

PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 23 N°95 / Septiembre 2013

Crisis en los Servicios de Urgencia

Síntoma de una salud enferma

**La inesperada
rebaja de la cuota
mortuoria**

ÉTICA

**La medicalización
de la vida**



Concurso de Cuentos 2013

Tema: LIBRE

JURADO:

Marcelo Simonetti.

Periodista y escritor.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán.

Médico y escritor.

Dr. Humberto Verdugo Marchese.

Director de revista Panorama Médico.

PREMIOS:

Primer lugar: 2 pasajes a Buenos Aires.

Segundo lugar: 1 Kindle Paperwhite Wifi.



CONCURSO DE FOTOGRAFÍA

2013 Tema:
La belleza en la medicina

JURADO:

Rodrigo Gómez Rovira.

Fotógrafo profesional, director del Festival Internacional de Fotografía de Valparaíso.

Dr. Víctor Caffarena Hernández.

Médico y fotógrafo.

Dr. Humberto Verdugo Marchese.

Director de revista Panorama Médico.

PREMIOS:

Primer lugar: 2 pasajes a Buenos Aires.

Segundo lugar: Ipad mini 16Gb.

Las 12 imágenes finalistas (incluidos Primer y Segundo lugares) recibirán un diploma y formarán parte del calendario oficial 2014 del Consejo Regional Valparaíso.

Compra de servicios, salud pública y vergüenza profesional



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

● No cabe duda que el Ministerio de Salud camina con paso firme y decidido a privilegiar el menor gasto (o “ahorro”, como llaman ellos) por sobre la calidad y los aspectos humanos de la atención en salud, tomando un camino peligrosamente parecido al de las isapres, las que hace ya mucho tiempo son capaces de trasladar pacientes e incluso médicos o equipos completos de salud de una región a otra con tal de abaratar sus costos sin que les importe mucho la experticia y calidad de quienes atienden y el sufrimiento humano que tales medidas significan para el paciente o sus familiares.

Este comentario lo hago a partir de la reciente licitación de compra de camas clínicas a centros privados aprobada por FONASA por un valor de unos 15 mil millones de pesos anuales por los próximos 3 años, con el argumento que su versión anterior “fue todo un éxito”. El ministro Mañalich ha declarado que “no podemos tener una infraestructura pública de salud para ‘el máximo’... Tenemos que construir infraestructura hospitalaria adaptada a la media de la demanda y no invertir de más”.

Sin perjuicio de la ideología privatizadora que está detrás de todo esto, el Ministro no toma en cuenta varios factores importantes, tales como que el número total de camas públicas en Chile es de 2,4 por mil habitantes, siendo lo recomendado un promedio de 4,9 por mil (según la OCDE), y que el mayor requerimiento de camas es para pacientes de la tercera edad, que son pacientes crónicos descompensados y por lo tanto de estadías más prolongadas en hospital. El Ministro tampoco toma en cuenta la constante necesidad de camas en las Unidades de Emergencia de cualquier hospital público de nuestras grandes ciudades, y que ha significado la renuncia de cientos de médicos especialistas por las pésimas con-

diciones de trabajo, con la consiguiente disminución de los estándares de atención y menor seguridad para los pacientes más graves y la prolongación de los tiempos de espera para los pacientes ambulatorios.

Hay otro detalle que tampoco toma en cuenta el ministro Mañalich, y es que los pacientes derivados a las clínicas privadas son generalmente atendidos en éstas como pacientes en tránsito y fundamentalmente por equipos de enfermería. Muchas veces no se realizan estudios o terapias en el momento adecuado, aumentando el número de complicaciones y riesgo de secuelas, sobre todo en patologías no quirúrgicas. Estos pacientes vuelven a los hospitales no sólo con sus enfermedades de base, sino también con otros problemas que prolongan su estadía en el recinto y aumentan el atochamiento y el colapso de camas en el sistema público. Sería muy interesante que un equipo médico de salud pública hiciera un estudio de esta situación, pues no me queda claro el real “ahorro” para el erario nacional y el real beneficio para los pacientes.

El Ministro, que ha favorecido todo esto y que trata a los anestesiólogos de “vergüenza para la profesión médica” y a los traumatólogos de Quillota los acusa de “cobardes” y de aumentar sus rentas de manera irregular (cabe mencionar que estos últimos quedaron liberados de toda responsabilidad por la Contraloría General), es el mismo que jamás ha trabajado en un hospital público. Yo le haría una amable invitación a realizar un día de turno en cualquier Unidad de Emergencia en nuestra región o en alguna posta de Santiago –para que esté más cerca de su casa–, y que lo haga como un simple médico. Después de eso hablemos de la salud en Chile.



Plazo para el envío de trabajos: **Lunes 11 de noviembre de 2013.**
La premiación se realizará durante la celebración del Día del Médico 2013.
Descargue las Bases en www.colegiomedicovalparaiso.cl

Colegio Médico de Chile
Consejo Regional Valparaíso

En esta edición

Palabras del Presidente
Compra de servicios,
salud pública y
vergüenza profesional

PAG 01

Editorial
El cojo le echa la
culpa al empedrado

PAG 03

Gremial
Crisis en los Servicios
de Urgencia. Síntoma
de una salud enferma

PAG 04

**Dr. David Lagos, nuevo
director del Hospital
de Quillota**

PAG 07



**Molestia por dichos
de Mañalich contra
anestesiólogos**

PAG 07

Gremial
La inesperada rebaja
de la cuota mortuoria

PAG 08

**Médicos participan en
debate para elaborar
propuesta a candidatos
presidenciales**

PAG 11

Colaboración
¿Somos científicos
los médicos?

PAG 12



Noticias
PAG 13

Normas y Salud
Crítica al secreto
en el Sumario
Administrativo

PAG 16

Ética
La medicalización
de la vida

PAG 18

Historia de la Medicina
Persia, el país
de Avicena

PAG 20

Médicos Escritores
Reseña
Dr. Francisco Pérez

PAG 22

“Negligence”

PAG 23

Médicos Viajeros
Viajando con los
MEDIGAMES

PAG 26



Deportes
PAG 28

Tecnología
Nueva generación
de consolas

PAG 30

Obituario
PAG 32

editorial

El cojo le echa la culpa al empedrado

Recuerdo siendo niño, enterarme de los comentarios desafortunados del Ministro de Salud de la época respecto de sus colegas médicos. Recuerdo también una comida en que se celebraba su “renuncia” y que muchos de los comentarios de los comensales hacían referencia a que los médicos solían dejar de comportarse como tales una vez designados jefes de la cartera de Salud. Más tarde, como estudiante de Medicina, no me llamó la atención que los ministros del ramo fueran poco eficientes o no gozaran de la simpatía de sus colegas, mal que mal había visto desde siempre un actuar poco eficaz en esta autoridad.

Hoy, por tanto, la rotería del señor Mañalich al calificar a los anestesiólogos como “una vergüenza para la profesión médica” no me sorprende. Junto con una seguidilla de otros exabruptos protagonizados por el ministro de marras, esta nueva grosería viene a engrosar el capítulo de comentarios desafortunados en contra de sus pares, en una historia de ministros cojos que le siguen echando la culpa al empedrado por sus fracasos institucionales.

Hay que recordar que este empedrado se ha venido generando desde mediados de los años 70 y ha seguido construyéndose con la misma arquitectura independiente del color político del gobierno de turno. Se han venido imponiendo las leyes del libre mercado en el área de la salud, así como en todos los demás ámbitos. ¿Por qué le causa extrañeza o molestia al señor Ministro que exista *outsourcing* en la salud, si es el modelo que el país ha construido para todo durante los últimos 40 años? Cuando era director de la Clínica Las Condes creo que no le habría siquiera llamado la atención una situación así; probablemente hasta encontraría ineficientes a aquéllos que no lo hacían.

Hay un dicho eclesiástico que dice que “nada cambia más a un cardenal que ser elegido papa”. Podríamos extrapolarlo y decir entonces que nada cambia más a un médico que ser elegido ministro de salud. Si se quieren criticar políticas de libre mercado en salud, tendríamos que comenzar por cambiar el modelo económico imperante en el país. Por otro lado, si somos defensores de ese libre mercado, tenemos que respetar que cualquier actor de la sociedad participe de éste. Pero “no se puede estar en misa y repicando”. Para eso existe otro dicho chileno que tiene que ver con asnos, pero para roterías basta por ahora con la del ministro Mañalich.



Dr. Humberto Verdugo Marchese
Director Panorama Médico

PANORAMA
MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 23 – Número 95 – Septiembre 2013 / **Director:** Dr. Humberto Verdugo Marchese, director.panoramamedico@gmail.com / **Comité editorial:** Dr. Ignacio de la Torre, Dr. Pedro Meneses, Dr. Víctor Villegas / **Colaboradores:** Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Dr. Eduardo Bastías, Dr. Ignacio de la Torre, Dr. Víctor Villegas, Dr. Francisco Pérez, Dra. Francisca Niemann, Dr. Juan Carlos Bravo, Dr. Andrés Robertson, Miguel Durante, Alfredo Silva, Cristian Morales / **Editora:** Sandra Valenzuela Torres, panoramamedico@gmail.com / Esta revista es editada por el Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G. / **Representante Legal:** Dr. Juan Eurolo Montecino, Los Acacios 2324, Miraflores, Viña del Mar, Fono: (32) 2677982 / **Producción & Publicidad:** (32) 2677982, reg.valparaiso@colegiomedico.cl, reg.valparaiso@gmail.com / **Sitio Web:** www.colegiomedicovalparaiso.cl / **Diseño:** Marco Antonio Pereda Vallejos / **Impresión:** Orgraf / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.

Crisis en los Servicios de Urgencia

Síntoma de una salud enferma

● Pacientes hospitalizados en camillas, sillas e incluso de pie, enfermos reanimados en el pasillo, personas esperando por atención durante 7, 10 y hasta 12 horas, falta de equipamiento, médicos sin reemplazantes, equipos de salud superados por la alta demanda, y donde la posibilidad de cometer errores es altísima –con las consiguientes connotaciones médico-legales– es el dramático escenario que enfrentan hoy los Servicios de Urgencia de los hos-

pitales Carlos Van Buren de Valparaíso y Gustavo Fricke de Viña del Mar. En el caso del establecimiento viñamarino, lo insostenible de la situación derivó en que 5 médicos de la posta, cansados de las condiciones en las que tienen que atender a la población, presentaron su renuncia.

Los médicos de ambos centros hospitalarios expusieron con franqueza sus problemas en sendas asambleas realizadas con representantes del Colegio Médico. Los dirigentes gremiales tienen la convicción de que los escenarios de estos establecimientos no son casos aislados sino la triste realidad de todos los grandes hospitales del país.

“Hay una serie de situaciones que se han ido acumulando como falta de recursos, y entre éstos la del recurso humano, como falta de especialistas y su reemplazo con médicos generales, que produce una baja del estándar de atención porque los colegas sin especialidad evidentemente están con menor preparación para ver casos complejos. Con esto se produce además un riesgo médico-legal. Si un paciente fallece o queda con secuelas graves por algo que no se hizo bien, quien es agredido y responsabilizado es el médico porque es la cara visible del problema”, dice el Dr. Juan Eurolo, presidente del Regional Valparaíso.

En el mismo sentido se pronuncia el Dr. Hugo Reyes, consejero general de la Orden, quien señala que “como médicos nos duele muchísimo tener que atender pacientes con una falta de dignidad absoluta. El recurso humano es insuficiente en número, desesperanzado y agotado de la situación que tienen que vivir diariamente y donde además de la molestia de la



Asamblea Hospital Van Buren

población que llega a atenderse también se exponen a problemas médico-legales. Si tuviéramos condiciones dignas para la atención de pacientes estamos seguros de que los profesionales volverían al sistema público”, asegura.

COMPROMISOS DE AUTORIDADES LOCALES

Para buscar soluciones a los problemas planteados por los médicos, tras ambas asambleas, los dirigentes locales del Colegio Médico, acompañados del presidente nacional del gremio, Dr. Enrique París, sostuvieron reuniones de trabajo con los respectivos directores de servicio. Lamentablemente, poco se ha visto de los comprometidos por las autoridades.

Para el caso del Hospital Van Buren, el director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Eugenio de la Cerda, no asumió ningún compromiso para la posta, pero sí para el serio problema que aqueja al Servicio de Hemato-Oncología –y que también había sido planteado en la asamblea de médicos del hospital porteño–, que no cuenta con camas suficientes ni condiciones de aislamiento donde mantener a pacientes inmunodeprimidos.

“La Dra. Bernardita Rojas ha planteado varias veces su renuncia pero se queda por amor a su trabajo y responsabilidad con sus pacientes. El hospital, en vez de agradecer eso, se aprovecha. Y pese al compromiso del director del Servicio aún no se conoce que haya habido ningún avance al respecto”, señala el Dr. Eurolo.

Con quien sí hubo un acuerdo para mejorar el Servicio de Urgencia fue con el nuevo director del hospital, el ingeniero comercial Juan Urrutia, “quien parece querer darle prioridad a la Urgencia y presentó una suerte de proyecto respecto de cómo piensa arreglar la posta. Este proyecto fue aceptado por los médicos de la unidad que asistieron a esa reunión, donde se me invitó como dirigente gremial, y

está recién empezando a trabajarse. Esperamos ver resultados en el corto plazo”, relata el Dr. Eurolo.

