso aquellos reclamos que carecen notoriamente de sentido desde el punto de vista médico.

Por otra parte, cabe notar que el legislador creó la mediación como un mecanismo de descongestión de los Tribunales de Justicia, razón por la que determinó que toda persona que quiera reclamar por un presunto daño en la atención, deberá necesariamente recurrir a este procedimiento, no pudiendo ninguna demanda civil prosperar si no se ha reclamado en mediación previamente para solucionar el conflicto en un ambiente desjudicializado.

CARACTERÍSTICAS DE LA MEDIACIÓN

Se encuentra definida por la ley como un procedimiento no adversarial que tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Que se trate de un procedimiento no adversarial quiere decir que las partes no son contendores en una disputa en la que cada quien trataría de demostrar su mejor derecho. El espíritu de la mediación es que reclamante y reclamado se encuentren para acercar sus posiciones y llegar a una solución que evite que se vean arrastrados a un tribunal, perdiendo recursos personales y estatales para solucionar un conflicto que podría resolverse por una vía alternativa.

Para que la finalidad del procedimiento pueda cumplirse es que la ley lo construyó sobre la base de los principios de *igualdad* entre las partes, *celeridad* del procedimiento, *voluntariedad*, *confidencialidad*, *imparcialidad* del mediador e *informalidad* del procedimiento.

La *voluntariedad* quiere decir que la participación en el procedimiento es libre. Si bien es obligatorio para el reclamante previo a demandar ante los Tribunales de Justicia, para todos es voluntario acudir a las audiencias o permanecer en el procedimiento. En cualquier supuesto que la mediación fracase, sea por incomparecencia de una parte, o porque no se quiso perseverar en el procedimiento, el mediador extenderá un certificado al reclamante que acredite que el trámite está cumplido. La *voluntariedad* también se extiende a las formas de término de la mediación. Por lo general, las partes que se enfrentan en un conflicto esperan que el mediador establezca una solución final, sin embargo ello no ocurrirá en mediación ya que se encuentra impedido de definir el conflicto o de expresar su opinión. Sólo puede acercarse a las partes y proponer base de acuerdo, dependiendo finalmente del arbitrio de cada parte. Aún cuando durante la mediación se haga manifiesto el mejor derecho de una parte, no se puede forzar la firma de un acuerdo.

La *confidencialidad* implica que lo discutido en mediación debe ser mantenido en reserva por todos, promoviéndose una libre discusión, sin temor ni reserva. La norma establece que todas las declaraciones y actuaciones de las partes tienen el carácter de secretas, quedando impedido incluso al mediador o a terceros que pudieran tomar conocimiento del procedimiento, divulgar cualquier información, infracción sancionada con pena de reclusión menor y multa de seis a diez UTM.

PROCEDIMIENTO

La mediación se inicia mediante la interposición del reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, cuando se dirige contra un prestador público, o ante la Su-

perintendencia de Salud cuando se trata de un prestador privado. Una vez recibido el reclamo se designará un mediador que citará a las partes a una primera audiencia.

La mediación se desarrolla de manera informal, mediante la celebración de todas las audiencias que sean necesarias durante un período que la ley señala. Este plazo es de 60 días corridos, ampliables por 60 días más cuando es necesario.

Por lo general, en la primera audiencia el reclamante expone los términos de su reclamo y su pretensión. Tiene la facultad de formular cualquier solicitud que sienta suficiente para satisfacerla, pudiendo ser una suma de dinero, prestaciones de salud o incluso disculpas de parte del reclamado.

Por su parte, el reclamado tiene la facultad de ofrecer cualquier solución al reclamante, desde una explicación que no constituya reconocimiento de responsabilidad, hasta una indemnización económica, sea porque se reconoce alguna falta, o bien, como precio para evitar un juicio. Desde esta perspectiva, las partes son absolutamente libres para llegar a todo tipo de solución, más allá de su justicia, pues lo que se discute no es el derecho sino la posibilidad de evitar un litigio.

El procedimiento de mediación terminará por la decisión voluntaria de cualquiera de las partes de no perseverar, por falta de comparecencia de las partes a las audiencias, por expiración del plazo legal sin haber llegado a acuerdo, por falta de acuerdo o por el acuerdo de las partes.

En el caso de los acuerdos económicos, cuando el reclamo se haya dirigido contra un prestador público de salud, una resolución del Ministerio de Salud ha establecido montos máximos de dinero susceptibles de ser pagados por esta vía, que van desde las 3.500 UF en caso de muerte, hasta las 1.000 UF en caso de incapacidad temporal u otros daños.

Cualquiera sea el acuerdo, tendrá valor jurídico de la transacción, poniendo fin en forma definitiva al conflicto entre las partes. En el caso que no se llegue a acuerdo en la mediación y ésta fracase, el mediador extenderá un certificado a favor del reclamante para que éste pueda iniciar acciones judiciales.

NUESTRA EXPERIENCIA

Falmed ha participado en la mediación en salud desde sus inicios apoyando a los médicos pertenecientes a la fundación. Solamente durante el año 2012 concurri-

mos en representación de nuestros médicos en 196 procedimientos de los cuales más de 40 correspondieron a la Región de Valparaíso.

En términos generales, hemos podido apreciar que los pacientes/parientes que se sienten dañados durante la prestación de salud reclaman contra quien los atendió y contra la institución de salud en la que ocurrió la atención. Puede ser que el reclamo diga relación con la actuación personal del médico o con cuestiones pendientes de la organización del establecimiento, sin embargo habitualmente el reclamo no discrimina, interponiéndose contra el conjunto de prestadores por el total de la experiencia, por lo que termina el reclamo conteniendo elementos de diversa naturaleza como un evento adverso, demora en la prestación, reparos en la información, problemas de trato, etc. No es sólo la fase médica lo determinante en el reclamo pues probablemente todo reclamo ha sido construido sobre la insatisfacción general del usuario del sistema de salud, razón por la que encontramos en el relato del reclamante referencias a hechos que escapan al obrar médico.

De acuerdo a nuestra estadística regional el 25% de las mediaciones ingresadas el año 2012 correspondió a atenciones ginecobstétricas, otro 25% a cuestiones quirúrgicas y el 50% restante se refiere a otras especialidades como medicina interna, oftalmología, pediatría, psiquiatría y dermatologías, entre otros, correspondiendo además el 75% del total a hechos ocurridos en el sistema público de salud.

Sobre las formas de término podemos dar cuenta de un 86,3% de procedimientos terminados sin acuerdo mientras que sólo el 6,8% terminó con acuerdos por explicaciones, económicos u otorgamiento de prestaciones, quedando los restantes en trámite o con términos administrativos de otra índole.

La recomendación que podemos hacer al médico es acercarse a Falmed cuando se interponga en su contra un reclamo en mediación, pues si bien se trata de un procedimiento sencillo que promueve la comunicación directa entre las partes, nuestra asesoría y representación durante el procedimiento puede ser muy relevante ya que contamos con la experiencia, no sólo regional sino también nacional, de esta institución desde los inicios de la mediación en salud, por lo que estamos capacitados para orientar y ayudar al médico a definir su postura frente al reclamo y medir los riesgos de judicialización del evento.

● El ser humano es un ser eminentemente social. Necesita de la relación con los demás para su desarrollo y seguridad. En nuestra profesión, además de la relación médico-paciente, que es una característica central en el trabajo del médico, también es necesario considerar la relación docente-alumno, jefe-subordinado, entre colegas, con otros profesionales, etc. Todas estas relaciones son necesarias y pueden ser gratas y exitosas, pero también pueden generar conflictos, con desenlaces no esperados.

Es inevitable en el marco de la actividad clínica la aparición de pensamientos o tendencias de diversa índole (atracción o rechazo) en la relación del médico con sus pacientes. Por ello, debemos estar conscientes de que debido a la existencia de las emociones todos estamos en riesgo de que la relación se aparte de lo que es útil y efectivo, y por lo tanto debemos estar debidamente atentos a esa posibilidad para prevenir sus desviaciones. El psicólogo norteamericano William James hacía ver que las emociones se originan independientemente desde el cuerpo, y sólo después se convierten en pensamientos conscientes. Por lo tanto, resulta difícil impedir que ciertos pensamientos o emociones se produzcan, pero está dentro de la voluntad del médico evitar que ellos se traduzcan en acciones que pueden entorpecer la relación con los pacientes. Para impedir la presentación de hechos éticamente inaceptables es necesario respetar aquellos límites que han sido bien definidos en estas relaciones, los que deben ser conocidos y tomados en cuenta en toda circunstancia.