En el caso del Hospital Fricke, la reunión tras la asamblea con los médicos no sólo fue con la directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Dra. Margarita Estefan, sino también con la directora del establecimiento, Solène Naudon, y el jefe de la posta, Dr. Claudio Mac Lean.

“Los acuerdos de esta reunión se resumen en: nombrar un gestor de red de urgencias del Servicio de Salud, nombrar un gestor de pacientes a nivel local para el Fricke, acordar el pago a honorarios de profesionales reemplazantes, desarrollar un plan de contingencia para Fiestas Patrias e insistir ante Ministerio de Hacienda por 29 camas de agudo”, señala el Dr. Reyes.

MÁS ALLÁ DEL PROBLEMA DE URGENCIAS

Aunque las autoridades locales insistan en que no hay grandes problemas en los Servicios de Urgencias y que sólo son “casos aislados”, lo cierto es que se trata de una crisis. Pero una crisis que es síntoma de una enfermedad mayor. Esto fue lo que concluyó la Comisión de Urgencias del Colegio Médico, instancia formada por un grupo de expertos y académicos universitarios para hacer una evaluación técnica y entregar una propuesta integral a la grave problemática que vive la salud en el país.

El detalle del diagnóstico que hizo esta Comisión lo adelantamos en la edición de diciembre de *Panorama Médico* (N° 22, diciembre 2012, pág 7). En resumen: déficit de recursos financieros, físicos y de recursos humanos; déficit de camas asistenciales; y un modelo de atención que carece de un funcionamiento adecuado en los sistemas de transferencias o derivación de pacientes.

Respecto del modelo, el Dr. Hugo Reyes, quien además integró esta Comisión,

señala que efectivamente “enfrentamos un modelo agotado y con múltiples carencias. La gestión en red no funciona, fundamentalmente porque coexisten dos tipos de administración en el sistema público de salud: ministerial y municipal, que no dialogan”, explica.

Además, el facultativo agrega que “el 70 por ciento de las consultas en la posta no son pertinentes, por tanto debieran ser atendidas en la Atención Primaria. El problema es que allí no hay capacidad resolutoria: no tienen los equipos necesarios, no hay horarios extendidos. Y el resultado de eso es que los pacientes recurren en masa a las urgencias de los hospitales públicos, colapsándolos”.

En cuanto al déficit de camas, en los años 60 Chile contaba con 4 camas por mil habitantes, hoy la cifra baja a casi la mitad: 2,1 camas por mil habitantes. El ejemplo más claro de ello es Valparaíso, que hace 25 años contaba con 7 hospitales y hoy sólo tiene 2, haciendo de la falta de camas un tema dramático para la zona.

Pero esta compra de camas requiere de una importante inyección de recursos, lo mismo que para proveer al sistema de un mayor número de médicos especialistas.

LO QUE PRESCRIBEN LOS EXPERTOS

A partir de la identificación de estos problemas, que tienen como consecuencia la saturación y el colapso observable en los Servicios de Urgencias en el país, la Comisión propuso 12 medidas, priorizadas por su impacto en la resolución de los problemas diagnosticados y el tiempo necesario para su solución definitiva.

Respecto del modelo de atención, éste debe estar cimentado en cinco pilares:

1.- Establecer un modelo formal de atención de urgencia: requiere la organización de redes de atención integrado por niveles de complejidad, funcionales a las necesidades de cada región o ciudad y que otorguen una respuesta equitativa, segura y centrada en las necesidades del paciente.

2.- Definición de los niveles de resolución: diferenciar los campos de acción, las competencias y capacidad de decisión respecto de los problemas de urgencia.

3.- Normar la institucionalidad y el funcionamiento del sistema de urgencia: es indispensable diseñar y formalizar un





Asamblea Hospital Fricke.

Reglamento que otorgue respaldo a las normas técnicas que requiere el funcionamiento de los Servicios de Urgencia.

4.- Implementar un sistema de difusión y socialización adecuada del concepto y uso de la atención de Urgencia en la población: requiere un rediseño comunicacional completo y los recursos presupuestarios que permitan informar a la población y sostener una educación comunitaria mantenida en el tiempo.

5.- Uniformar el Sistema de Categorización de Pacientes e informatizar el Sistema de Registros: optar por un sistema de categorización de cinco componentes, el que idealmente debe ser aplicado al 100% de los consultantes. Se sugiere, por ejemplo, el Sistema Manchester, en uso en algunos Servicios de Urgencia.

En relación a la escasez de recursos y competencias profesionales:

1.- Déficit de Recursos Financieros: aumentar los aportes estatales directos en salud. El 30,2% del gasto en salud equivale a aproximadamente el 2,2% del PIB como gasto aportado en forma directa por el Estado, lo que es absolutamente insuficiente. Es necesario un acuerdo nacional que eleve las políticas de Salud al rango de una política de Estado.

2.- Replantear el Sistema de Financiamiento de la Atención de Urgencias: Establecer un sistema de financiamiento diferenciado según la complejidad de las prestaciones asociadas a la atención de urgencia, de acuerdo al nivel de complejidad de la atención que se provee.

3.- Mejorar la resolutiveidad y soporte técnico de las Unidades de Apoyo diagnóstico para la atención de los Servicios

de Urgencia: se requiere de voluntad política por parte del Ministerio de Salud, para mantener una sostenida inversión de recursos presupuestarios de expansión, que mejore la disponibilidad y oportunidad de estos recursos diagnósticos y terapéuticos.

4.- Déficit de especialistas: efectuar permanentemente catastros de especialistas por Servicios de Salud, a nivel nacional, dado que se evidencia un déficit cambiante en el tiempo, que se afecta por epidemiología, retiros y migraciones, que debe considerar necesariamente al médico urgenciólogo y el incremento que significa la construcción e implementación de nuevos hospitales.

5.- Reconocer la certificación en medicina de urgencia y replantear las especialidades médicas en los servicios de urgencias: Es necesario reconocer la certificación de las competencias en la especialidad de medicina de urgencia como



Médicos de Urgencia del Hospital Fricke protestan por las condiciones en las que tiene que atender a sus pacientes.

cuestión indispensable para continuar fomentando su formación, definiendo su rol y estableciendo un adecuado sistema de incentivos.

Finalmente, para superar el déficit de camas se entregan tres soluciones:

1.- Mejorar la dotación de camas de la red pública: a partir de un catastro actualizado de camas, por región y Servicio de Salud, se debe establecer un plan inmediato de cierre de brechas en camas agudas, en especial las camas críticas.

2.- Mejorar la disponibilidad de camas: para la evacuación expedita desde el Servicio de Urgencia es necesario acoplar la demanda de camas que necesitan estos Servicios con la capacidad de oferta disponible en los servicios clínicos de referencia, particularmente de medicina, cirugía y unidades de pacientes críticos. En las situaciones de mayor demanda esperada, es necesario relevar la disponibilidad de camas, cuestión que debe ser prioridad para las Unidades de Gestión de Camas y para los Servicios Clínicos de Especialidades.

3.- Maximizar el uso del recurso cama hospitalaria: requiere estimar un número y porcentaje óptimo de camas médico quirúrgicas por Servicio de Salud o región, en una definición que equilibre los criterios técnicos con la mayor vulnerabilidad social y económica de la población, implementando camas socio-sanitarias y de larga estadía, incluida la modalidad de hospitalización domiciliar supervisada.

El documento, elaborado por profesionales de excelencia y con vasta trayectoria en el ámbito de los Servicios de Urgencias, tanto a nivel local como regional, pretendía ser entregado al Ministerio de Salud para aportar en la solución de la permanente crisis que se vive en estos servicios. Sin embargo, hasta la fecha no ha existido voluntad por parte de las autoridades para recibir el documento.

El diagnóstico está hecho y hay propuestas de corto y mediano plazo para comenzar a salir del problema. Resulta inexplicable que las autoridades insistan en hacer oídos sordos al catastrófico estado de la salud pública en el país. Mientras tanto, los pacientes siguen esperando y teniendo que aguantar condiciones indignas en su atención de salud, con médicos cada vez más desesperanzados frente a una salud pública gravemente enferma.

El informe completo elaborado por la Comisión de Urgencias del Colegio Médico se hará llegar próximamente a todos nuestros socios.

PMÉ

Molestia por los dichos de Mañalich contra anesthesiólogos

Profunda molestia causaron en el Regional Valparaíso las declaraciones del Ministro de Salud en contra de los médicos anesthesiólogos, a quienes catalogó como “una vergüenza para la profesión médica”, apuntando principalmente a la existencia de empresas *outsourcing* de esta especialidad, desconociendo que esta modalidad es la que logra suplir una de las falencias en los hospitales públicos como es la falta de especialistas.

El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, manifestó su apoyo restringido a los profesionales y aseguró que lo que la autoridad pretende es desviar la atención de los verdaderos problemas que tiene su cartera. “Lo que el Ministro está tratando de hacer es eludir responsabilidades y traspasarle a los médicos el fracaso absoluto de sus políticas de salud, creando en la opinión pública la idea de que son los médicos los causantes de la mala gestión”, sostuvo.

“Se está haciendo costumbre para el Ministro atacar a sus colegas médicos del servicio público y lo único que consigue es que éstos se alejen de los hospitales por el trato que les da la autoridad. La única razón por la cual los médicos permanecen en el sistema público es por su vocación, no por infraestructura, sueldo ni trato”.

Por su parte, la Asociación Gremial de Anesthesiólogos de la región, en declaración pública, señaló que “las palabras del Ministro se vuelven todavía más insólitas cuando lo que ha hecho es cuestionar una actividad absolutamente legal –el ejercicio privado de la profesión– en un formato creado y alentado por la propia cartera que él dirige. Es el Ministerio de Salud el que orienta, organiza, financia y alienta esta forma de otorgamiento de servicios, en este caso de anestesia, en los establecimientos públicos de salud. Se trata de eventos completamente justificados administrativamente y legalmente y que hoy, la propia autoridad responsable de ello, desautoriza y cuestiona reprochando moralmente a los propios médicos especialistas. Bien se trate ello de ignorancia, bien sea sencillamente mala fe, lo cierto es que las palabras del Ministro, además de ofender a los especialistas anesthesiólogos del país, pretende ofrendarnos como sacrificio directo frente a la comunidad que reiteradamente reclama precisamente de la autoridad sanitaria el cumplimiento de su rol de proveer el otorgamiento de acciones de salud oportunas, seguras y de calidad”.

Dr. David Lagos, nuevo director del Hospital de Quillota

El cirujano asumió el cargo –en calidad de subrogante– el 24 de septiembre, junto a la Dra. Rosemary Aravena en la subdirección médica.

Tras casi dos años de sucesivos cambios en la dirección del Hospital San Martín de Quillota, escenario que había generado una sensación de inseguridad en los funcionarios, y poca claridad respecto de las políticas y el rumbo que estaba tomando el hospital, finalmente fueron los mismos gremios quienes dieron con la solución al problema proponiendo a los doctores David Lagos y Rosemary Aravena para asumir la dirección y subdirección médica del establecimiento.



El Dr. Lagos y la Dra. Estefan en la ceremonia de cambio de mando del establecimiento.

La propuesta fue presentada a la directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Dra. Margarita Estefan, quien la acogió positivamente y emitió la resolución mediante la cual ambos profesionales asumieron funciones el pasado 24 de septiembre.

El Dr. David Lagos –quien debió presentar su renuncia como consejero general del Colegio Médico– reconoce que el actual panorama en el hospital quillotano es complejo, pero le tranquiliza el

apoyo explícito que han manifestado los gremios. “Lo asumo (el cargo) con algo de ansiedad. Es un desafío asumir un hospital con problemas, pero por otro lado no deja de ser tranquilizador contar con el apoyo de todos los gremios y de la mayoría de los funcionarios. Esperamos que nuestra gestión ordene un poco esta sensación de caos que existe”.

Respecto de cuáles son las tareas más urgentes, el profesional señala que tras reorganizar el equipo directivo, lo primero será “hacer un buen diagnóstico, especialmente de la situación financiera y administrativa. Hace poco recibimos el informe de una fiscalización que hizo la Contraloría, en el que se hacen muchas observaciones, así que otra de nuestras primeras tareas será hacernos cargo de eso, con el objeto de llegar lo más saneado posible a fin de año. También tenemos que ver el presupuesto de este año, el asunto de las deudas a proveedores y la programación del trabajo para el 2014, entre otras cosas, así que el trabajo va a ser muy intenso estos meses”, sostiene.

Además de renunciar como dirigente gremial, el Dr. Lagos también debió suspender su actividad clínica mientras esté en el cargo. No obstante, asegura que el hincapié de su gestión estará precisamente en la atención de pacientes.

“Suspendí mis actividades clínicas, por ahora, pero en la dirección va a haber un médico clínico, por lo que el énfasis va a estar en fortalecer las atenciones a los pacientes. Nuestra tarea fundamental será ésta: concentrarnos en lo que es nuestra esencia y atender de la mejor manera posible a los enfermos”, asegura.

La inesperada rebaja de la cuota mortuoria



El exconsejero general por Valparaíso, Dr. David Lagos, relata la maniobra mediante la cual se consiguió que la Asamblea General aprobara la rebaja del beneficio, maniobra que terminó siendo la razón de su renuncia a la vicepresidencia del Fondo de Solidaridad Gremial.

● A raíz del deceso de un médico del antiguo Hospital San Vicente de Paul, a principios de la década del 50, un grupo de médicos decide crear un fondo de ayuda para la viuda y los hijos del fallecido profesional. Nace así el Fondo de Solidaridad Gremial (FSG).

Hoy, el FSG entrega una serie de otras ayudas solidarias como auxilio económico por incapacidad transitoria por enfermedad, prótesis dental, asignación por natalidad, ayuda por lentes ópticos y/o de contacto, audífonos, ayuda escolar y otros. Sin embargo, la cuota mortuoria –que se entrega a los beneficiarios que el socio en vida haya designado– se perfila como el principal beneficio.

Tras dos décadas de altibajos en su cifra, a partir de los años 90 la cuota mortuoria comienza a crecer hasta alcanzar las 860 UF en 2003, momento en que empieza a experimentar un descenso hasta llegar a las 658 UF, cifra que se mantuvo hasta abril de

este año (Ver recuadro). Ello, porque la Asamblea General de socios celebrada en Valdivia, en abril de este año, acordó una nueva rebaja, en una votación que a juicio del entonces vicepresidente del FSG y exconsejero general por Valparaíso, Dr. David Lagos, fue a lo menos “confusa”.

Históricamente el Dr. Lagos ha sido un agudo crítico de la forma en que se manejan en general los fondos en el Colegio Médico, formulando observaciones –tanto en el Regional Valparaíso como en el Consejo General en Santiago– respecto, por ejemplo, de los traspasos de fondos desde el Fondo de Solidaridad hacia en Consejo General –que bordeaban los 500 millones anuales–, crítica que finalmente resultó en una ostensible rebaja de los aportes hacia el Consejo.

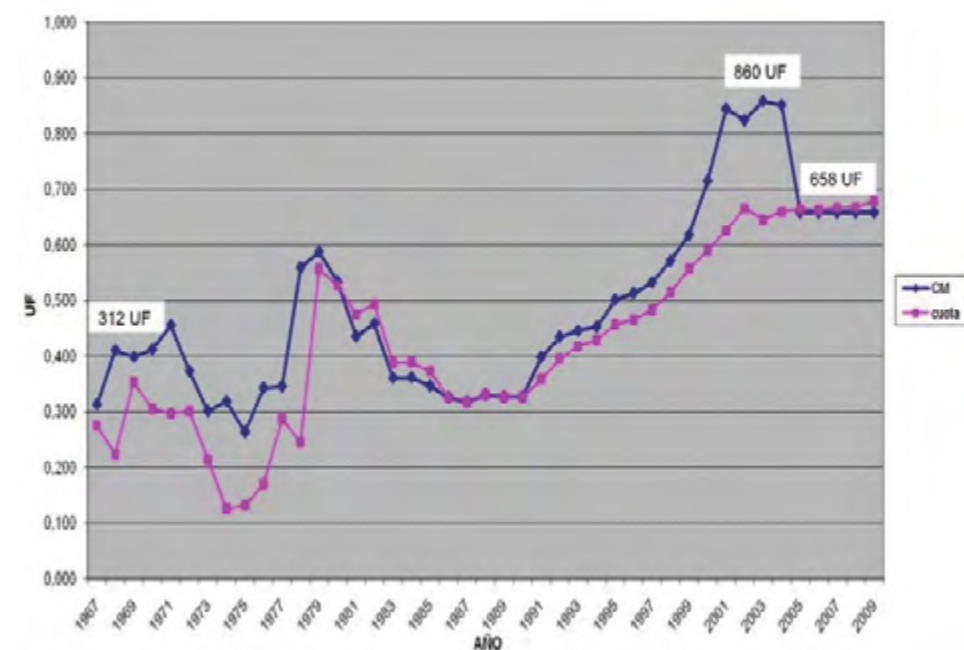
Tal vez por esta visión crítica y actitud fiscalizadora, cuando la actual directiva del Regional Valparaíso asumió en junio de 2011, su nombre fue

propuesto para formar parte de la directiva de FSG.

“Partimos trabajando de manera más o menos armónica en el Fondo, pero una idea que flotaba en el ambiente era disminuir el valor de la cuota mortuoria –que estaba en 658 UF–, sin que hubiese un fundamento claro”, sostiene.

Según relata, al interior del FSG nunca hubo ningún proyecto que justificara una disminución en la cuota mortuoria o que señalara, por ejemplo, que con esa rebaja de gastos iban a tener un mayor beneficio. “Se usaba como argumento que la idea era favorecer a los colegas vivos y no a los fallecidos, porque este beneficio lo reciben los familiares y no el colega, lo que sin duda parece razonable, pero no había ningún proyecto específico, por lo tanto no me parecía correcto y me opuse”, afirma.

De este modo, y recién comenza-



Evolución de cotización y beneficio de la cuota mortuoria (Fuente: Presentación del FSG, Valdivia, abril 2013).

do el trabajo de esta directiva del FSG, la idea de rebajar la cuota no prosperó. Se avanzó, en cambio, en otros beneficios, como el restablecimiento del rescate de la cuota mortuoria en vida, en cuotas según el monto que se solicitara. “Parecía una buena idea –sostiene el Dr. Lagos– porque se conservaba el valor total de la cuota mortuoria y ade-

más se implementó un nuevo beneficio mediante el cual los colegas que estuvieran en buena situación económica tenían la posibilidad de donar su cuota a otro colega que estuviera más necesitado”.

Tras esta iniciativa la directiva del FSG siguió avanzando en la búsqueda de más beneficios para los socios.

LA VOTACIÓN EN VALDIVIA

“Como vicepresidente del Fondo, yo suponía que estaba en el debate de los proyectos e ideas que se trataban al interior de él. Sin embargo, en la Asamblea de Valdivia, como parte de la cuenta del presidente del Fondo, y sin que yo supiera, se propuso una rebaja de la cuota mortuoria”.

Esta propuesta, a juicio del exconsejero general por Valparaíso, se formuló de una manera “a lo menos, confusa”. Esto, porque no se propuso una rebaja propiamente tal, sino que se propuso establecer “una cuota mortuoria equivalente a la cantidad máxima que contempla el Reglamento del Departamento de Solidaridad Gremial y Bienestar para el rescate anticipado de dicha cuota” (Acuerdo N° 5, Asamblea General, Valdivia, abril 2013).

Según está establecido, la cantidad máxima para el rescate anticipado es de 550 UF, por lo que la propuesta es a todas luces una rebaja del beneficio.

Por otro lado, el Dr. Lagos sostiene que de la forma en que quedó redactado –dejando el beneficio amarrado al monto máximo de rescate anticipado–, además se dejó abierta la posibi-





lidad para que el Consejo General o el Fondo decidan a futuro bajar aún más la cuota mortuoria al decidir disminuir el valor del monto del rescate en vida.

“Para mí fue una sorpresa –sostiene el exconsejero–, porque eso no fue algo que lo hubiésemos discutido al interior del Fondo. Es más, yo estaba absolutamente en contra de esa postura. Sin embargo, en Valdivia me encontré con que el Dr. Nelson Díaz (presidente del FSG) lo propuso a la Asamblea y ésta lo aprobó, aunque tengo la sensación de que no sabían exactamente lo que estaban votando”.

Al respecto, el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, coincide en que no hubo un acuerdo explícito de rebaja de la cuota mortuoria. “La forma en que se aprobó a nosotros no nos parece adecuada. Cuando se llamó a votar, fue referido a un cúmulo de ideas y no hubo opción de separar cada punto y votarlos por separado”, explica. “No dudo de la honestidad del Dr. Nelson Díaz, pero creo que las votaciones que involucran caudales de dinero debieran ser mucho más explícitas”.

Tras la Asamblea de Valdivia, el entonces vicepresidente del FSG formuló sus observaciones a la forma en que se había propuesto la rebaja. Por respuesta recibió una carta del Dr. Díaz en la que se señalaba que los acuerdos tomados por la Asamblea habían sido refrendados por la Mesa Directiva Nacional y el Consejo General.

Dicho esto, el Dr. Lagos tomó la única decisión que consideró válida. “Aquí hay un círculo interno que toma sus propias decisiones y hace sus propias movidas. Y como no tiene sentido



ir a un lugar al que voy a nada, donde las decisiones importantes las desconozco y me toman de sorpresa en una situación como la ocurrida en la Asamblea del Colegio Médico, presenté mi renuncia al Fondo”.

¿ARGUMENTOS PARA LA REBAJA?

El exconsejero dice no encontrar justificación para esta nueva rebaja al beneficio y explica que el FSG desde hace muchos años no tiene problemas. “Por el contrario, el Fondo ha sido el gran soporte del Consejo General que crónicamente ha tenido mayores gastos. Hay algunos estudios económicos que se han hecho en el Fondo y que señalan que la cuota mortuoria representa más dinero del que los colegas aportan. Son estudios que me parecen, financieramente, mal hechos”, asegura.

Por otro lado, el procedimiento habitual que se hace cuando hay alguna necesidad es elaborar un proyecto y luego financiarlo. “Pero aquí se actuó al revés. O sea, se procuraron más recursos para luego decidir qué hacer con ellos. Ése es un razonamiento que no se debe aplicar, sobre todo cuando se manejan los dineros de los colegas, que son recursos grandes. Así que me pareció un atropello, una falta

de respeto. Lo triste es que quienes más piden estos dineros son personas mayores, que tienen menos recursos y nula capacidad de presión o de hacerse oír”.

Pero más allá de si había argumentos o no para la rebaja, lo que al Dr. Lagos le molesta es que no haya el adecuado debate. “Porque pude haber aceptado que el tema se hubiese llevado a la Asamblea como parte de la discusión. Y si la Asamblea lo aprueba, pues bien; creería que no fui lo suficientemente convincente en mis argumentos, pero al menos habría sido más transparente y no habría parecido que sacamos un conejo del sombrero. Hemos criticado tanto a la clase política que hace cosas poco correctas o poco transparentes, que esto tiende a darle razón a los colegas que están fuera del Colegio Médico. Es triste y desalentador”.

Finalmente, cabe señalar que el Regional Valparaíso solicitó a Santiago el registro de audio de la Asamblea, con el objeto de revisar cómo sucedieron los hechos y tomar una determinación la respecto. No obstante, al cierre de esta edición el registro aún no ha sido facilitado.

Médicos participan en debate para elaborar propuesta a candidatos presidenciales

El colapso de los servicios de urgencia, la desmunicipalización de la salud y el financiamiento del sistema fueron algunos de los temas que se debatieron.

● “Propuesta de Salud del Colegio Médico para Chile” se denominó el foro-debate organizado por el Regional Valparaíso, que tuvo por finalidad recoger los planteamientos de médicos de la zona en materia de salud para posteriormente organizarlos en una propuesta oficial del gremio que se hará llegar a los candidatos a la Presidencia de la República.

En la bienvenida a los asistentes, el Dr. Juan Eurolo, presidente del Regional Valparaíso, señaló que “creemos que la salud tanto pública como privada tiene muchas falencias que afectan el trabajo profesional y por tanto necesitamos buscar entre todos una solución global que se traduzca en una propuesta para los candidatos”.

El expositor de esta actividad, el Dr. José Concha, presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudio del Colegio Médico, presentó sucintamente la situación de salud en el país y la región, y los principios que la directiva nacional ha definido como relevantes: la salud como derecho, un Estado garante que incorpore la salud en las políticas de todos los sectores, el financiamiento solidario, el desarrollo del capital humano y tecnológico, y un plan de salud que integre lo público y lo privado.

Tras su presentación, el Dr. Concha escuchó atentamente las inquietudes de los asistentes quienes, desde sus diversas experiencias, expusieron sus preocupaciones respecto de varios temas, algunos de los cuales se espera sean incorporados al documento que el Colegio Médico entregará a los candidatos presidenciales.

El Dr. David Lagos manifestó su preocupación por la existencia de dos sistemas de salud paralelos, ministerial y municipal, que tienen nula comunicación entre ellos y que se estima como una de las causas del colapso en los servicios de urgencia. En el mismo sentido se pronunció la Dra. Gloria Fuentes, jefa de Urgencias del Hospital Carlos Van Buren, quien propuso buscar la forma de integración de ambos sistemas.

En tanto, el Dr. Guillermo Witto dijo

esperar que el documento incluya propuestas concretas tendientes a solucionar el permanente colapso que sufren los servicios de urgencia de los hospitales públicos.

Por su parte, el Dr. Hugo Reyes se mostró partidario de solicitar una verdadera reforma de todo el sistema de salud y no como sucede actualmente con la discusión del Plan Garantizado de Salud, que pretende modificar únicamente el sistema de salud privado.

El Dr. Humberto Verdugo Marchese, sugirió incluir en la propuesta a quienes participan del sector privado en pequeñas empresas, es decir los grupos de médicos asociados que están fuera de los circuitos de integración público (Fonasa) y privado (isapres).

En relación a la inquietud manifestada por el Dr. Juan Pablo Gigoux, secretario de la Asociación Gremial de Neurólogos, quien dijo dudar de la motivación que puedan tener los candidatos para acoger las propuestas del gremio, el Dr. Concha sostuvo que “lo que sí les interesa es qué piensan los médicos respecto de la gobernabilidad en salud, sea porque avizoran una crisis mayor o porque los costos de salud están al alza. Entonces, lo que hagan y digan los médicos les resulta gravitante para hacer gobernable un sistema que está mostrando fallas. Ahí tenemos un espacio para incidir”, aseguró.