LOS PACIENTES NO DEBEN SER AL MISMO TIEMPO AMIGOS DEL MÉDICO

Las amistades son un ingrediente importante en la vida de la mayoría de las personas, pero el médico debe encontrarlas fuera del grupo de lo que son sus pacientes. Los Códigos de Conducta de muchas sociedades médicas especifican que los médicos deben evitar autodiagnosticarse y tratarse ellos mismos más allá de las molestias comunes y, tampoco están facultados para tratar amistades cercanas o a integrantes de sus propias familias. Asimismo, deben proceder con mucha cautela en lo que respecta a la atención de empleados con los que estén estrechamente asociados. Los problemas que pueden surgir en estas situaciones incluyen la obtención inadecuada de la historia clínica o del examen físico como consecuencia de las molestias relacionadas con sus papeles, ya sea por parte del paciente o del médico. Las peticiones de atención por parte de empleados, parientes o amistades deben

Límites en la relación del médico con sus pacientes

Dr. Fernando Novoa Sotta

solucionarse sólo ayudándoles a que obtengan la atención adecuada. Sin embargo, éste no es un impedimento para mantener la función de asesor informático y afectuoso.

FUNDAMENTOS PARA MANTENER LÍMITES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La proximidad emocional del médico con un amigo o consanguíneo, pudiera tener como consecuencia la pérdida de objetividad.

Si el médico decidiera tratar a una amistad cercana, un pariente o un empleado debido a la necesidad circunstancial, el paciente debiera transferirse a otro médico tan pronto sea posible. Por este motivo, muchas sociedades médicas incluso sancionan en el marco de los Códigos de Conducta



a aquellos colegas que “traten profesionalmente al cónyuge, y a los parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, exceptuando situaciones de urgencia”. Se estima que en esos casos el profesional no contaría con la objetividad necesaria para un buen raciocinio clínico, ya que existirían sentimientos afectivos positivos o negativos que interfieren con el juicio. Cuando se trata a amigos o familiares por lo general se cometen errores por infra o supervaloración de los datos. Se prejuzga con frecuencia, se omiten exámenes que pueden ser importantes; o al contrario, se sobrereactúa por temor a equivocarse.

Es más probable que el diagnóstico y las decisiones terapéuticas sean los correctos cuando se dispone de una información completa de los antecedentes del enfermo, y en una relación de amistad o de parentesco se pueden producir interferencias en la obtención de datos sensibles.

En este aspecto, que es fundamental, numerosas encuestas hacen ver que los pacientes están más dispuestos a realizarle confidencias e informar de aspectos íntimos de sus vidas y permitir un examen físico, cuando la relación con sus médicos es de tipo profesional, y no de amistad. Éste es un aspecto a considerar en temas sensibles como pueden ser las preferencias sexuales, sida, abortos y otros antecedentes que pueden ser relevantes en el diagnóstico para ciertas circunstancias clínicas.

Además, una relación de amistad con un paciente puede dificultar la cancelación de los servicios prestados.

GRADUALIDAD EN LOS LÍMITES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Es necesario tener presente que la relación del médico con su paciente es un proceso que evoluciona en el tiempo, como ocurre en toda relación entre personas. Por este motivo, se pueden distinguir diversos grados de aproximación que se pueden producir a medida que se repiten los encuentros. Este aspecto es importante, porque permite reconocer en un determinado momento la existencia de una pendiente resbaladiza que hay que tomar en cuenta para actuar adecuadamente y en el momento oportuno.

Por lo anteriormente expuesto, lo primero es estar muy consciente de que la relación médico-paciente, para que sea exitosa y el paciente reciba el mayor beneficio posible, debe mantenerse dentro del ámbito de lo profesional. Esta calificación deberá ser hecha considerando circunstancias tales como los aspectos culturales, personalidad y estado de la enfermedad del paciente. Estos detalles son importan-



tes de tomar en cuenta para lograr una relación óptima con el enfermo.

Teniendo presente la gradualidad existente en esta relación, el médico puede reconocer la aparición de conductas indicativas de estar traspasando los límites recomendables. Algunos consideran “una bandera roja” para el médico cuando el paciente durante la consulta lo empieza a tratar de modo coloquial e informal. De inmediato el médico debe con prudencia conducir el trato al nivel profesional. También está el intercambio de regalos inapropiados o más allá de un cierto monto, que deben ser delicadamente rechazados. También se advierte al paciente de “banderas rojas”. Si el médico lo invita a tomarse un café, debe preguntarle cual es el objetivo de esa invitación y de acuerdo a la respuesta debe aceptar o no. También es una advertencia cuando el médico otorga un trato especial a su paciente, como atenderlo fuera del horario habitual de consulta o dar mayor tiempo a la entrevista, sin que esto esté justificado por su condición clínica. Reconocer el riesgo de estas conductas, permite hacer una pronta rectificación y llevar nuevamente el trato y la relación a lo estrictamente adecuado.

Una clara violación de los límites de la relación lo constituye el concertar encuentros con el paciente fuera del espacio físico de la consulta, compartir deliberadamente actividades recreativas de diversa naturaleza o contraer préstamos de dinero.

Un extremo inaceptable de violación del límite de lo profesional para el médico es involucrarse sexualmente con un paciente actual, incluso si es este último quien inicia o consiente voluntariamente el contacto. Lamentablemente, estos hechos no constituyen una extrema rareza, y siempre significan un grave daño para el enfermo. Los asuntos de dependencia, confianza y transferencia, así como la desigualdad del poder, conducen a una mayor vulnerabilidad por parte del paciente y requieren que el médico no entable relación sentimental alguna con ellos.

También la relación sexual entre médicos y expacientes debe ser motivo de rechazo. El impacto de la relación médico-paciente podría valorarse de manera muy diferente por las partes, y cualquiera de ellas podría subestimar la influencia de la relación profesional que existió. Muchos expacientes continúan sintiendo dependencia y transferencia en relación con sus médicos durante mucho tiempo después de que terminó la relación profesional. La intensa confianza que a menudo se establece entre el médico y el paciente puede magnificar la vulnerabilidad del paciente en una relación sentimental subsiguiente. Una relación de esta naturaleza con un expaciente no es aceptable, ya que es inevitable que influya la confianza, el conocimiento, las emociones o la influencia derivada de la relación profesional anterior.

En el caso de la pediatría, estas observaciones deben ser consideradas válidas con respecto a la relación del médico con los padres del menor.

CONCLUSIONES

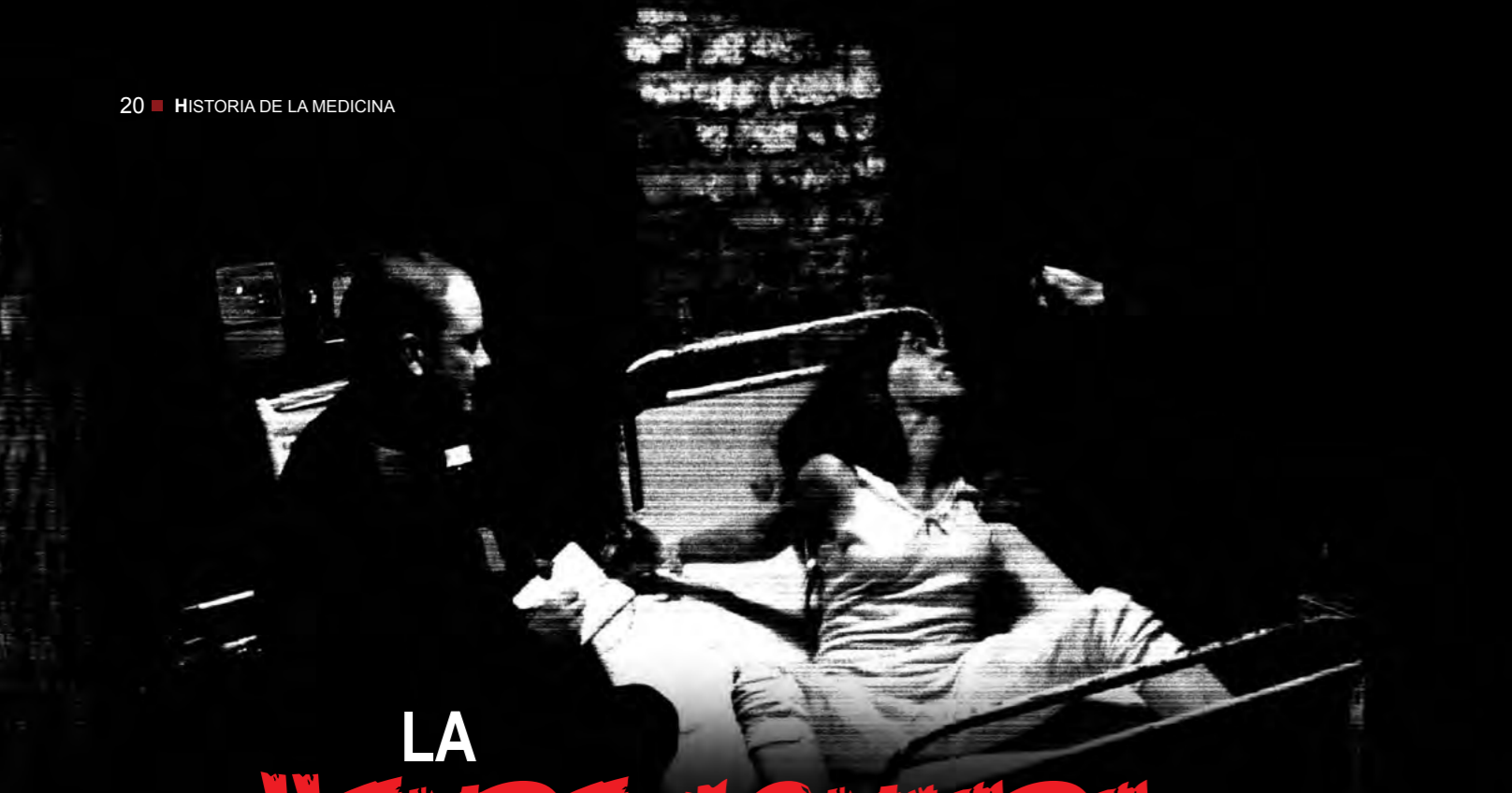
La relación entre el médico y su paciente tiene un rol muy importante en la práctica de la medicina, y es esencial para una asistencia médica de alta calidad.