Cabe señalar que la actividad contó con la presencia de Secretario Regional Ministerial de Salud, Dr. Jaime Jamett, quien agradeció las invitaciones permanentes que recibe del Regional Valparaíso para dialogar respecto de diversas materias de salud y destacó la importancia del gremio en el sector.

Finalmente, el presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris, destacó la labor del Dr. Concha, quien está recorriendo los distintos Regionales, escuchando la opinión de los colegiados para elaborar “un documento que realmente represente la voluntad, las ideas y los problemas de los médicos”.



De izquierda a derecha: El expositor, Dr. José Concha, presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudio del Colegio Médico; Dr. Ricardo García, secretario general del Colegio Médico; Dr. Juan Eurolo, presidente del Regional Valparaíso; Dr. Jaime Jamett, secretario regional ministerial de Salud; y Dr. Enrique Paris, presidente del Colegio Médico.

¿Somos científicos los médicos?

Dr. Víctor Villegas F.

● ¿Somos científicos los médicos? Mi respuesta es no. Los médicos somos paracientíficos, tal como los paramédicos son un eslabón vital en los cuidados pre-hospitalarios de un servicio como el SAMU. La ciencia ha cambiado nuestra forma de ver el mundo. El mundo sigue su curso, un curso errático usando la ciencia como para-choque en el modo ensayo-error, también horror.

¿Qué es la ciencia? Primero, es un **conjunto de métodos** característicos mediante los cuales se certifica el conocimiento. Segundo, es un **acervo de conocimiento acumulado** que surge de la aplicación de estos métodos. Tercero, es un **conjunto de valores y normas culturales** que gobiernan las actividades llamadas científicas. Por último, cualquier combinación de los elementos anteriores.

Robert K. Merton, un inmigrante judío de origen ruso y ciudadano norteamericano, con una escolaridad precaria y adolescencia marginal, fue un precursor de la sociología de la ciencia. Postuló en su tesis doctoral, en 1942, que la ciencia exige la interacción de muchas mentes, de pensadores actuales y el pensamiento pasado. Presupone desinterés, integridad y honestidad de los científicos. La verificación de las concepciones científicas es en sí misma un proceso fundamentalmente social.

La práctica científica es influida por los valores y la ética. La ética se erige como una figura horizontal equivalente a los valores. Que la ética no determine los hechos y que los hechos no determinen la ética, pone a prueba la capacidad humana para resolver los enigmas para-impuestos.

La ética debe prevalecer en conjunto con la pluralidad axiológica, metodológica y epistémica para humanizar a los científicos y su ciencia para que no caigan en la deshumanización por un puñado de valores temporales. La práctica científica es pensamiento, acción y teoría. La práctica científica consiste en observar, medir, investigar, enunciar, inferir, probar, demostrar, experimentar, publicar, discutir, exponer, enseñar, escribir, premiar o criticar. Todo esto se valora en la ciencia, tanto las acciones como sus resultados. Con pragmatismo los miembros de los grupos humanos deben coincidir en la interpretación de qué es valioso y puedan en común decidir si un valor

específico, en un contexto determinado, se satisface o no y logren un acuerdo acerca de la medida en que se satisface. Cómo determinar eso se aprende en la práctica científica.

La facultad de conocer es una virtud humana vertida en la antropología. La actividad del conocer la desmenuza la psicología. El resultado del conocer es patrimonio de las diversas ciencias.

Según Otto Bollnow, la Teoría del Conocimiento clásica se caracterizaba por la búsqueda de un punto a partir del cual se pudiera construir un sistema de conocimiento y comprensión seguro de la realidad, previa expulsión de todo lo dudoso. Sin embargo, este punto arquimédico no existe. El ser humano vive en un mundo *comprendido* y no tiene sentido buscar un punto inicial que le permita reconstruir la verdad desde la base.

El filósofo Wittgenstein dice que el lenguaje, y por ende el conocimiento, expresan “formas de vida”, ninguna de las cuales es privilegiada respecto a las demás. Agrega que los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo.

Ortega y Gasset nos recuerda que conocer es la forma histórica que ha adquirido el pensar. El pensar, sea cual sea la forma histórica que haya tenido o que tenga en un futuro, es lo que ineludiblemente el hombre tiene que hacer para pervivir. Una teoría del conocimiento aboca, necesariamente, a una teoría de la comprensión, y ésta, a su vez, sólo es posible realizarla refiriéndola, en última instancia, a la realidad en que consienta el ser humano, quien conoce.

Todo conocer es hacer y todo hacer es conocer, reza Humberto Maturana.

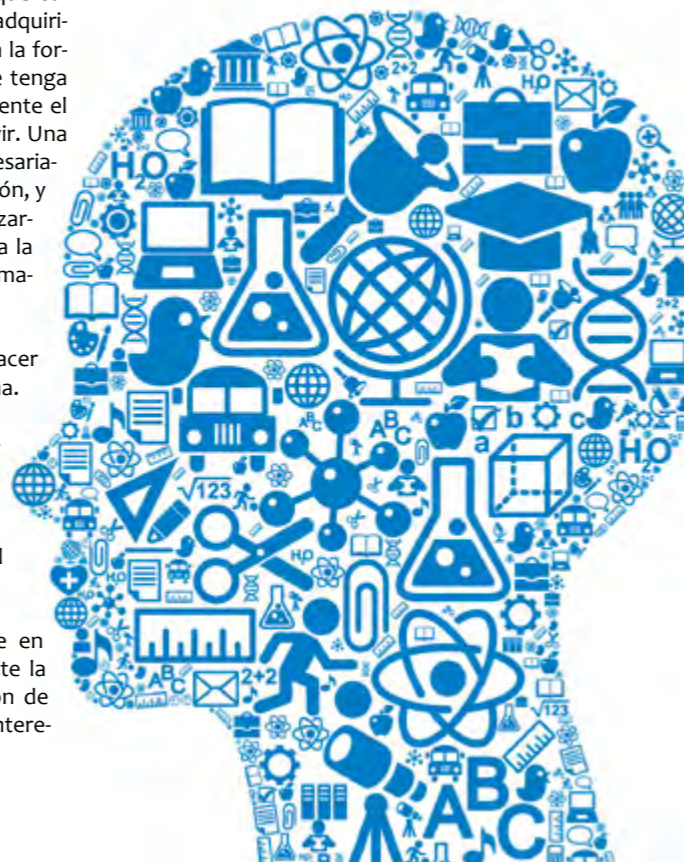
Rezar puede ser un decir, y a decir de Bollnow expreso la siguiente idea. El conocimiento es un hecho del cual no podemos dudar; de lo que podemos dudar es del valor del conocimiento.

En la ciencia y probablemente en todas las actividades humanas existe la conducta divergente o la desviación de la norma. El fraude, el secreto, los intere-

ses distorsionados, problemas de discriminación de género, raza y otros se verifican en la ciencia. Robert K. Merton denominó *efecto Mateo* a una doble injusticia no intencional, en la que los científicos desconocidos se ven injustificadamente perjudicados y los famosos injustificadamente beneficiados.

Amenazan a la ciencia el anarquismo metodológico y el soslayo de las normas. Argumentos como que el mundo tiene el sentido con el que nosotros lo vemos refuerzan esta tesis. El relativismo de Feyera-bend propone el que no existe ninguna verdad objetiva y que no es posible distinguir entre verdad y error y, en consecuencia, cualquier opinión es válida. Válida, por tanto, mi propuesta para vitalizar la relación entre las diversas disciplinas que dan vida a nuestra sociedad y civilización.

Así como la medicina puede ser una disciplina para-científica, propongo a la educación como para-médica, para-deportiva, para-artística, para-científica, para-religiosa, para-económica, para-social, para-olímpica y para-ecológica. A la justicia como para-pedagógica, para-ecológica, para-artística, para-científica y para-religiosa. Así, suma y sigue hasta llegar a la política y hacerla de una vez y para siempre para el pueblo, con el pueblo y por el pueblo en forma para-científica-social-cultural-económica-ecológica-pedagógica-artística-militar-religiosa-deportiva, donde la ética trascienda más allá del campo médico y científico para ser un eslabón conocido entre la metodología y la epistemología en todas las actividades humanas, ahora y siempre.



Preocupación por escasez de Carbamazepina y Fenobarbital

Inquietud existe en el Regional Valparaíso y el capítulo regional de la Sociedad de Neurología por la dificultad que han manifestado algunos pacientes para encontrar Carbamazepina y Fenobarbital, tanto en hospitales y consultorios como en farmacias comerciales.

El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, quién además es Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Van Buren y de la cátedra de Neurología de la Universidad de Valparaíso, explicó que la preocupación mayor se debe a que “la abrupta suspensión de estos medicamentos puede provocar no sólo la reaparición de los ataques epilépticos en los pacientes, sino también el desencadenamiento de crisis consecutivas sin recuperación de conciencia que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes si no son tratados de manera urgente en Unidades de Tratamiento Intensivo”.

El Dr. Eurolo señaló, además, que muchas farmacias comerciales estarían ofreciendo medicamentos de reemplazo “más modernos”, que sí estarían disponibles en el mercado. “No quisiera pensar que estas sugerencias farmacéuticas se deban a intereses comerciales, porque se estaría jugando al lucro con la seguridad e incluso la vida de nuestros pacientes”, afirmó el facultativo.

Por su parte, el capítulo regional de la Sociedad de Neurología mediante una carta al Seremi de Salud también manifestó su preocupación por el desabastecimiento de los fármacos y explicó que “el tratamiento anticonvulsivante es una indicación que requiere un ajuste complejo y que debe ser individualizado para cada paciente, por lo que debemos hacer presente que la falta de disponibilidad de estos medicamentos de uso habitual no puede reemplazarse de manera segura con tratamientos alternativos”.

Ante este problema, el Regional Valparaíso y la Sociedad de Neurología solicitaron a la autoridad regional de Salud emplear todos los medios a su alcance para normalizar el abastecimiento de Carbamazepina y Fenobarbital, y también evitar en el futuro un nuevo episodio de escasez.

Proyecto de incentivo al retiro y otras asignaciones pasa al Senado

El 29 de agosto la Cámara de Diputados aprobó en forma unánime el proyecto de ley que establece incentivos remuneracionales en favor de los profesionales de los servicios de salud pública del país.

Durante la discusión en Sala los diputados coincidieron en la necesidad de que este proyecto avance, dado que incentiva a los médicos a permanecer en el sistema público.

La propuesta busca establecer el incentivo al retiro, la asignación de un 30% fijo para especialistas con cargos de 28 horas semanales y 10% variable para todos los médicos con 28 horas semanales, la portabilidad de cargos de los profesionales del artículo 44 y mejoras para los jefes de servicios clínicos.

Tras su aprobación por la Cámara de Diputados el texto legal fue derivado al Senado para cumplir su segundo trámite constitucional.

Derechos Humanos

Nueva comisión en el Regional Valparaíso

El pasado 2012 se conformó en el Colegio Médico de Chile el Departamento de Derechos Humanos. A nivel regional, y motivados por situaciones que evidencian precarias condiciones para desarrollar nuestra labor profesional, a fines de julio de este año se propuso al Consejo Regional la conformación de la respectiva comisión dentro de los marcos legales del Colegio.

Durante el mes de agosto trabajamos en una propuesta, de 4 líneas de acción, las que serán informadas a los colegas luego de su discusión y eventual aprobación por parte del Consejo Regional.

A la espera de contar con el correo institucional correspondiente, para esta primera etapa tenemos configurado el correo electrónico provisorio: colmedvalpo.ddhh@gmail.com, con el fin de que puedan hacer llegar sus proposiciones a esta comisión o integrarse a trabajar en ella. Los mensajes enviados a esta cuenta serán recepcionados simultáneamente por la Dra. Juanita Isabel Fernández Álamos, el Dr. Fernando Voigt Claus –cofundadores de esta iniciativa– y la periodista del Regional Valparaíso, Sandra Valenzuela Torres.

Invitamos a todos los colegas afectados por el tema o interesados en participar en la Comisión, a contactarse con nosotros.

Nuestros saludos cordiales,

**Comisión de Derechos Humanos
Consejo Regional Valparaíso
Colegio Médico de Chile**

Falmed expone en jornada para médicos residentes en Valparaíso

“Aspectos médico legales de la práctica profesional del médico becario” se denominó la presentación que realizó la abogada jefe de Falmed Valparaíso, Isabel Salas, a cerca de 60 médicos residentes de primer año, en el marco de la jornada de introducción en aspectos médico-legales para formación de médicos especialistas organizada por la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

En su exposición, la jurista señaló que la conducta del médico becario es reconocida por la ley y sancionada en los mismos términos en que lo es la conducta médica en general. Desde esa perspectiva, la judicialización de los conflictos médicos es un fenómeno que no escapa al ámbito de los especialistas en formación, dado que los médicos residentes conviven con las particularidades y características de sus campos clínicos: deficiencias de infraestructura, alta demanda asistencial, falta de recursos, insatisfacción usuaria y, en general, todos los problemas estructurales de la salud pública chilena.

La abogada jefe de Falmed Valparaíso también se refirió a la mediación en salud, procedimiento que tiene por finalidad que las partes que están atravesando un

conflicto sobre la prestación asistencial encuentren una forma de conducir y solucionar su disputa a través de un tercero imparcial: el mediador.