Para lograr el mayor beneficio y evitar equivocaciones, esta relación debe ser mantenida dentro de los límites estrictamente profesionales. Esto no significa que la relación tenga que ser fría y distante. Todo lo contrario, debe ser próxima y empática para que el paciente considere que ha sido bien atendido, pero dentro de ciertos límites que han sido bien definidos.

La mantención de los límites de la relación del médico con su paciente depende de ambos, pero el resultado final del modo como se establece la relación, es de la entera responsabilidad del médico tratante. Él es un profesional en esta actividad y además recibe una remuneración por sus servicios, y por lo tanto debe tratar de que la relación se mantenga a un nivel de excelencia.

En ningún caso se puede culpar al paciente cuando los límites son traspasados. Incluso, está dentro del derecho del médico el dejar de ser el médico tratante de un determinado paciente, cuando estima que estos límites resultan imposibles de ser mantenidos. Esto, evidentemente requiere de una adecuada derivación a otro colega, después de una apropiada comunicación con el enfermo.

La determinación excepcional de renunciar a ser el médico tratante tiene como primer objetivo asegurar la buena atención del paciente, y también prevenir malas consecuencias para el propio médico.



LA "ENDEMONIADA DE SANTIAGO" y su relación con Valparaíso

● Carmen Marín fue conocida a mediados del siglo XIX como "la endemoniada de Santiago". En aquella época, su caso enfrentó a la nascente ciencia médica con la religión, y en 1857 fue ampliamente difundido por el diario *El Ferrocarril*.

Se trataba de una joven nacida en 1838 en Valparaíso. Tras perder a sus padres a corta edad, quedó encomendada a una tía que la mandó criar a Quillota donde unos parientes cercanos. Después de cursar las primeras letras, a los doce años fue enviada interna al colegio de los Sagrados Corazones de Valparaíso (Monjas Francesas), recinto donde observó una conducta ejemplar pero donde al poco tiempo inició su enfermedad mental.

Una noche, después de haber sido autorizada para velar al Santísimo, oyó palabras como de hombres, golpes, aullidos de perros, gatos y otros animales, que le produjeron un gran susto. Esa noche, mientras dormía le pareció estar peleando con el diablo, levantándose semidormida a pelear con sus compañeras de pieza. Desde entonces fue considerada enferma y enviada donde su familia, que consultó a médicos brujos o adivinos que intentaron curarla sin resultado. Finalmente, ingresó al Hospital San Juan de Dios de Valparaíso, donde después de estar hospitalizada durante más de un año, intentó quitarse la vida; de allí pasó al Hospital San Francisco

de Borja de Santiago, para finalmente ser internada como incurable en el Asilo de Pobres u Hospicio de Santiago, establecimiento a cargo de las Hermanas de la Caridad.

La paciente presentaba un cuadro caracterizado principalmente por cefalea que era seguida por accesos de furor o risa y movimientos convulsivos durante los cuales demostraba una fuerza superior a la de los hombres, y pérdida de la sensibilidad o del movimiento. Durante esos episodios hablaba idiomas extranjeros, se expresaba en forma inapropiada y profanaba el nombre de Dios. Estos episodios no respondían a los tratamientos habituales, pero los ataques terminaban con el ritual del exorcismo, cuando un sacerdote leía el Evangelio de San Juan.

Como las crisis eran anunciadas con anticipación con fecha y hora de aparición, acudía al hospicio una enorme concurrencia, tanto así que se evaluó la posibilidad de apostar guardias que permitieran o rehusaran la entrada al recinto, pero como se estimara que no había nada que temer, se resolvió no colocarlos.

INTERPRETACIONES MÉDICAS

La investigación eclesástica realizada por encargo del Arzobispo Rafael Valen-

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

tín Valdivieso fue llevada a efecto por el presbítero don José Raimundo Zisternas, quien consultó a los principales facultativos que en ese momento ejercían en la capital para que se pronunciaran acerca de si la paciente padecía alguna enfermedad mental o si sufría una posesión demoníaca. Le hicieron reconocimiento numerosos facultativos, a quienes se les consultaba acerca de si la paciente sufría una enfermedad natural o sobrenatural. Muchos emitieron un informe al respecto, entre ellos, el Decano de la Facultad de Medicina Dr. Lorenzo Sazie.

La importancia del caso de Carmen Marín está dada por la interpretación que en su momento hicieron de la locura los más distinguidos médicos del país. Cuatro de ellos trabajaron en Valparaíso en algún período de su vida profesional y sus informes son representativos del pensamiento médico de la época en lo referente a cierto tipo de enfermedades mentales.

El Dr. Juan José Bruner (1825-1899) había llegado a Valparaíso como parte de una expedición científica en 1847, con una recomendación del naturalista alemán Karl

von Humboldt y más tarde fue nombrado socio correspondiente y corresponsal de la Sociedad Médico Quirúrgica de Berlín. Hijo de padres alemanes, había nacido en Varsovia y realizado sus estudios en las universidades de Jena y Berlín, trabajando con el profesor Johannes Müller, gran fisiólogo, histólogo y anatómo-patólogo. Luego de ejercer unos años en el puerto, se trasladó a La Serena. Después de presentar la tesis "El cerebro de los animales y del hombre reducido a sus tipos fundamentales como símbolos de su función psicológica", en 1855 revalidó su título y desde entonces ejerció en Santiago, donde en 1857 fue elegido miembro académico de la Facultad de Medicina. Ese año postuló que la enfermedad de Carmen Marín se originaba en el cerebro y correspondía a una histeria, abordando a través de este caso algunas ideas sobre la relación entre forma y función cerebral. Explicaba este caso atribuyéndolo al miedo experimentado por la paciente en su breve período de internado en Valparaíso, que dejó una impresión en ciertas partes del encéfalo, transmitido a otras regiones del cuerpo a través de los nervios. Dejaba así de lado las teorías uterinas de moda en aquella época y la idea de posesión demoníaca.

En 1859 fue designado cirujano de la guarnición de Valparaíso y del Hospital Militar que funcionaba al interior del Hospital San Juan de Dios de esta ciudad. Volvió a Santiago alrededor de 1871, pero mantuvo su casa en Valparaíso, donde pasaba sus vacaciones.

En relación con una enfermedad de su esposa declarada incurable por sus colegas, Bruner consultó al médico homeópata Benito García Fernández, quien afirmó que la curaría, como efectivamente sucedió. Es así como el Dr. Bruner comenzó a estudiar homeopatía y se dedicó a la práctica de aquélla, preparando él mismo sus medicamentos.

Respecto del caso de Carmen Marín, este último médico tuvo la opinión opuesta. Don Benito García Fernández era un médico español que había ejercido en La Habana antes de llegar a Chile. En 1851 revalidó su título obtenido en Madrid después de presentar una tesis de licenciatura que se llamó "La Homeopatía", introduciendo en el país este tipo de medicamentos. Trabajó en Valparaíso algunos años, alcanzando gran prestigio.

Ya en Santiago, fue consultado en 1857 en relación con el caso de Carmen Marín. Respondió que la opinión de los médicos de su tiempo era que no sólo no había endemoniados sino que no los había habido jamás, cayendo la mofa y el ridículo sobre quienes, en los siglos anteriores, llamados siglos de ignorancia y fanatismo, lo habían

admitido. A continuación citó celebridades médicas que habían admitido la hipótesis del "endemoniamento" desde el siglo XV en adelante. Finalmente coligió que la enfermedad de Carmen Marín no era fingida y evidentemente no era natural, entre otros motivos por tener visiones, por el desarrollo de fuerzas superiores a las del común de los hombres, hablar idiomas extranjeros, expulsar cosas monstruosas como uñas, cabellos y vidrios, y por la eficacia que tenía sobre ella el exorcismo. Concluyó en consecuencia que la paciente estaba endemoniada, a pesar de saber que se exponía a la burla de sus contemporáneos.

Un tercer facultativo consultado fue el Dr. Tomás Armstrong (1805-1879), quien llegó a comienzos de la década de 1830. Nacido en Escocia, había estudiado en el Colegio Real de Cirujanos de Edimburgo donde rindió exámenes de medicina, cirugía y farmacia. Obtuvo el título de doctor en Medicina y Cirugía de la Academia Jacobo I de Edimburgo. Hombre de gran cultura, dominaba el latín y el griego. Viajó a la India como cirujano del ejército inglés; luego a Italia y a Chile, donde revalidó el título en 1831. En 1836 fue nombrado médico consultor del Hospital San Juan de Dios de Valparaíso. En 1843 el gobierno lo nombró miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde reemplazó al Dr. Blest en la cátedra de Prima Medicina cuando éste solicitó permiso por un año por motivos de salud. También fue fiscal del Protomedicato, sin embargo, trabajó la mayor parte del tiempo en Valparaíso, donde tuvo a su cargo la asistencia de los tripulantes de los buques de la marina inglesa que recalaban en el puerto. Fue uno de los médicos más destacados de su época. En 1857 fue consultado para que informara acerca del caso de Carmen Marín, a quien hizo un reconocimiento en un momento en que la joven no estaba alterada, por lo que no emitió ningún informe.

Para terminar, tenemos al Dr. Manuel Antonio Carmona (1810-1886), quien había ingresado a estudiar medicina en el primer

curso que se abrió en 1833 en el Instituto Nacional, antes de que se fundara la Universidad de Chile. En virtud de la ley del 31 de enero de 1837 fue autorizado por el Presidente de la República para ejercer la medicina sin haber completado sus estudios, incorporándose como cirujano al Regimiento de Quillota. En 1839 fue encargado de combatir la viruela en los departamentos de San Felipe, Los Andes y Putaendo, trabajando luego en el Hospital San Camilo de San Felipe. Años después, ejerciendo en Santiago, fue consultado por el caso de Carmen Marín y el 28 de septiembre de 1857 remitió su informe en el que concluía que, apoyándose en San Jerónimo y en San Agustín, la palabra "endemoniado" de las Sagradas Escrituras era interpretable; de acuerdo con esos dos teólogos y Santo Tomás, en los casos en que se debe hacer una interpretación hay que preferir la razón a la autoridad. La palabra "endemoniado" era una expresión figurada de enfermedades naturales. Según el común sentir de los sabios, entre ellos Hipócrates, las mujeres presentan convulsiones con facilidad, causadas por histerismo o neurosis, en que los órganos reproductivos juegan un rol central. Indica también que las enfermedades se manifiestan de formas diversas, haciendo difícil el diagnóstico, como lo dice el Dr. Martner, jefe de la clínica médica del Hôtel-Dieu de París. Por los síntomas presentados, a su entender, Carmen Marín tenía enfermo el cerebro y su enfermedad era evidentemente natural, del orden de las neurosis, un "hístico". La narración de este caso fue compilada por el Dr. Carmona y publicada en Valparaíso en diciembre del mismo año. En 1861 el Dr. Carmona fue nombrado médico del Hospital San Juan de Dios de Valparaíso, donde trabajó hasta 1883.

El caso médico psiquiátrico de Carmen Marín ilustra las transformaciones de la época, en especial la del paso de una sociedad tradicional hacia una sociedad moderna, la evolución de la medicina hacia una ciencia acorde con dicha modernidad y los comienzos de la psiquiatría en Chile.

PMÉ



médicos escritores

El doctor Alejandro Patricio Carmona Bello, nacido en Tocopilla, se trasladó a Concepción para sus estudios de Medicina y obtuvo una beca primaria para especializarse en Ginecología Obstetricia. Tras una estadía en Los Ángeles, se radicó en Valparaíso, donde ejerció en el Hospital Enrique Deformes y más tarde, hasta la fecha, en el Hospital Carlos van Buren.

“Mi inclinación a la escritura –señala– nació en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, en mi época de estudiante, en que existía un intensa actividad intelectual”.

Sus preferidos son clásicos de novelas y filosofía. Como autor tiene publicaciones en la Revista *Dedal de Oro* del Cajón del Maipo y en *Ars Medica*, de la Universidad Católica.

Complementa sus aficiones literarias con la música, especialmente el Jazz.

Tiene tres hijos: Pía, Lorena y David; y cuatro nietos: Lukas, Emilia, Isabela y Cristóbal.

En esta edición publicamos su cuento *Elegía a la muerte de un hombre viejo*. En un estilo personal, complementa la narrativa descriptiva con diálogos extensos, donde destaca el manejo de la conversación, con tal destreza, que el lector se hace partícipe en el desarrollo de la acción, como si estuviese presente.

El término de elegía, originado en los clásicos, en esta versión en prosa, se asimila con un tema trágico, específicamente la muerte de un personaje.

Es imposible sustraerse al esquema clásico de las tragedias griegas, con la invitación a participar, la descripción del tema y los diálogos que semejan una escena de teatro.

De los dos personajes uno es Pompeyo, que proyecta al pasado un tema de permanente vigencia. El otro carece de identificación y se le reconoce como “hombre viejo”, lo que despersonaliza al protagonista, transformándolo en un personaje universal, enfrentado a la muerte.

La composición integra elementos actuales y riqueza vocal, que contribuyen a configurar el relato de un tema que no ha perdido vigencia desde el inicio de la vida humana.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

ELEGÍA A LA MUERTE DE UN HOMBRE VIEJO

Dr. Alejandro Carmona B.

Observa atentamente lo que te voy a contar.

Pompeyo, un muchacho bastante atrabiliario y trasgresor, merodeaba noche tras noche tugurios y *pubs* musicales porteños, sin distinción alguna. Su compañera era una tremenda angustia que corroía silenciosamente sus pensamientos y alimentaba su pasión por el jazz.

Muchos días de cansancio y embriaguez marcaban los surcos de su rostro enajenado. Sus pies ya temblorosos acortaban su marcha vacilante.

A la hora del crepúsculo mortecino, una ráfaga de luz paralizó su andar en aquella esquina cerca de su estudio de grabación.

La velocidad de la estampida del motorizado lo azotó hasta dejarlo inconsciente, ahí, en esa calle ensangrentada.

Vecinos misericordiosos y transeúntes vigiles asistieron su cuerpo dislocado. Acudió la emergencia móvil a su traslado y la posta lo recibió como morada sanadora.

Manos de mujer, suaves y trabajosas de tanto acoger, manos rudas de hombres sabios que socorren cuerpos en quirófanos y máquinas escrutadoras duras, lo llevaron quietamente a la conciencia.

En la antesala, en una camilla vecina, un anciano cubierto con sábanas sudorosas a modo de mortaja, lo observaba con ternura y algo de pena.

H.V.: Hijo mío. Cuánto has gemido con tropezos de palabras y balbuceos musicales.

P.: Nada, hombre viejo. Mi dolor de cuerpo es migaja comparado a este dolor del alma que acrecienta mi angustia.

H.V.: ¿Cuál es tu dolor, hijo mío, que no hay congoja, llanto ni miseria que el tiempo no cure?

P.: Es por estos cortos años de tanto errar con terribles penas de amor. Ya no hay llanto que calme mi dolor. Nací con poco amor de madre y sin padre a mi lado. Fui un intruso en casas ajenas. Peregrino en calles sombrías.

“Una noche de otoño, al abrigo de un árbol deshojado, la encontré –a ella– adornada en harapos y embriagada de placer en un torbellino de *cannabis* alucinante. Compartimos noches felices de gozo y fantasías; pero la dicha es corta, hombre viejo.

“Sucedió que a las vísperas de un día de primavera, llegó un poeta vagabundo. La sedujo a mi lado, mientras yo, abandonado por el éxtasis del alcohol, recorría mundos oníricos llenos de orgía musical.

“La lloré días y noches enteras cargadas de nostalgia y de dolor con olor a muerte.

H.V.: Un viaje al infierno. ¿Qué calmó tu tragedia?

P.: Hombre viejo, la música de jazz. Mi fiel compañera. Hago música, la canto y la sufro. ¿Y tu vida?