Otro de los temas expuestos fue la Ley 20.584, de Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con su Atención en Salud. Se abordaron varios de los artículos de la norma, como el derecho al trato digno, el derecho de información, la autonomía de las personas en relación a su salud, y se hizo especial hincapié en que el consentimiento informado y la ficha clínica son pruebas relevantes que se presentan en los juicios. Dado esto último, la profesional aconsejó a los médicos poner especial atención a todo lo que se incluye en ella, así como escribir en forma clara, precisa y ordenada en dicho documento.

Al finalizar su exposición, Isabel Salas puso particular énfasis en la necesidad de cambiar el enfoque ante esta nueva normativa, y sostuvo que si bien presenta varias imperfecciones, constituye más que una amenaza, una oportunidad para exigir más tiempo para la atención y mejores condiciones de infraestructura para atender a los pacientes.

Médico es distinguido por Municipio de San Felipe

La Orden al Fundador José Antonio Manso de Velasco que la Municipalidad de San Felipe otorga anualmente sólo a personalidades destacadas a lo largo de su carrera profesional, fue entregada este año al Dr. Eduardo Valenzuela Lobo.

El Dr. Valenzuela se mostró sorprendido con el nombramiento, dado que en 1995 había sido distinguido como Hijo Ilustre de la comuna. “No sabía que podía recibir otro reconocimiento por mi trayectoria, de lo cual estoy muy agradecido”, señaló.

En sus 53 años ejerciendo la medicina en el sector público, el Dr. Valenzuela ha pasado por varios recintos asistenciales, entre los que se cuenta el Hospital Juan Noé de Arica, donde fue Jefe del Servicio de Urgencias, y el Hospital San Camilo, establecimiento al que se integró en 1974, y donde llegó a ser Jefe de Cirugía. Ya jubilado, dice tener la satisfacción de haber hecho un buen trabajo y haber salvado muchas vidas. “Un gratificante premio que recibí siempre con orgullo: salvar vidas”.



El Dr. Eduardo Valenzuela Lobo recibe la distinción de manos del alcalde de San Felipe, Patricio Freire.

Dra. Noziglia presentó libro de historia de la medicina

“La historia de la medicina en Valparaíso” es el nombre del primer libro que publica la Dra. Carmen Noziglia, colaboradora habitual de *Panorama Médico*. Una amena y detallada investigación que abarca desde el período prehispánico hasta fines del siglo XIX.

El texto está dividido en cuatro partes. La primera relata la situación de los primeros grupos que habitaron la zona antes de los españoles, mediante constatación y análisis de sus costumbres y prácticas curativas, y las enfermedades precolombinas prevalentes.

La segunda parte presenta las normas legislativas, usos y costumbres que los españoles aplicaron a su llegada, durante la



El diálogo con el director de la editorial de la UV, Cristián Warnken.

Conquista y especialmente en la Colonia, época en que pocas personas ejercían el oficio de curar en Chile. También describe el surgimiento de Valparaíso como asentamiento permanente; las epidemias y enfermedades habituales que afectaron a sus habitantes, los tratamientos y la creación de los primeros hospicios y establecimientos dedicados a la atención de salud.

La tercera aborda los problemas surgidos del desarrollo y crecimiento de Valparaíso, del incremento sostenido de su población, la migración, la falta de agua potable y alcantarillado, alcoholismo, prostitución y enfermedades sociales.

Finalmente, la cuarta parte da cuenta de la relación de los hospitales, lazaretos y hospicios, y entrega datos precisos sobre 461 médicos y decenas de especialistas.

El libro fue presentado en el auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. En la oportunidad, la Dra. Noziglia explicó que se embarcó en la tarea de escribir el libro con el fin de proporcionar un documento que contribuya a aumentar el conocimiento histórico de la profesión médica y, al mismo tiempo, permita a quienes la ejercen y estudian, y a los interesados en la historia regional, comprender el camino que se debió transitar para conseguir, progresivamente, mejorar el estado de salud de la población local y de su entorno.

Por su parte, el director de la editorial de la casa de estudios, Cristián Warnken, resaltó la magnitud del trabajo de la Dra. Noziglia, calificándolo como un aporte “impresionante, inédito y riguroso”.

Nueva sala de estar para los médicos socios

Un amplia sala de estar es la que se implementó en la sede del Regional Valparaíso, ubicada en el Barrio Miraflores de Viña del Mar.

Las nuevas instalaciones cuentan con cómodos sillones, sector de cafetería, un moderno computador y un Smart TV, todo ello para hacer más grata la estadía de los socios a la sede del Colegio Médico.



De derecha a izquierda: Doris Fumiss, Dra. Ilse González, Dr. Antonio Salvadó, Dra. Alejandra Núñez, Dra. Carmen Noziglia y Dra. Jane Standén.

Crítica al secreto en el Sumario Administrativo

Alfredo Silva Villarroel

Abogado

Asesor jurídico Consejo Regional Valparaíso



● El Sumario Administrativo al que nos referimos en este artículo corresponde al procedimiento establecido en la Ley 18.834 del Estatuto Administrativo, y resulta aplicable en todas aquellas situaciones en que, en la actividad pública –por ejemplo, la servida por los funcionarios regidos por las Leyes 15.076 y 19.664–, pudiera resultar necesario esclarecer la ocurrencia de un hecho que puede constituir una falta administrativa y determinar la persona del responsable, a fin de establecer su responsabilidad administrativa (no de otro tipo, por ejemplo penal, civil o ética) y la aplicación de la sanción que corresponda. Desde luego, su tramitación se encuentra regulada por la ley, considerando al ente sustanciador (Fiscal), los plazos de investigación, etc. En cuanto procedimiento susceptible de formular reproche a una persona, no se puede sustraer de aquellos principios y garantías fundamentales que el juzgador debe observar respecto de todo justiciable, y cuya piedra angular es el debido proceso y el derecho a ser oído con que cuenta toda persona a quien se imputa un hecho por el que puede ser castigado. Lo anterior integra el derecho esencial a defensa con que cuentan todas las personas imputadas de un hecho ilícito y la necesaria consagración del principio de inocencia, derechos por cierto garantizados constitucionalmente.

Para ejercer adecuadamente este derecho resulta de toda lógica que aquél que es acusado de un hecho por el que puede resultar castigado conozca oportuna y totalmente los antecedentes de cargo. Las normas sobre transparencia avanzan en este sentido y, por ejemplo, tratándose de delitos de la mayor gravedad de aquéllos que investiga y persigue el Ministerio Público, el imputado por regla general tiene acceso oportuno a la totalidad de la carpeta de investigación. Por el contrario, un funcionario público que enfrenta un proceso disciplinario carece de este elemental derecho puesto que, según veremos, el Sumario Administrativo se le presenta como “secreto”. Esto no deja de resultar sorprendente puesto que la doctrina jurídica es unánime al propugnar que los actos de los órganos del Estado

deben ser públicos y que el secreto sólo ha de constituir una excepción convenientemente justificada cuando garantiza un interés protegido constitucionalmente sin afectar otros intereses igualmente cautelados.

Pues bien, la Ley 18.834 del Estatuto Administrativo, en su artículo 137, consigna que “el sumario será secreto hasta la fecha de formulación de cargos, oportunidad en la cual dejará de serlo para el inculpado y para el abogado que asumiere su defensa”.

Según lo señalado, esta norma lo que consagra es, directamente, una traba legal para el ejercicio de un derecho constitucional, como es el de defensa. Es por lo mismo singular que la Contraloría General de la República, en su Dictamen 59.798 de 2008, haya señalado que “el secreto del proceso sumarial tiene por objeto asegurar el éxito de la investigación, el resguardo del debido proceso, la honra y respeto a la vida pública de los funcionarios que, eventualmente, podrían tener comprometida su responsabilidad en los hechos investigados”. No divisamos cómo puede resguardar el debido proceso la prohibición absoluta de que aquél que está siendo investigado tenga la posibilidad de intervenir eficazmente y no a ciegas en la investigación. Lo anterior, sin considerar siquiera la evidente contradicción con lo dispuesto por el artículo 19 N° 3 inciso 5° de la Constitución Política de la República, que exige el respeto al debido proceso también en toda etapa de investigación.

Pero aún hay más. El artículo 8 inciso 2° de la Constitución establece que “son públicos los actos y resoluciones de los órganos del Estado, así como sus fundamentos y los procedimientos que utilicen. Sin embargo, sólo una ley de quórum calificado podrá establecer la reserva o secreto de aquéllos o de éstos, cuando la publicidad afectare el debido cumplimiento de las funciones de dichos órganos, los derechos de las personas, la segu-



“No divisamos cómo puede resguardar el debido proceso la prohibición absoluta de que aquél que está siendo investigado tenga la posibilidad de intervenir eficazmente y no a ciegas en la investigación.”

ridad de la Nación o el interés nacional”, y el artículo 13 de la Ley 19.653 (“Ley de Transparencia”) señala que “la función pública se ejercerá con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en ejercicio de ella”, y agrega, al igual que lo hace la Ley 19.880, que “son públicos los actos administrati-

vos de los órganos de la Administración del Estado y los documentos que les sirvan de sustento o complemento directo y esencial”.

De allí que podamos afirmar que el citado artículo 137 del Estatuto Administrativo está en franca pugna con dos principios fundamentales de todo Estado de Derecho, a saber, el debido proceso y la publicidad. Y a la luz de todo lo señalado, la norma, que establece una publicidad relativa (después de formulados los cargos el sumario podrá ser conocido por el inculpado y su abogado), encierra una contradicción consigo misma, cuya solución mínima debiera ser que esta publicidad relativa (para el inculpado y su abogado) debiera existir desde el primer minuto. Sólo así podrá aquel funcionario público que, como resultado del sumario arriesga graves sanciones, decidir con antecedentes concretos, qué derechos ejercerá en su defensa o para colaborar con el Fiscal. Son, ni más ni menos, los mismos derechos de cualquier ciudadano, categoría que el funcionario público no pierde aún frente a la especial relación de sujeción que tiene con la Administración del Estado, en tanto la igualdad ante la Ley no desaparece ni aún en esta relación especial.

La medicalización de la vida

Dr. Fernando Novoa Sotta

La medicina y los conceptos de salud y enfermedad están vinculados al conjunto de la cultura de una sociedad, y la transformación de las concepciones médicas está condicionada, a su vez, por las transformaciones de las ideas de cada época.

LA MEDICALIZACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS

Actualmente se está produciendo una redefinición de fenómenos que antes eran propios de otras esferas, para incluirlos en el ámbito de la salud. La mera detección de factores de riesgo hoy es considerada como una probabilidad de enfermar –a ser estimado como una enfermedad–, siendo los “fármacos preventivos” un mercado al alza. Todo ello hace que, cada vez con mayor frecuencia, se incluyan como enfermedad situaciones que antes eran consideradas de otro ámbito.

Con un mayor desarrollo hemos asistido a un aumento del valor de la salud en la sociedad, lo que conduce a una mayor percepción de vulnerabilidad, mayor miedo a la enfermedad y a la muerte. Sin poder negar el valor de la salud, éste no puede llevarse a un nivel en el que la sociedad haga negación de la necesidad de aceptar un cierto grado de sufrimiento y malestar como aspectos inherentes a la existencia misma, sin considerarlos como enfermedades que requieren de un extenso estudio y tratamiento urgente. Este riesgo conduce a lo que se expresa como “la sociedad está enfermando por no enfermar”.

A lo anterior se agrega que con frecuencia resulta complejo, incluso para los profesionales, establecer el límite entre normalidad y anormalidad. Los expertos no siempre pueden establecer con absoluta certeza quién está sano y quién enfermo, qué acontecimientos son normales y cuáles no, y ello determina dudas que conducen a una petición de pruebas complementarias y la instauración de tratamientos a veces innecesarios como consecuencia de la tendencia a “medicalizar” estados y experiencias que debieran ser consideradas como un estado normal de salud.

Entendemos por medicalización el proceso de convertir situaciones que han sido siempre consideradas como normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de relaciones interpersonales. El niño inquieto es un “hiperquinético” y en lugar de adecuar el sistema escolar para ese niño, éste es calificado de enfermo y el problema se resuelve con el medicamento respectivo. En la actualidad, situaciones de la vida como una ocasional falta de sueño, cansancio o frustración y variantes de la normalidad como la calvicie o la fealdad están siendo considerados como enfermedades y, en muchos casos, sometidos a tratamiento farmacológico o incluso quirúrgico. Incluso, instituciones dan normas para ser cumplidas por miles de profesionales, como la Academia Americana de Psiquiatría que en el manual DSM-5 –presentado a las doce con un minuto de la madrugada del 17 de mayo pasado– ha incluido dentro de su listado oficial de enfermedades (para que los prestadores de salud las incluyan en los tratamientos contractualmente asegurados) las pataletas de los niños que ahora se llaman “trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo”; si pasados 15 días el cónyuge que ha perdido a su pareja aún mantiene dificultades para concentrarse, falta de apetito o de sueño, ya debe ser calificado como una depresión que requiere del fármaco apropiado; y los olvidos ocasionales en la tercera edad pasan a ser “déficit cognitivo menor”, que también requieren tratamiento.

A estas “enfermedades” es necesario agregar otras condiciones que con frecuencia se estima que deben recibir tratamientos como la adolescencia, menopausia y el envejecimiento. Los factores de

riesgo pasan a considerarse como auténticas enfermedades, como la osteoporosis y dislipidemia. Síntomas o cuadros leves son elevados, de forma artificial, a indicadores de cuadros graves (colon irritable, síndrome premenstrual, etc.).