H.V.: Soy un solitario campesino. Una noche sin abrigo, dormí a la intemperie. Tres días más tarde fui adormecido por un terrible dolor de pecho. Respirando sangre y con mirada febril, niños vagabundos y compasivos me entregaron a este sitio de sanación.

P.: Te ves mal, hombre viejo.

H.V.: Vivo abandonado. En mi juventud cantaba y soñaba con tu música. Aquí soy como el esclavo algodonero. Me gusta el *blues*, canto del negro sufriente.

P.: La música, la miseria y el dolor hoy nos hermana. ¿No?

“Me gusta tu sonrisa y la ternura de tu mirada, hombre viejo.

H.V.: Dame tu mano. Eres el hijo que tuve y que nunca regresó...

Ese momento, pleno de sentimientos y emociones, fue interrumpido por una silenciosa asistente que trasladó al hombre viejo a una sala de mejores cuidados.

P.: Hombre viejo, ¿cómo es tu nombre?

H.V.: Efraín.

P.: El mío, Pompeyo... y que los dioses sean contigo.

Días después, Pompeyo despertó angustiado y adolorido por metales que articulaban sus huesos.

Se acercó la misma silenciosa asistente. Lo acogió con su mirada atenta a sus requerimientos.

P.: Mujer, no calmes mi dolor. Dime: ¿Efraín?

A.: Murió con sus pulmones rotos y en un vértigo febril irrecuperable.

Se oscureció el rostro de Pompeyo. Lágrimas adoloridas surcaron su faz angustiada.

Cerca del amanecer de un día otoñal, salía Pompeyo de su estudio de grabación a paso renco.

Su rostro estaba iluminado por una sonrisa de encanto por su novedosa creación musical.

Tatareaba un melódico *blues* con versos elegiacos a Efraín.

De súbito, un destello a lontananza iluminó su trajín.

Miró al cielo difuminado de estrellas y como un fantasma, pudo distinguir a un hombre viejo amortajado en sábanas sudorosas, sonriéndole con tierna mirada.



Además del cuento, el Dr. Alejandro Carmona también quiso compartir algunos de sus poemas, los que publicamos en esta edición.

El hilo conductor que se advierte en su obra poética es sin duda el sentimiento del amor. No es sutil ni una sugerencia, es con toda nitidez la expresión en verso de lo que se siente hacia el otro. Desde todos los tiempos, el amor ha constituido un pilar fundamental en el proceso creativo del poema. Puede decirse que es un tema primario en el ánimo del alma que se traduce en palabras, y en este caso, aparte de desbordar sinceridad y afecto, está bien logrado el otro componente fundamental del poema, su construcción. Es un andamiaje bien logrado. En pocos versos logra un muy buen desarrollo de la idea, la que concluye convincentemente. Bueno para el lector de los tiempos actuales y mejor para todo aquel que ha creído estar enamorado porque se sentirá identificado plenamente.

La poesía de amor, debido a su esencia y origen corre el riesgo de caer en versos relamidos, sobrecargados, con tintes retóricos o excesivo ímpetu juvenil que, en definitiva, dañan al poema y alejan al lector sin convencerlo. Escribir buenos poemas de amor no es tarea fácil ni desafío para principiantes. La obra de Carmona convence, es liviana, no empalagosa y refleja autenticidad del sentimiento, pero muy bien traducido en estos versos.

Dr. Alberto Rojas Osorio



A mi regreso

Doloroso es mi regreso a tu regazo
dolorosas las espinas de tu rosa
mas el fuego de tus labios
adormecidos
arrebatan en locura mi razón.

Toma el soplo de mi llanto amargo
y solo.
Fija en mí tu mirada tierna y azul
que tus manos embriagadas
de dulzura
me estremecen en tu seno acogedor.

Amor mío

Los dioses te arrancaron de la eternidad.

Te regalaron pétalos en tus labios,
estrellas en tus ojos,
perfume del Edén,
diadema de luna,
y un vientre adormecido
en nido revuelto
por mi amor apasionado.

Como súplica,
acoge mi canto de admiración y
desvía en mí tu mirada,
a tus pies, yo, arrodillado.

Mi llanto

Radiante tus labios me acogieron
con tu risa ocultando mi lamento
y mis sombras agotando tormento
en tu regazo encendido de luna.

Quizás... no supe mirar tus ojos
Quizás... no quise seguir tus pasos
Quizás... no fui tu manto de estrellas
Quizás... no pude levantar el velo.

¡Anatema!
que mi alma solloza destrozada
con mis ojos nublados de dolor.

A tus pies los jazmines dorados
con las perlas virginales del Olimpo
ornaré tu cuerpo entumecido
con mi llanto triste y adolorido.

No estás...

¡Ay!,
asolada fue tu loca pasión dormida
y tu sangre inocente de traición,
la bravura del deseo incontrolado
devoró tu escondida llama virginal.

Fueron dioses de cólera encendida
que atormentaron tu alma acongojada,
la fraguaron de llanto ennegrecido
y de furia enloquecida de dolor.

Ya hay vestigio de la luna en tu mirada
ya hay remanso de ternura en el corazón
ya las nubes del tormento se disipan
ya tus manos están ansiosas de la flor.

Si el manantial de tu mirada anochecida
devorara un corazón pueril y errante
cantaría la alondra adormecida
y de estrellas el cielo lloraría.

Tú

Te acercaste a rescatar de mi memoria
un tiempo ido cuando tus manos
acurrucaron inocencia enferma.
Quisiera ser Prometeo a tus pies y
entregarte del Olimpo lo que
tu nostalgia llama a tu tiempo presente.

Mujer hermosa

Los dioses te arrancaron de la eternidad y
te regalaron pétalos en tus labios,
estrellas en tus ojos,
y un vientre adormecido
por amor apasionado
en nidos revueltos.

En la montaña

... entonces, este tremendo desgarró de mi alma
¿obedece a los ruegos insistente de un solitario?
¿O es el trance doloroso sempiterno del ansioso,
nostálgico y esperanzado, de un corazón inocente
y amoroso... como el tuyo?

¡Te he encontrado con dolor y arrebató!
La montaña fue testigo del grandioso encuentro
de dos almas desgarradas, hambrientas y dichosas,
luminosas y sombrías; pero gigantes en entrega
desesperada y feliz.

Loca

Yo le canto a tu locura
hecha toda una hermosura
que estremece mi alma entera
como el trino de tu alondra.

Eres loca empedernida
que trastornas mi razón,
enloqueces mi mirada
y despiertas mi pasión.

Tu silueta estafalaria
que el ropaje loco aviva
embellece tu mirada
tu cansancio y tu dolor.

Tu cabello fulgurante
de arreboles de artificios
es un canto a la locura,
un elogio al corazón.

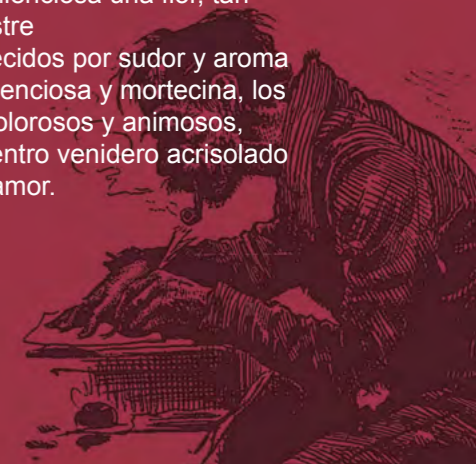
¡Vida mía!, yo quisiera
ser remedo de tu imagen,
ser un loco amanecido,
el consorte de tu numen.

Al mirar tus locas manos
revoltosas de placer
se enardece mi alma fría
aherrojada de razón.

Yo quisiera verme envuelto
en tus locos brazos tiernos
que estremecen hasta el fango
que soporta mis pisadas.

Ya me voy de mi morada
tan perfecta y reposada.
abandono mis razones
a tu loco parecer.

...y al recuento de las cenizas en el lecho
adormecido
de tanto amar, acudió silenciosa una flor, tan
silvestre
como dos cuerpos humedecidos por sudor y aroma
de vida y que, engalana silenciosa y mortecina, los
siguientes días fríos, dolorosos y animosos,
esperanzados en un encuentro venidero acrisolado
por tu amor.



● Es común escuchar múltiples opiniones que califican a Haití como el país más pobre de Latinoamérica, o incluso del mundo, luego del terremoto que sufrieron hace algunos años. También se dice que es uno de los países más peligrosos.

Como Oficial de Sanidad de la Armada, me designaron para vivir esa realidad durante 3 meses y medio como médico de la Enfermería Conjunta del Cuartel Prat (Armada) y O'Higgins (Ejército), parte del Batallón Chile XVIII en la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH). El servicio que el batallón brinda a la comunidad es principalmente de apoyo en temas de seguridad, además realizar labores sociales tales como entrega de alimentos, agua, útiles escolares, actividades para niños en riesgo, e incluso construcción de instalaciones para mejorar el bienestar de la población.

Mi primera experiencia fue la llegada al Aeropuerto Internacional de Puerto Príncipe, el más importante del país. Si uno busca pasajes a dicho aeropuerto se encuentra con la advertencia de que éste no cumple con los estándares internacionales. Y así es. Policía Internacional no es más que dos mesones con funcionarios que cuentan sólo con cuadernos para registrar datos de ingreso y timbres para el pasaporte. El retiro de

Mi experiencia en Haití: el país más pobre del mundo

Dr. Andrés Robertson Marty

maletas se hace en el mismo galpón, pero sin las tradicionales huinchas de transporte de equipaje, sino un acopio desordenado de bolsos en una esquina, donde cada cual va y retira lo que quiere. Mi primer pensamiento fue que iba a perder mis bolsos, pero los encontré. Luego el pase por Aduana –en el mismo galpón–, sin máquina de rayos, sino sólo un par de funcionarias que detienen gente al azar y meten las manos en los bolsos buscando alguna cosa.

Al salir a la calle me estaba esperando personal de la Armada, y en el trayecto hacía el cuartel comencé a ver la realidad en la que iba a vivir por tres meses. La pobreza que se observa en todas direcciones es difícil de encontrar en Chile: gente en evidente déficit nutricional, niños sin ropa, y en general la gente anda con sus ropas sucias, salvo en día de misa y para ir al colegio, en que se arreglan para la ocasión. Las construcciones se encuentran en estado deplorable, aunque dan cuenta de un pasado lejano bastante mejor. La gente en

general es agresiva o da esa impresión por su forma de hablar a gritos, y es común ver peleas en las calles. El idioma que usan es el creol, originado del francés pero con variaciones propias de la época de la esclavitud, por lo que tratar de entenderlos es imposible.

En las calles el caos es total. No existen señales de tránsito, hay apenas un par de semáforos que nadie respeta, las pocas calles principales pavimentadas están llenas de hoyos, el resto es de tierra y en muy malas condiciones. No se respetan las vías, la gente anda en sentido contrario tanto a la izquierda como a la derecha del auto, se suben a la vereda, los autos van sobrecargados de gente, incluso en los techos. Las motos son muy comunes y en ellas viajan dos a tres personas, llenas de bolsos y equipajes, incluso animales (como cabras) son amarrados a las zonas laterales. Las carreteras como las conocemos en nuestro país no existen, y salvo algunas excepciones que asemejarían a caminos rurales pavimentados en Chile, todas las demás son vías de tierra con escasa mantención, llenas de hoyos, muchas veces incluso sin puentes, que hacen que trayectos entre ciudades importantes sea extremadamente lento.

Otra cosa que llama la atención es ver a los hombres “sacando la vuelta” en las calles, mientras la mujer trabaja. Esto mismo



“Las construcciones son coloridas, con bonitos balcones, pero lamentablemente están en muy mal estado”.



Fuerte de La Citadelle

se ve en los menores, pues son niños los que se acercan a pedir comida o dinero; es raro encontrar niñas haciendo esto; generalmente están en el colegio o acompañando a sus mamás en su trabajo.

Al no haber un sistema de recolección de basura eficiente, la basura se acumula en las calles, hasta que llega la lluvia, la lleva a los ríos y luego al mar; o la queman, lo que hace que el olor sea aún más desagradable y añade un factor más a la fea imagen del paisaje urbano. En vez de perros –que dicen se los come la gente, al igual que los gatos– hay cerdos de gran tamaño que deambulan por la basura en busca de comida.

La fragilidad que tiene el país se siente en el ambiente, ante cualquier evento natural común en la zona (lluvias, huracanes, terremotos, etc.) muere una gran cantidad de gente. Durante mi estadía tuvimos el paso de dos tormentas tropicales no muy fuertes, pero dejaron estragos: centenares de muertos, inundaciones y gran cantidad de gente que perdió sus casas por la lluvia o la subida de ríos. Esto hace que la población tenga eso en mente y no se esfuerce más de la cuenta en construir cosas definitivas, porque creen que la naturaleza los va a seguir castigando.

Al llegar al cuartel chileno en el que estuve en tránsito en Puerto Príncipe, uno conoce la realidad del personal desplegado en Haití. Las comodidades son relativamente buenas: buenos dormitorios y baños, luz por generadores, internet y televisión satelital para mantener contacto con Chile. En este lugar uno se tranquiliza porque sabe que tiene un espacio seguro donde estar y poder descansar.



Desperdicios en el río

Luego de unos días llegué a mi destino definitivo, Cabo Haitiano, ciudad costera ubicada en la zona noreste de Haití, que es la segunda más importante del país con unos 180.000 habitantes. Aquí el ritmo de vida parece ser más tranquilo que en la capital y el desorden no es tan extremo, pero tampoco se aleja mucho de lo descrito antes, sobre todo en el centro. Las construcciones son coloridas, con bonitos balcones, pero lamentablemente están en muy mal estado.

En las zonas rurales o en las localidades más pequeñas la gente vive algo mejor. Si bien existe la misma pobreza, el ambiente es más limpio, la gente se ve más ordenada, y uno podría encontrar sectores más parecidos a algunos lugares rurales aislados de nuestro país. La deforestación que existe en el resto del país por el cultivo de caña y por el uso indiscriminado de madera, sin reforestación, en esta zona no es tan evidente, lo que hace que el paisaje sea mucho más agradable a la vista, y uno empieza a ver que el país tiene potencial para desarrollar el turismo, al igual como lo han hecho otras islas del Caribe.



Ruta sin puente

Existen playas como Labadee, donde una empresa de cruceros instaló un restorán y un sector para recibir a sus pasajeros, similar a un resort, y que se ha convertido en uno de los mejores destinos de los cruceros que transitan por la zona. Pude visitar otra playa llamada Cormier, donde hay un hotel básico con restorán donde uno puede pasar el día. El paisaje es muy bonito y es la prueba de que existe el potencial para instalar resorts de cadenas internacionales que dejen un ingreso y den trabajo a la población.

Otro sector interesante es el fuerte de La Citadelle, a una hora en auto desde el centro de Cabo Haitiano. Es un fuerte construido entre los años 1805 y 1820, para proteger la independencia de la nación de una eventual ataque francés. La fortaleza es la más grande de América y en el año 1982 fue declarada Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO. El paseo consta de una caminata relativamente larga, subiendo un camino empedrado hacia la cumbre del cerro; al llegar en día despejado se puede observar prácticamente todo el territorio de Haití y gran parte de República Dominicana. Lamentablemente, el provecho que se le saca desde el punto de vista turístico es nulo. La entrada es gratuita, no hay guías establecidos que cuenten la historia del lugar, sólo niños o jóvenes que acompañan durante el trayecto contando datos sin ningún respaldo histórico. Los elementos de prevención de riesgos están completamente ausentes; por ejemplo no existen barandas en las zonas altas del fuerte que impidan una caída libre de varios metros, cosa que es impensada en otros sitios turísticos en el mundo.

Podría describir esta experiencia como algo realmente único. Poder aportar con un granito de arena para el desarrollo de esta Misión de Paz, en una organización tan importante como la ONU, resulta realmente satisfactorio. La ONU y los países que apoyan la Misión han hecho un gran trabajo. Sin embargo, no se ve fácil el panorama, principalmente por la cultura tan propia del pueblo haitiano, que se ha acostumbrado a trabajar muy poco y a echarle la culpa a la naturaleza de todo lo que está viviendo su país, como algo irremediable y que va a pasar constantemente como castigo a la deforestación. Me llevo una gran experiencia, conocí y viví por casi cuatro meses una realidad única en el mundo, y sin duda me deja una lección muy importante: aprender a valorar las cosas que tenemos y el país en que vivimos.



Campeonato de Futbolito Colegio Médico Regional Valparaíso

Más de 50 galenos de distintas comunas y hospitales de la región se dieron cita en el Estadio Español de Viña del Mar para el Primer Campeonato de Futbolito Médico de la región. Ganadores del encuentro resultaron los Galácticos Eclécticos, quienes vencieron en una disputada final a los Piratas FC.

Dr. Ignacio de la Torre Chamy

● El sábado 16 de marzo, un grupo de entusiastas médicos nos reunimos a disfrutar del deporte que nos apasiona, en un entretenido campeonato de futbolito que organizó nuestro Regional, a través de su Departamento de Deportes. Fue una soleada tarde en la que más de 50 colegas se congregaron y disfrutaron de la camaradería y buen espíritu deportivo.

8 equipos de 7 jugadores, que jugaron 5 partidos de 20 minutos, dieron vida a este entretenido campeonato, en el que cada *team* pudo reforzarse con un profesional de la salud no médico y un alumno de Medicina.