Todas estas condiciones adquieren el carácter de patologías por las cuales se debe consultar para recibir un tratamiento oportuno, ya que la industria ofrece con prontitud el fármaco apropiado. Además, ahora existen fármacos “más eficaces”, pero de mayor costo en comparación a los antiguos que ya no deben ser recetados.

La medicalización de la vida es uno de los problemas que actualmente contribuyen a la masificación de las consultas, provocando dificultades para proporcionar una atención de alta calidad y frustración en una buena parte de los profesionales.

A la situación de que una infinidad de molestias sean consideradas como enfermedades que se curan con determinadas drogas, se agrega como consecuencia la disminución de la capacidad de autocuidado. Actualmente se tiende a considerar que el sistema sanitario debe ser garante de todo tipo de cuidados, por lo que se va perdiendo la capacidad de que la persona genere medidas de protección para sí misma y un aumento del consumo de servicios sanitarios. Por esta razón, una creciente proporción de la riqueza de un país se gasta en atención de salud y los médicos son oprimidos por estar bajo presión para “resolver” los problemas que no pueden resolver las fuerzas que promueven la progresiva medicalización.

Cada vez más personas subconscientemente saben que están enfermas y cansadas de sus trabajos y carentes del necesario espacio de ocio, pero quieren escuchar



la mentira de que la enfermedad física que padecen les libera de las responsabilidades familiares, sociales y políticas.

FACTORES QUE INTERVIENEN

Contribuye a esta situación la definición sobre salud de la OMS de 1946, que la considera de forma utópica y subjetiva como algo más que la ausencia de enfermedad y la eleva al estado de bienestar absoluto, contribuye a la incorporación al ámbito médico de nuevas situaciones y problemas.

La medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por una sociedad que va perdiendo capacidad de resolución y su nivel de tolerancia. Su origen es multifactorial, existiendo diversas causas y actores implicados (sociedad, medios de comunicación, industria farmacéutica, políticos, gestores y profesionales sanitarios), jugando el sector sanitario un papel fundamental en dicho proceso. Un ejemplo del extremo al que se puede llegar en este aspecto es haber declarado como portadores de enfermedades mentales a aquéllos que se oponían al antiguo régimen soviético y que fueron por lo tanto sometidos a estrictos tratamientos psiquiátricos.

A lo largo de la historia, y actualmente en países pobres, los esfuerzos prioritarios se han centrado en la obtención de recursos básicos para la vida, como disponer de alimentos suficientes para una alimentación adecuada, garantizar acceso a agua potable, etc. Una vez garantizados éstos, la atención se dirige hacia las enfermedades de mayor incidencia y las de mayor repercusión sobre la morbimortalidad, siendo las infecciosas el paradigma de procesos de atención prioritaria en estos países.

persona sana es solamente un enfermo sin identificar, por no haber sido sometido aún a las pruebas necesarias”.

La denominada paradoja de la salud, existente tanto en la sociedad como a nivel individual en países desarrollados, hace referencia a la constatación de que cuanto mayor es la situación objetiva de salud más son los problemas de salud declarados, y que cuanto mayores son los recursos empleados en salud mayor es la proporción de personas que se sienten enfermas.

CONCLUSIONES

En el momento actual, el derecho a la salud esta convirtiéndose en un peligroso objeto de consumo, y no estamos lejos del indeseable horizonte en el que la sociedad viva de manera insana por su desmedida preocupación por la salud. Estamos asistiendo a la generación de una dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas y una disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar.

Es urgente una reflexión colectiva sobre hacia dónde nos conduce la ruta trazada, las consecuencias de la medicalización de la vida y sobre qué tenemos que hacer los distintos actores implicados para reconducir dicha situación.



PERSIA, EL PAÍS DE AVICENA

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

Hay veces en que la lectura de un buen libro despierta el deseo de conocer determinado lugar. Esto fue lo que me ocurrió cuando leí la novela *El Médico*, de Noah Gordon, en que narra el viaje de un joven inglés del siglo XI con gran interés por la medicina. Percibiendo que los entendidos de su tierra practicaban una medicina rudimentaria y llevado por la pasión de aprender a sanar a enfermos, el protagonista decide dejar sus tierras y emprender viaje al lugar donde impartía lecciones de medicina un personaje de gran renombre: Avicena. Este lugar era la ciudad de Isfahan.

Isfahan –que existe hasta el día de hoy y se encuentra a mitad de camino entre el Mar Caspio y el Golfo Pérsico– era en aquellos tiempos residencia real. Cuando algún médico visita Grecia, no puede no interesarse por conocer la isla de Cos, lugar donde nació Hipócrates, considerado el *padre de la Medicina*. Además, de manera análoga a la de una persona que piensa en conocer las ruinas de Roma, Atenas o el palacio de Versalles, soñaba con las ruinas de Persépolis, la ciudad-Estado de Isfahan, el Palacio de Golestán en Teherán y en las afamadas mansiones dinásticas en que residió el Sha Mohammad Reza Pahlevi.

La primera vez que escuché hablar de esta región del mundo fue en relación con las llamadas Guerras Médicas, que tuvieron lugar a mediados del siglo VI a.C. En aquellos tiempos un legendario monarca persa, Ciro el Grande, extendió aceleradamente sus dominios en dirección al Asia

Central, al occidente (Mesopotamia, Siria y Palestina), al Asia Media (región del norte de Irán) y Asia Menor. Su sucesor, Cambises, llegó incluso hasta Egipto. Darío I, por su parte, extendió el dominio persa hasta los límites de Europa, siendo derrotado finalmente por Grecia en el año 490, lo cual se repitió diez años después con su hijo Jerjes.

En el siglo siguiente, Alejandro Magno combatió contra los persas poco después de haber cruzado el Helesponto, derrotando a Darío III. Continuó Alejandro hacia el sur hasta llegar a Egipto, desde donde continuó a Babilonia, Arbela –donde volvió a derrotar a Darío–, Persépolis, que era la capital ceremonial y lugar de residencia de la corte, y Susa, la capital en invierno, dirigiéndose luego en dirección al mar Caspio y a la India.

Aproximadamente mil años más tarde, durante los siglos IV y V d.C., en el Imperio Bizantino se produjeron diversas disputas teológicas que habitualmente tuvieron como consecuencia el exilio de grupos que sostenían dogmas calificados de “herejías”. Los “nestorianos”, que eran un núcleo de estudiosos que cultivaban la filosofía y la medicina, fueron perseguidos hasta el río Eufrates y luego a Persia. Como parte de lo preciado que llevaban con ellos en su escape se contaban sus textos médicos.

Tras la muerte de Mahoma (632 d.C.) el Islam se extendió por gran parte del espa-



Avicena

cio que había sido dominado por el Imperio Persa y luego por Alejandro Magno. El espíritu de tolerancia de los musulmanes hizo posible que esos pueblos no sólo continuaran con sus tareas intelectuales, sino que su cultura se difundiera entre los conquistadores, quienes hicieron traducir del persa, del siríaco y del griego al árabe, gran parte del *Corpus Hippocraticum*, la *Materia Medica* de Dioscórides y la obra completa de Galeno.

El siglo X señala la culminación de la cultura árabe y muchos médicos musulmanes, judíos y cristianos ocuparon altos puestos en la corte del Califa. Los árabes se distinguieron no sólo por la calidad de sus traducciones, sino también por sus comentarios de Hipócrates, Aristóteles y Galeno. Entre ellos, el médico era considerado como un sabio, maestro por excelencia y también filósofo. La medicina del

Plaza de Naghshe Jahan o del Imán, en Isfahan. Una de las mayores plazas del mundo y joya de la arquitectura islámica. En ella están la mezquita del Imán, la mezquita del Sheikh Lotfollah, el palacio de Ali Kapuh.



período árabe fue, sobre todo, una forma de filosofía a través de la cual se buscaba la salud de los hombres por medio de una vida adecuada a su naturaleza, dentro de la armónica relación macro-microcómica.

Ibn Sīnā, conocido en Occidente como Avicena, fue uno de los principales médicos de todos los tiempos. Sus discípulos lo llamaban “príncipe de los sabios”. Nació en el año 980 en Afshana, cerca de la ciudad de Bujará, uno de los más importantes centros de la civilización iraní a lo largo de la historia (actualmente una de las principales ciudades de Uzbekistán). A los diez años de edad ya había memorizado el Corán completo, interesándose precozmente por las ciencias naturales y la medicina. A los catorce años había superado a muchos de sus maestros, por lo que comenzó a estudiar por su propia cuenta.

Cuando su padre fue nombrado funcionario en Bujará, estudió allí los saberes de la época, tales como física, matemáticas, filosofía y lógica. A los dieciséis años ya dirigía a médicos famosos y a los diecisiete gozaba de fama como médico por haber salvado la vida del emir Nuh ibn Mansur. Éste, como recompensa, le otorgó su protección y el permiso para acceder a la magnífica biblioteca real samánida, donde amplió sus conocimientos de matemáticas, música y astronomía. Al llegar a la mayoría de edad había estudiado todas las ciencias conocidas en ese tiempo. Se convirtió, así, en médico de la corte y consejero de temas científicos hasta el año 999 en que



El mausoleo de Avicena en Hamadán.

la dinastía samaní, que había ejercido su poder en las provincias orientales de Irán después de la conquista árabe, cayó ante el caudillo turco Mahmud de Ghazna.

Avicena ejerció entonces la medicina en diversas ciudades de esa región, hasta llegar a la corte de los príncipes Buyid, en Qazvin (a 160 km al noreste de Teherán). Luego se trasladó a Hamadán (a 400 km al sudoeste de Teherán), donde el emir Shams al-Dawla lo nombró visir (ministro). Allí se dedicó a la cosa pública durante el día, en tanto que a la ciencia en la noche. Escribió un estudio de las costumbres de la época de diez volúmenes llamados *El tratado del resultante y del resultado*, el *Kitab ash-shifa* –extensa obra que versa sobre lógica, ciencias naturales, psicología, metafísica y el *quadrivium* (geometría, astronomía, aritmética y música)–, el *Shifa* y su obra maestra: el *Canon de medicina*, que comenzó a escribir cuando tenía treinta y dos años, una compilación sistematizada de los conocimientos médicos y farmacéuticos de su época que recoge el saber médico de Grecia, Roma, de antiguos eruditos árabes y un aporte de sus propias innovaciones.

Con estos libros su fama como escritor, filósofo, médico y astrónomo se extendió por toda Persia. En 1021, a la muerte del gobernante Shams al-Dawla y el comienzo del reinado de su hijo, fue víctima de intrigas políticas, por lo que terminó encarcelado. Disfrazado de *derviche* (mendigo) consiguió

El Canon de medicina.

escapar a Isfahán, al lado del emir Ala ad-Dawla Muhammed, bajo cuya tutela trabajó en relativa tranquilidad hasta el final de sus días. Finalmente, murió durante una expedición hacia Hamadán, en 1037, a causa de una “crisis intestinal” causada por un padecimiento que presentaba desde hacía tiempo y que se atribuyó a las vicisitudes de su vida, al exceso de trabajo y de placeres.

No se conoce exactamente el número de sus obras porque algunas fueron destruidas y otras se han perdido, pero superaron largamente las doscientas. Se refieren a diferentes temáticas, predominantemente filosofía y medicina. Su obra es de importancia capital pues supone la presentación del pensamiento aristotélico ante los pensadores occidentales de la Edad Media, abarcó todos los campos del saber científico y artístico de su tiempo e influyó en el pensamiento escolástico de la Europa medieval, en especial en los franciscanos.

Entre sus textos médicos más famosos están *El Libro de la Curación* y el *Canon de medicina*, considerado en su época como la mejor guía para la cura de las dolencias. Es un tratado de 50 partes comprendidas en cinco volúmenes, conteniendo un millón de vocablos. Es uno de los libros de mayor influencia que haya existido, siendo estudiado durante varios siglos. El *Canon* fue finalmente llevado a Europa por los Cruzados y traducido al latín por Gerardo de Cremona, pasando a constituir la base de la enseñanza médica tanto en Asia como en Europa, desde donde pasó a América. Fue utilizado en Chile como uno de los principales textos de enseñanza de la medicina hasta comienzos del siglo XIX.

Médicos Escritores

Francisco Javier Pérez Godoy es médico con especialidad en otorrinolaringología. Nacido en Santiago, estudió en la Universidad de Chile y realizó un posgrado de su especialidad en Bélgica.

Su interés por las letras data desde su adolescencia, cuando intentaba verter sus emociones y sentimientos “en reflexiones y escritos personales relacionados con la búsqueda del amor o de la fe y el sentido de la vida”. Pero hace sólo seis años que apareció “una pulsión por escribir y relatar experiencias o fragmentos de ellas, imágenes y fantasías, para componer realidades y ficciones como una mezcla indisoluble, en un ejercicio creativo y liberador para el espíritu”. Casado con la doctora Alba Testart, comparten inquietudes y armonías profesionales y literarias. Reconoce su afición por autores como Noah Gordon, Ken Follett, León Tolstoi, Antoine de Saint Exupéry y Alessandro Baricco. En sus fuentes de lectura no está ausente la Biblia, “que parece encerrar toda la sabiduría necesaria para entender la vida, pero a menudo permanece como el tesoro escondido”.

A raíz de lo difícil que es publicar con editoriales, lo ha hecho en formato digital a través de la web que, a su juicio, “constituye una ventana más amplia y democrática para la exposición y acceso a creaciones que pueden interesar por su valor literario o simplemente por constituir valiosas experiencias y testimonios de seres humanos que desean expresarse a través de la palabra”. Dos de sus creaciones de ficción, “Confesiones. Relatos transgresores” y “Sueños de infidelidad”, las ofrece en el sitio francotirador.bubok.es.

A través de su lectura se aprecia que Francisco Pérez es un escritor de largo aliento. Sus cuentos suelen competir con la novela, profundizando en los personajes y desarrollando una narrativa de alto oficio. “Negligence”, el cuento que les presentamos en esta edición, es una excepción a su estilo. En él demuestra su capacidad de síntesis, a través de un relato fácil de seguir, de impecable estructura, rico en ficción, con tonalidades de ironía y burla. Los invito a leer a Francisco Pérez en *Panorama Médico* y también en internet.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

"NEGLIGENCE"

Dr. Francisco Pérez Godoy

Unos meses después que el “Curiosity” fuera detectado por los radares marcianos, la MARS (Martian Agency for Research of Space) había puesto en órbita una sonda indagatoria del *planeta verde*, como usaban llamar a la Tierra.

El nombre del pequeño artefacto nave, “Negligence”, era curioso pero oportunamente opuesto al *rover* “Curiosity” porque a los marcianos les importaba poco y nada lo que sucediera más allá de su rocoso, desértico y aburrido planeta. No eran dados a la vida social interplanetaria, tenían ciudades móviles –para ocultarlas de los mirones de siempre–, galerías subterráneas, *malls* y muchas otras construcciones dotadas de invisibilidad. No se explicaban cuál podía ser el interés de los terrestres o terrícolas (como se les dice en las aventuras de ficción) en explorar su planeta, invirtiendo millones y millones para ojalá encontrar dos miserables gotitas de agua y así considerar la misión un rotundo éxito. En la Tierra, por lo que ellos sabían, había por esas fechas inundaciones

por doquier. “Como si no les bastara el agua que tienen”, se decían unos a otros en el Cráter Principal de Control de Misiones (CPCM, equivalente de la NASA).

En todo caso, por una cosa de orgullo los hombrecillos rojos habían tomado en serio la decisión de darle una mirada al vecino planeta verde, azul o como le llamaran. Los *martinautos*, como se denominaban los que manejaban el CPCM, enviaron para la exploración un modelo más o menos antiguo, a fin de no entregar demasiada información a los *terris* (según su jerga, sin explicar si era por terrícolas o terribles), en caso que el aparato fuera descubierto y desguazado por los curiosos hombrecillos (como había pasado con los de Área 51).

Mientras tanto, ellos se habían encargado de hacer *amartizar* al “Curiosity” en *Martywood*, un lugar con numerosas y variadas locaciones, para entretener de lo lindo a los lejanos observadores terrestres, que podrían

tomar a gusto fotos de todas las maquetas y escenarios de distintas películas rodadas en esos estudios por la *Marte Goldwyn Mayer*. Le pidieron a un guardia que hiciera pipí justo detrás del *rover* para que el húmedo hallazgo subiera los ánimos de los esforzados y persistentes responsables de la sonda terrestre. En el noticiario “TeleMarte” se reportaban con regularidad los movimientos de “Curiosity”, y hasta en los jardines infantiles los marcianitos concursaban por el mejor dibujo de la nave.

Bueno, volviendo al “Negligence”, éste fue guiado para aterrizar en un pequeño pueblo de un país del hemisferio sur. Eso apuntaba a quedar un poquito alejado de la NASA, que podría ser un inspector molesto para que el espía rojizo hiciera su trabajo con tranquilidad. Era justo una fecha especial en el pueblo y, a decir verdad, en todo el *mundo*, como le llamaban los terrestres a su planeta, pues faltaban sólo siete días para el fin del año. Así pues, era Navidad,



y “Negligence” arribó temprano por la mañana de un día domingo a las afueras del caserío. Comenzó su exploración en el patio de una casa y lo primero que encontró fue la casucha de la mascota, un perrito de tamaño pequeño y sin raza conocida llamado *Huesillo* –según mostraba la plaquita de su collar–, nombre a mitad de camino entre hueso pequeño y durazno pelado seco.

Es necesario aclarar que *Neg*, la nave de los marcianos, estaba disfrazada de animal; una especie de topo de tamaño mediano, que contenía un verdadero arsenal de instrumentos de análisis químico, sensores de sonido y antenas ocultas como orejas de murciélago, así como perforadoras de roca y, bajo la apariencia de unos ojos saltones, cámaras de largo y corto alcance, y su especialidad, las infrarrojas. El aspecto de este engendro, muy tecnológico pero poco estético, recordaba la cruz por equivocación entre un quirquincho y un ornitorrinco borrachos. Al margen de esta crítica apreciación de su apariencia, el explorador estaba dotado de un particular programa de tipo socializante, que le permitía manifestar conductas de amistad, juego, realizaba gestos de alegría y tristeza como todo un in-

térprete de las tablas, además de sus dotes de “científico duro” que llevaba por dentro de su caparazón de piel sintética.

Al encontrarse con el somnoliento can, que había estado revolviéndola de aquí para allá hasta altas horas de la madrugada con los niños y sus juguetes nuevos, éste se escondió detrás de su vivienda por el temor innato ante semejante y extraña creatura. No obstante, *Neg* dio un rodeo por detrás y lo saludó, dándole un suave empujoncito con su trompa en el trasero, a lo que *Huesillo* respondió con un salto de sorpresa. Se miraron con atención y se olieron mutuamente. El pequeño perro buscó en las partes que habitualmente oliscan los canes a sus congéneres, pero al parecer no halló rastros de ellas ni menos sus olores, cuestión que lo quedó muy intrigado, como “mirando al público”. *Neg*, utilizando su súper cámara de terreno instalada en su pata delantera, se tomó una foto con *Huesillo*. Ambos sonrieron como hacen antiguos amigos de colegio que se reencuentran luego de muchos años. A todo esto, *Huesillo* recordó que no había desayunado y entrando a su casucha sacó de ella dos huesos, uno para cada quien. *Neg* degustó el bocado,

lo documentó apropiadamente, hizo el análisis químico y envió su primer informe a terreno marciano, afirmando que la comida de los terrestres era dura y desabrida.

Luego de este circunstancial encuentro, *Neg* continuó su exploración dejando que el perrito durmiera su trasnoche. Siguió rumbo calle abajo por la polvoriento huella que dejaban los carromatos de los lugareños, hacia lo que parecía ser el centro del desolado pueblucho, en el que una corrida de casas a cada lado conformaban el *downtown* local. A decir verdad, era como las locaciones de antiguos *spaghetti western* en que los cardos rodaban por la calle principal y se veía a los parroquianos entrar más que salir del bar. Los corredores con piso de madera hacían eco de los tacones de quienes vitrineaban en las pocas tiendas que allí quedaban. La verdad es que este diminuto pueblo estaba sumido cada vez más en la ruina a causa del agotamiento de las reservas de metales valiosos como oro, plata y algunas piedras preciosas que antiguamente fueran la fuente de riqueza y prosperidad para todos sus habitantes. Hacía ya muchos años de eso y los jóvenes se marchaban a las grandes ciudades y los viejos se quedaban por costumbre pero también cariño por su amado terruño, como decían frecuentemente.

Neg se paseó por debajo de las veredas empalizadas para pasar inadvertido, cosa que le funcionó muy bien, mientras documentaba la realidad local y poco a poco la asimilaba a la aburrida y polvosa vida de su lejano Marte. Envío unas imágenes del lugar, agregando que se sentía “como en casa”, sin mayores comentarios. En la sede de MARS, los informes del *Neg* colgaban de un antiguo fax, en un formulario continuo que ya tenía varios metros de longitud, sin que ningún marciano estuviera pendiente

de los hallazgos del explorador, haciendo honor al nombre de la misión “Negligence”. Nada nuevo bajo el sol, más y más polvo, rocas y aridez, comentó un marciano al pasar, mirando de reojo el informe que derramaba la impresora. ¡Qué manera de malgastar el dinero! dijo para sí y continuó su relajada caminata por el largo túnel rocoso en busca de la máquina de café.

Entretanto, *Neg* tuvo una agradable sorpresa al encontrarse de sopetón con *Huesillo* bajo de la terraza del bar La Polvareda El can había acompañado a su dueño a comprar lo necesario para salir de pesca al día siguiente, y en un gesto que parecía consolidar su amistad, ambos se pusieron a jugar como dos cachorros, persiguiéndose en azarosa carrera de un lado para el otro y haciendo volteretas en el suelo de forma tal que luego de un rato ambos parecían pasteles empolvados. *Neg* comenzó a pensar que esta aventura era bastante más entretenida de lo que había pensado, según los programas técnicos que habían cargado en su memoria *caché* y RAM; al fin y al cabo, parecía una especie de bonachón roedor gigante que hacía amistades con facilidad. De nuevo, *Huesillo* tuvo un súbito ataque de hambre y recordando antiguos entierros de huesos –que dejaba ocasionalmente por aquí y por allá– invitó a *Neg* a excavar debajo de la tarima justo a la entrada del bar, donde su dueño degustaba un destilado de más de cuarenta grados (a pesar del calor de 40° de afuera). *Neg*, que poseía habilidades cibernéticas e instrumentos y herramientas precisas para excavaciones, le hizo a *Huesillo* un gesto para que esperara a ver su demostración y sacando una barrena de su nariz perforó donde el perrito le indicaba. El problema fue que el potente taladro atravesó el entierro de provisiones y siguió hacia adentro hasta que tocó algo metálico y duro. *Huesillo* lo miró desconsolado al ver sus reliquias alimenticias con-

vertidas en polvo, pero acto seguido su gesto se transformó en sorpresa gigante al ver que *Neg* extraía en la punta de su instrumento una enorme y resplandeciente pepita de oro.

El ruido generado por la excavación marciana alertó a los usuarios del bar, quienes se asomaron a la calle para ver de qué se trataba el barullo. Sam, el dueño de *Huesillo*, llamó a su mascota, quien surgió de debajo del entablado y detrás de él *Neg* con la piedra dorada en la punta de su extraña nariz. Sam se quedó de una pieza al observar semejante engendro y más aún con el mineral pegado a su narizota. *Huesillo* movía alegremente la cola mientras Sam comenzó a acariciar el sintético pelaje de *Neg* y de paso retiraba la “pepota” dorada de su hocico. *Neg* se percató que su cola se movía sola, en respuesta al gesto de amistad de Sam y éste abrazó con efusividad ambos animales gritando a voz en cuello: «¡este es el filón de oro de mi abueloooooo, somos ricoooooooos!»

Sus compañeros de tragos, que miraban pasmados la escena, estallaron en gritos de júbilo, entendiendo que el hallazgo del extraño animalillo cambiaría para siempre la suerte de

su polvoriento y abandonado pueblo.

Mientras, *Neg* por línea interna enviaba un mensaje a MARS diciendo que en la Tierra, si bien el paisaje era parecido a Marte, el asunto era mucho más entretenido que allá y les pidió que no se molestaran en enviarlo de vuelta, asegurando que él de allí no se movía.

Los parroquianos, felices y delirantes por la fortuna que se les venía encima, compraron un saco de huesos gigante para *Huesillo* y su amigo, quienes empezaron a disfrutar del merecido premio y se transformaron en las mascotas oficiales del pueblo. Lo curioso del asunto es que a *Neg* –cuya identidad desconocían– le pusieron por nombre “Curiosity” dado su extraño aspecto; cosas de la vida marciana y terrestre nomás.

Mientras tanto, en Marte, el verdadero “Curiosity” continuaba analizando las muestras líquidas, que todos los días –al anochecer después de su cena– el guardia le rociaba encima, humedad que encendía también el orgullo y júbilo de los esforzados “hombrécitos naranja”, mientras brindaban con cerveza en su complicada Tierra plagada de inundaciones.



Viajando con los **MEDIGAMES**

Los Juegos Mundiales de la Medicina y la Salud, MEDIGAMES, son un evento anual de una semana de duración, que se celebra desde 1978 durante el periodo estival europeo. Su sede varía año a año, siendo siempre ciudades con alto potencial turístico y buena infraestructura deportiva.

Desde su creación, esta reunión de profesionales de la salud en torno al deporte ha sido una posibilidad no sólo para la práctica deportiva y camaradería entre colegas, sino que también ha significado la posibilidad de viajar por los destinos más atractivos del mundo, conociendo lugares y culturas tan distintas a la nuestra. A continuación les presentamos dos de esas experiencias.

Un asiduo asistente a los MEDIGAMES Dr. Juan Carlos Bravo

He participado en las últimas cuatro versiones de los Juegos Mundiales de la Medicina (MEDIGAMES), a excepción del año 2010. Las particulares condiciones en que se desarrolla este evento permite vivir una excelente mezcla entre deporte y turismo, pudiendo aprovechar los viajes para recorrer los alrededores y sacar el máximo provecho a las oportunidades que brinda cada sede y país anfitrión.

Mi primer viaje, el año 2009, tuvo como sede la ciudad de Alicante, en la costa mediterránea de España, cerca de Valencia, con altas temperaturas y lindas playas. Participé, como después se hizo habitual, en fútbol y ajedrez, y la experiencia fue tan buena que transformó a esta olimpiada en una prioridad en los años venideros. Dado que la sede de los próximos juegos es conocida con mucha anticipación, es posible organizar un panorama turístico completo



Pamukale, Turquía. Medigames 2012.

a desarrollar antes o después de las competencias.