El campeonato se disputó en dos grupos de 4 equipos. En la primera fase, los dos mejores de cada grupo clasificaron a la Copa de Oro y los dos peores a la Copa de Plata. La

fase final se jugó por eliminación simple.

Tras variados resultados en la fase de grupos, los resultados finales fueron los siguientes:

1. **Campeones Copa de Oro: Galácticos Eclécticos** (mezcla de neurólogos y psiquiatras)
2. **Piratas FC** (galenos del Naval)
3. **Pacharcha FC** (cirujanos barberos)
4. **El beso del Puerto** (los dirigidos por Carlos Sotomayor)
5. **Campeones Copa de Plata: Espermatosoccer** (urólogos)
6. **Hipertermia Maligna** (anestesiastas)
7. **Heterogenios** (los extraviados de Eduardo "Macana" Lorenzo)
8. **Demoladores Demolidos** (los veteranos del Fricke)

Se entregaron también premios a los mejores arqueros, siendo elegidos Francisco Torres, de Galácticos Eclécticos, y Nicolás O'Brien, de Hipertermia Maligna FC. Los mejores jugadores del campeonato fueron Nicolás Lira (Botín de Oro), de Espermatosoccer, y Carlos Navarro (Jugador Experto), de Galácticos Eclécticos.

Algunos colegas debutaron en estas competiciones, mientras otros ya veteranos del fútbol de Colmed, pudieron ver cómo lo que hace años parecía un delirio de pocos, hoy se ha masificado y augura un futuro lleno de deporte y triunfos.

Fue una extraordinaria jornada, que sin duda generó entretenidas anécdotas que nos ayudarán a amenizar los turnos difíciles. Resultó muy agradable reunirse con colegas fuera del ámbito hospitalario y conectarnos a través del deporte.

Contentos por el buen nivel de la organización y la comprometida participación de los equipos, ya estamos programando la segunda versión de este campeonato para octubre, donde esperamos contar con equipos de otras comunas como Quillota, San Felipe, Los Andes y San Antonio, en un día dedicado al deporte y la familia.



Heterogenios



Espermatosoccer.



Hipertermia Maligna FC



Demoladores demolidos



El beso del Puerto



Galácticos Eclécticos



Piratas FC



Pacharcha FC



Los ganadores, Galácticos Eclécticos

Maratón de Santiago 2013

Estimados colegas, si participaron de esta importante competencia deportiva, los invitamos a compartir su experiencia en la edición de junio de Panorama Médico. Escribannos a panoramamedico@gmail.com y enviennos sus fotos e impresiones de esta fiesta del running. ¡Los esperamos!

Viajando en un Clic



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



Si hay una actividad que ha cambiado por completo desde la aparición de internet en nuestras vidas, ésa es la de viajar. Cada día hay más información sobre destinos, servicios y ofertas, por lo que también cada día es más difícil orientarse para saber dónde y cómo conseguir el mejor precio.

En este artículo, daremos algunos consejos de cómo lograr la mejor compra desde la comodidad de su casa.

Debemos comenzar por planificar nuestro viaje con al menos 3 meses de antelación. Eso garantiza mejores ofertas, aunque si usted es de aquéllos a quienes les gusta improvisar, también existen ofertas de último minuto con precios muy convenientes, pero que en ocasiones requieren embarcar antes de 48 horas.

Es importante tomarse un tiempo para comparar precios antes de comprar, revisando los sitios de líneas aéreas, sitios de descuento, agencias online y paquetes turísticos.



<http://www.tripadvisor.com>



Si aún no ha decidido donde ir, existen portales como TripAdvisor que brindan información que puede resultar de gran ayuda para un viajero indeciso. En este sitio miles de usuarios califican destinos y comentan sobre lugares, hoteles y restaurantes. Una de sus cualidades es que la información entregada se origina de la experiencia de otros turistas, por lo que resultan generalmente muy valiosos para orientarnos, y está muy actualizado.

Si ya sabemos donde queremos viajar, es importante saber qué aerolíneas cubren ese trayecto y qué ruta toman. Para esto es de gran ayuda el sitio Optifly, que permite realizar la búsqueda deseada.

Antes de comprar los pasajes es recomendable comparar precios, horas de vuelo, conexiones y horarios (salidas y arribos). Esta información es posible de acceder utilizando cualquiera de estas páginas que proporcionan buenas ofertas para los viajeros:

- www.hotels.com
- www.orbitz.com
- www.expedia.com
- www.kayak.com
- www.despegar.cl



Siempre deben revisar que los precios incluyan las tasas de embarque y los impuestos. Además, deben registrar el nombre de los aeropuertos en que arriban en cada ciudad, para evitar traslados durante las escalas, que pueden generar atrasos e incluso la pérdida de combinaciones.

Si ya encontramos la mejor oferta de vuelos, corresponde proceder a la compra, revisando todas las cláusulas del pasaje que va a adquirir, como por ejemplo la cantidad de maletas que puede llevar, para no tener que cancelar precios adicionales. Estas cláusulas que regulan el máximo de equipaje son bastantes frecuentes en las aerolíneas de bajo costo en Europa y dentro de Estados Unidos.

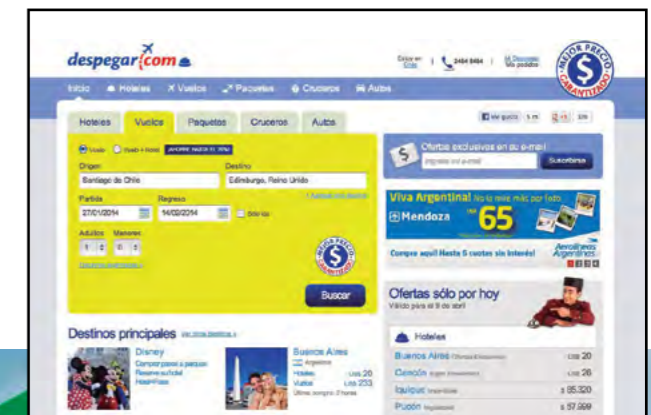
Finalmente, si completamos los pasos anteriores, sólo nos queda confirmar la compra y pagar con la tarjeta que sea de su agrado. Recuerde que algunos sitios bonifican su compra con programas de puntos que luego pueden ser canjeados por pasajes gratuitos. Respecto del ticket del pasaje, éste lo puede imprimir una vez ejecutado el

pago electrónico o puede guardar el correo electrónico de confirmación de la compra. Es muy importante llevar la impresión del pasaje (preferentemente 2 copias).

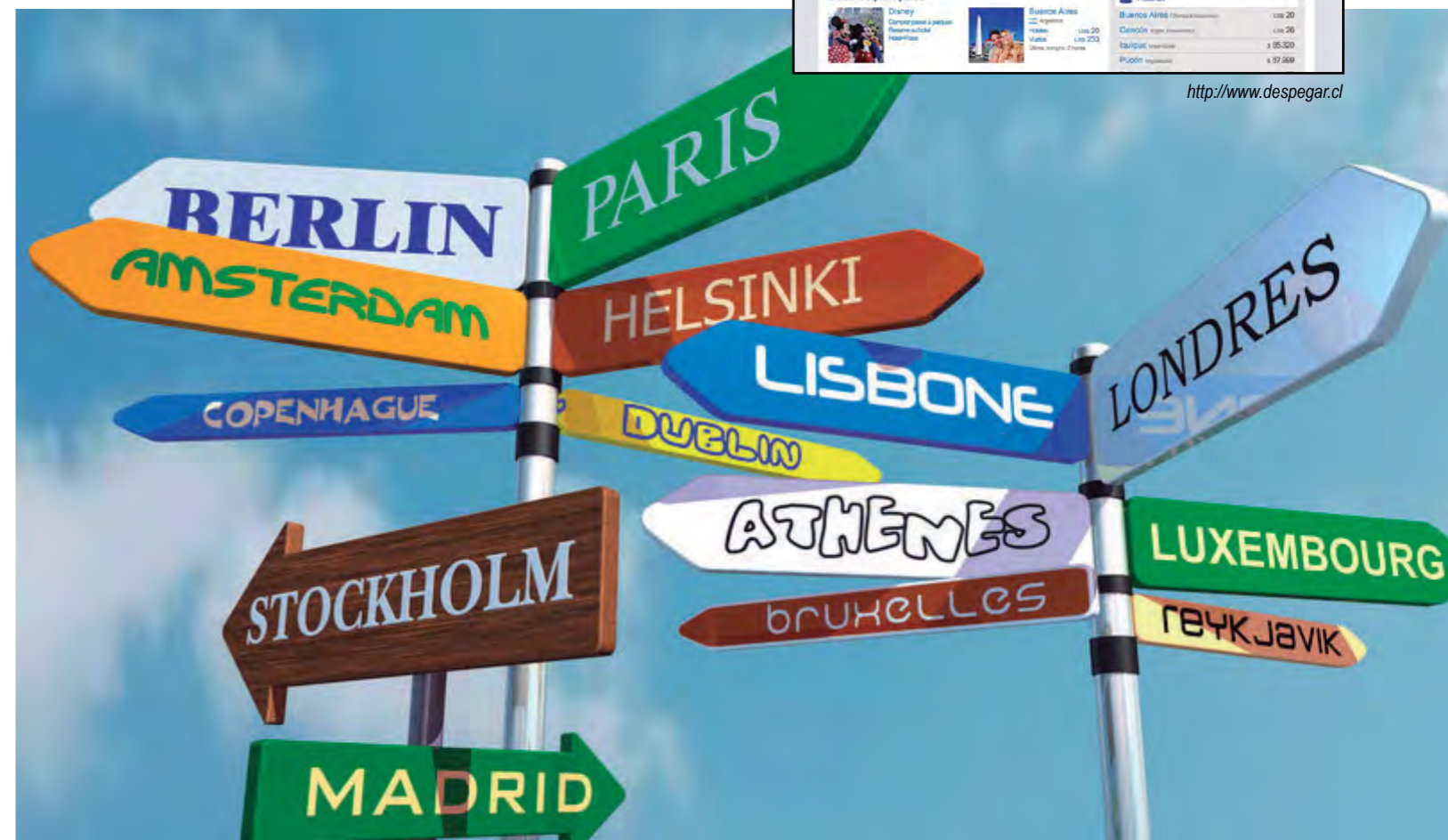
Por último, es recomendable hacer el check-in de su vuelo 48 horas antes de la hora del mismo, para poder confirmar y elegir el asiento correcto. No todos los asientos son igualmente confortables y pueden utilizar el sitio SeatGuru para buscar las mejores ubicaciones en cada vuelo.



<http://www.seatguru.com>



<http://www.despegar.cl>



OBITUARIO

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

Dr. Vladimir Ancic Ramírez (1914 - 2012)

El Dr. Vladimir Ancic nació en Santiago el 25 de mayo de 1914. Vivió su infancia en Punta Arenas y cursó sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, titulándose en 1938. Luego se trasladó a San Fernando, donde se dedicó al cuidado y tratamiento de pacientes con tuberculosis.



De regreso en Santiago se desempeñó en el Sanatorio Lo Franco; Sanatorio El Peral (actual Hospital Sótero del Río), donde fue subdirector; el Hospital San José, donde ejerció como director del establecimiento; y fue jefe del Área Norte de Salud. Nunca tuvo consulta privada y dedicó toda su vida al servicio público.

Luego de jubilar, en 1974, los siguientes 15 años se desempeñó como secretario de la Comisión de Ética del Colegio Médico.

En 1940 contrajo matrimonio con la odontóloga Dra. Elena Cortez Martínez, de quien enviudó en 1990. Con ella formó una familia de 4 hijos, 9 nietos y 9 bisnietos.

Dr. Ricardo Garibaldi Cademartori (1929 - 2012)



El Dr. Ricardo Garibaldi nació el 10 de abril de 1929 en Valparaíso. Sus estudios de Medicina y la especialidad en Pediatría los cursó en las Universidades Católica y de Chile en Santiago, respectivamente, titulándose en 1953.

En 1956 llegó al Hospital de Los Andes, llegando a ser jefe del Plan de Salud Rural en el Programa Materno Infantil, jefe del Servicio de Pediatría y del Servicio de Urgencia, subdirector y también director del hospital en diversos períodos.

También era salubrista público, por lo que gestionó la Red de Atención de Policlínicos Periféricos, el sistema de agua potable y saneamiento ambiental básico de los sectores rurales de Los Andes y San Felipe. En 2007 fue nombrado ciudadano distinguido de Los Andes.

Luego de 60 años de profesión, falleció el 24 de diciembre del 2012. Con su partida deja a su esposa, con quien estuvo casado 54 años, además de tres hijos y seis nietos.

Dr. Eugenio Lira Rouret (1934 - 2013)

El Dr. Eugenio Lira nació el 24 de mayo de 1934 en Valdivia. Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile. Se tituló en 1961 y se especializó como obstetra y ginecólogo.



Tras algunos años en Chillán, en 1970 se trasladó a Valparaíso, llegando a ser jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Deformes y uno de los fundadores de la cátedra de Obstetricia en la Universidad de Valparaíso.

A partir de 1979 desarrolló actividades en el ámbito privado, fundando

junto a otros médicos de la zona el centro de especialistas, CEGIN. En 1984 retomó la labor pública, ahora en el Hospital Carlos van Buren, establecimiento en el que se desempeñó hasta 2003 y donde llegó a ser jefe de Maternidad.

Casado en 1960 con Trinidad Venegas, tuvo 5 hijos y 17 nietos. Su familia lo recuerda como un hombre cariñoso, eximio pianista, buen consejero y profundamente religioso.

Dr. Ruperto Ferreira Cavanagh (1923 - 2013)

El Dr. Ruperto Ferreira nació en Viña del Mar, el 12 de octubre de 1923. Estudió Medicina en la Universidad de Concepción y Universidad de Chile. Se desempeñó en San José de Maipo, donde llegó a ser director del hospital local. También acudía al policlínico El Volcán a realizar atenciones a la población de esta localidad cordillerana.



En 1960 retornó a la Ciudad Jardín, desempeñando labores en diversos establecimientos, entre los que destacan el Hospital Van Buren, el Hospital Gustavo Fricke—realizando atenciones en el policlínico y también como médico domiciliario—, el Hospital de Niños y el Hospital de Quilpué. Paralelamente atendió de manera privada en su consulta ubicada en su domicilio. Además, trabajó en el policlínico Las Salinas, perteneciente a la Armada, donde estuvo 24 años, y en Capredena.

Casado en 1951, tuvo 7 hijos, 22 nietos y 4 bisnietos, quienes lo recuerdan como un hombre preocupado de su familia, muy caballero, amante de la música clásica y el mar.

Dr. Alberto Neumann Lagos (1940 - 2013)

El Dr. Alberto Neumann nació en Iquique el 3 de mayo de 1940. Se trasladó a vivir a Valparaíso en 1954 y en 1958 comenzó sus estudios de Medicina en la Universidad de Concepción.

Tras titularse, se desempeñó en Casablanca y posteriormente efectuó la residencia de Medicina Interna, en la especialidad de Nefrología, en el Hospital Enrique Deformes de Valparaíso.



Militante del Partido Comunista, en 1967 es electo regidor por Casablanca y en 1971 por Valparaíso. En 1973 es detenido en el Estadio Playa Ancha, el Buque Escuela Esmeralda y el campo de concentración de Pisagua, donde prestó atención médica a los detenidos y a la población civil de la localidad.

Tras ser liberado del campo de prisioneros y víctima de la persecución política, se exilió en Alemania. De regreso a Chile, en 1996 es electo concejal por Valparaíso, cargo en el que fue reelecto en 2008 y 2012.

Su repentino deceso se produjo el pasado 9 de abril—luego de ser intervenido de urgencia en Hospital Carlos van Buren— impactando a toda la comunidad porteña.



CONSEJO REGIONAL VALPARAÍSO

QUIENES SOMOS
DEPARTAMENTOS
CAPITULOS MÉDICOS
ASOC. GREMIALES
FONDO SOLIDARIDAD
TRIBUNAL DE ÉTICA
SOCIOS
DESCARGAS
SALA DE PRENSA

- Gua Médica
- Galería de Imágenes
- Sitios de Interés
- "Panorama Médico"
- Himno del Médico
- NOTICIAS

Noticias



"El CRV no irá a paro si hay nuevas movilizaciones"

17/12/2010 El presidente del Consejo Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, aclaró que no obstante, si los médicos de algún hospital deciden manifestarse con letreros, pancartas, marchando o parando sus actividad... (VER MÁS)

Regional Valparaíso celebró Día del Médico junto a sus asociados...

07/12/2010 El objeto de celebrar el Día Internacional del Médico en el Consejo Regional Valparaíso, es un acto de homenaje a la labor que realizan los médicos de la región...

Dr. Patricia...
...de la Orden Médica...

03/12/2010 En una sesión realizada en el Club de Camareros, el Colegio Médico de Chile celebró el Día Internacional del Médico...

30/11/2010 Ante la nueva convocatoria de paralización del sector público, el Consejo Regional Valparaíso decidió manifestar que se enc... (VER MÁS)

Visítenos en nuestro sitio web

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



CECILIA RAMOS
Ejecutivo Comercial

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

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

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

Itaú perfecto
para usted