Mi segundo viaje, el año 2011, fue a Las Palmas de Gran Canaria, pudiendo disfrutar durante 3 semanas tras los Juegos.

Mi tercer viaje, el año pasado, fue a Antalya, Turquía, recorriendo toda la costa turca y la zona central de Capadocia du-

rante 3 semanas.

Este año, 2013, la competición se celebró en Zagreb, Croacia, pudiendo recorrer Eslovenia, Croacia, Austria y República Checa durante 2 semanas.

El próximo año los Juegos serán en Wels, Austria, y ya estamos planificando poder asistir y aprovechar todos los alrededores que ofrece este lugar.

La experiencia de participar en los Juegos Mundiales de la Medicina y la Salud es altamente recomendable para toda persona ligada al área de la salud que le encante el deporte y el turismo. Los invitamos a participar en futuras versiones de este encuentro.

Antalya, Turquía. Medigames 2012.



Bled, Eslovenia. Medigames 2013.



Herceg-Novi, Montenegro. Medigames 2013.

Mi primer viaje al extranjero Miguel Durante Mondaca Estudiante de Medicina UV

Hace cuatro años, cuando cursaba mi tercer año de Medicina, comencé a participar del equipo de fútbol del Colegio Médico regional. Durante este período he compartido con este grupo de médicos deportistas –muchos de los cuales además han sido mis profesores– en los partidos de los días sábados en la Liga de Santa Rosa de Colmo y en otras actividades de camaradería. Por medio de todos ellos, conocí acerca de su participación en los Juegos Mundiales de la Medicina, MEDIGAMES, y poco a poco me fui entusiasmando con la idea de sumarme algún día.

Este año, el grupo de médicos que lideraba la delegación regional que asistiría a Croacia a este encuentro deportivo me informó que había sido seleccionado para viajar con ellos gracias a una beca que financiaba el viaje y la estadía. Este beneficio había sido creado con el objeto de premiar a un alumno de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso que hubiera demostrado un alto compromiso con alguna de las actividades deportivas del Colegio Médico. Debo decir que me sentí enormemente afortunado y feliz de recibir esta oportunidad única, recono-



Con mi polola en el lago Jarun, Zagreb.



A orillas del Gran Canal, Venecia.



En el estadio Camp Nou, Barcelona.



En la catedral de la Sagrada Família, Barcelona.

ciendo además el gran apoyo y confianza que depositaron en mí para ser el primer seleccionado.

Para mí este viaje representa un regalo del cual estoy muy agradecido pues fue la primera vez que salí de Chile. He intentado encontrar las palabras que permitan describir mis emociones al conocer el Viejo Continente, todas las imágenes que pude asimilar, el valor arquitectónico y cultural de las ciudades que visité, la posibilidad de disfrutar paisajes tan diferentes a los que conocía.

Mi recorrido comenzó en Madrid, pasando por Barcelona (España), Milán (Italia), Lugano (Suiza), hasta finalmente llegar a Zagreb (Croacia). Me sorprendieron las edificaciones antiguas, muchas de ellas previas al descubrimiento de nuestro continente. Y tras los MEDIGAMES viajé a la hermosa ciudad de Venecia para luego terminar la travesía europea en Barcelona nuevamente. De todos estos lugares, mi favorito fue Barcelona, un lugar muy turístico, con una cultura exquisita y obviamente porque tuve el agrado de conocer el estadio Camp Nou del F.C. Barcelona.

Los MEDIGAMES, sin duda, han sido uno de los mejores momentos que he vivido, no sólo por el hecho de participar y jugar fútbol en un entorno maravilloso, sino por haber tenido la posibilidad de compartir con gente extraordinaria, que apoyó esta iniciativa y me acogió como uno más de la delegación, siempre preocupados de integrarme y constantemente velando por mi bienestar.

No puedo terminar sin agradecer a todos los médicos y amigos de la medicina que apoyaron esta beca. Espero poder trabajar para que este beneficio se consolide en el tiempo y pueda favorecer a muchos otros estudiantes para que participen y se comprometan con las actividades deportivas que organiza el Colegio Médico de Valparaíso.



Con el equipo de Colegio Médico Valparaíso, en nuestro primer partido en Zagreb.

MEDIGAMES, Zagreb 2013 Regional Valparaíso, la delegación chilena más exitosa en Croacia

Dr. Ignacio de la Torre Chamy

● Participar de los Juegos Mundiales de la Medicina (MEDIGAMES) es una notable experiencia. Para aquéllos que hemos podido asistir regularmente ha sido posible además comparar los éxitos deportivos y la calidad de la organización respecto de las versiones anteriores.

La versión 2013 de los MEDIGAMES tuvo lugar en Zagreb, Croacia, entre el 29 de junio y el 6 de julio. Y como ya es una tradición en estos eventos, las competencias deportivas se realizaron sin fallas, destacando la puntualidad y calidad de los espacios utilizados para cada una de las múltiples disciplinas deportivas.

Como representantes del Regional Valparaíso nos propusimos dos desafíos para esta versión de los MEDIGAMES. El primero fue becar a un estudiante de Medicina para que pudiera asistir con el apoyo de los mismos miembros de la delegación y cuyo testimonio podrán conocer en el artículo de "Médicos viajeros", en esta misma edición de *Panorama Médico* (Ver págs. 26-27). El segundo fue ampliar la delegación local en disciplinas distintas al fútbol. Logramos hacerlo y representamos a nuestro Regional también en ajedrez, atletismo, natación y triatlón. El resultado fue mejor de lo esperado, pues conseguimos 14 medallas (4 de oro, 5 de plata y 5 de bronce) y nos consolidamos como la delegación más exitosa de nuestro país.

Y tal como en años anteriores, los buenos resultados deportivos vinieron de la mano de la camaradería y solidaridad de todo el grupo, cualidades que hicieron aún más amenos nuestros días de competencia.



Los doctores Marietta Núñez, Aída Milinarsky y Sergio Fuentes.



El Dr. Fuentes recibiendo su medalla de natación.

Además de disfrutar de todas las atenciones de la organización del evento también tuvimos oportunidad de conocer la hermosa ciudad de Zagreb, que destaca por sus paisajes, gastronomía y toda la arquitectura y trazados urbanos que permiten disfrutar de muchas áreas verdes en medio de la ciudad, decoradas con preciosos jardines, estatuas y edificios que en su mayoría son herencia del Imperio austrohúngaro. Además, tuvimos la fortuna de estar en la capital croata durante el extraordinario evento de celebración del ingreso de Croacia a la Unión Europea.

En esta oportunidad quiero hacer un especial homenaje a un colega que con sabios consejos y motivadoras palabras ha conseguido fomentar el deporte entre los médicos de la región. Además de ser un gran atleta y poseer una excelente técnica de natación, también ha organizado carreras de fondo, una duatlón y seminarios deportivos con el objeto de difundir la actividad física en un gremio más bien acostumbrado al sedentarismo. Se trata del Dr. Sergio Fuentes, quien ha conseguido combinar la pediatría con el deporte de manera ejemplar, y en Croacia completó su tercera participación en MEDIGAMES, obteniendo 4

medallas y encumbrándose como el máximo exponente chileno del medallero de los los Juegos Mundiales de la Medicina. Ha competido principalmente en atletismo y natación, donde su entusiasmo y calidad le han hecho merecedor del respeto de los colegas de otras delegaciones. Ha estimulado a los colegas a incursionar en el triatlón, donde junto a la Dra. Aída Milinarsky han obtenido grandes éxitos. Ejemplos como los de Sergio nos ayudan a soñar con un Departamento de Deportes colmado de colegas que desean difundir sus actividades y también con la construcción de un Centro Deportivo que como Regional nos merecemos, idea que debe ser retomada como un desafío de los médicos de la región, como una herencia que legar a las nuevas generaciones de médicos y sus familias.

Para 2014 nos espera la ciudad austríaca de Wels, y para el Departamento de Deportes del Regional Valparaíso será un lindo desafío ampliar nuestra delegación, para que podamos llevar colegas que también nos representen en tenis y vóleybol. Y si logramos consolidar las becas de participación, será un gesto notable de los médicos de esta región para que sus futuros colegas sepan que la solidaridad y la fraternidad son bienes que solidifican nuestro gremio.



La Dra. Alejandra Guillón (primera de izquierda a derecha) en el podio de los 5 km.

Medallero 2013

Dr. Aída Milinarsky	2 Oro	Atletismo y natación
Dr. Sergio Fuentes	1 Oro - 2 Plata - 1 Bronce	Atletismo y natación
Dra. Alejandra Guillón	1 Oro - 1 Plata - 2 Bronce	Natación
Dra. Marietta Núñez	1 Plata - 2 Bronce	Natación
Dr. Juan Carlos Bravo	1 Plata	Ajedrez

COLMED Campeón de la Liga Apertura Colmo 2013 Un Campeonato para un León

Dr. Andrés Robertson Marty

En nuestra profesión, donde los turnos, visitas, compromisos de becados, pruebas y exámenes son algo habitual, conseguir una convocatoria adecuada y continua todos los sábados en la mañana es muy difícil. Por eso, lo conseguido por este grupo de médicos y estudiantes de Medicina, más algunos invitados de otras profesiones de la salud, familiares y amigos, es un merecido premio al esfuerzo y compromiso que llevan realizando durante ya casi 10 años en la Liga de Fútbol de Santa Rosa de Colmo, en Concón.

En una liga que ha mejorado mucho su nivel los últimos años, conseguir el título con las dificultades mencionadas parecía imposible. Sin embargo, la sed de triunfo y las ganas de dedicarle la victoria a quien fuera uno de los estandartes de este equipo en los últimos años –y que por problemas de salud lleva algunos meses hospitalizado–, hicieron que este grupo de amigos llegara a la última fecha peleando palmo a palmo la punta.

Así, el sábado 17 de agosto, el equipo del Colegio Médico se enfrentó a Estudiantes de la Plaza –que ostentaba el segundo lugar, con sólo 2 puntos de diferencia–, conjunto de gran nivel y que entre sus filas contaba con Joel Soto, futbolista que hasta junio pasado jugó en el fútbol profesional chileno.

En un complicado primer tiempo, nuestro equipo caía por 3-1 y el sueño del campeonato se veía lejano. El segundo tiempo mostró



¡Dale campeóon, dale campeóonnn!



Alzando la copa.

a un solo equipo en la cancha; un grupo de amigos que peleó cada pelota como si fuera la última y que dio muestras de un fuerte compañerismo, hicieron que el rival cediera el balón y se refugiara en su propio arco a proteger la diferencia obtenida. Con muy



Pioneras en el fútbol

Dra. Francisca Niemann Peralta

Motivadas por el gran desarrollo que ha tenido en nuestro país el fútbol femenino en los últimos años, por primera vez en la región un equipo femenino de Medicina decidió formar parte de una de las ligas que han surgido en la ciudad, la Liga Futbolais.

Con el anhelo de formar un grupo de amigas en torno al deporte, y siguiendo la experiencia del equipo masculino de COLMED, este grupo cuya base tiene origen hace algunos años en la Universidad de Valparaíso, donde sus fundadoras participaban en los clásicos campeonatos interescolar y en los JIM, desenterró los zapatos de fútbol del fondo de sus closets, volvió a unirse, buscó algunos refuerzos y se dirigieron con todo a la cancha.

El equipo, constituido por alumnas, médicos pediatras y becadas de ginecología, por algunas horas dejaron de lado los pacientes, libros, delantales, fonendos y turnos para tener un momento de camaradería y esparcimiento, y ser parte

Algunas de las integrantes del equipo. Adelante: Karina Joglar y Macarena Tobar. Detrás: María Jose Maluk, Sofía de la Barra, Cinthia Turrieta y Karina Michea.

buen fútbol, pasión y sed de triunfo, el equipo COLMED dio vuelta el marcador y con un gol de último minuto nuestro equipo consiguió el merecido 4-3 que le valió el título del campeonato.

Este triunfo lo dedicamos a todos quienes han sido parte de esta historia, que por razones de trabajo ya no están en la región o que por edad han pasado a formar parte de otras ligas. Pero, en especial, lo dedicamos a nuestro León, el Dr. Enzo Rivera, que aunque herido sabemos que pronto lo tendremos con nosotros para continuar con esta linda historia de un grupo de amigos reunidos en torno al fútbol.

de este evento histórico para la región.

Aunque no hubo copas, ni medallas para coronar esta gran iniciativa, los buenos momentos vividos en la cancha y fuera de ella, así como la calidad del grupo humano que se formó, son motivación suficiente para continuar con esta iniciativa en el futuro, y extender la invitación a quienes quieran participar de esta experiencia.



Nueva generación de consolas

El regalo más esperado para este año

Parece que fue ayer cuando a mediados de los años 2000 se lanzaron Xbox 360 y PlayStation 3, que hasta el día de hoy son los centros de entretenimiento para niños y adultos más utilizados en el mundo.

El tiempo no pasa en vano y este año nos aprontamos a recibir dos tremendas máquinas que prometen revolucionar el sector de entretenimiento casero, dejando atrás la idea de que las consolas son exclusivas para jugar, y evolucionando hacia verdaderos centros de entretenimiento multimedia. Se trata de PlayStation 4 (Sony) y Xbox One (Microsoft).



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



La primera pregunta que surge es cuál elegir. La respuesta más lógica para un fanático de los videojuegos sería "ambas", pero conscientes de que los recursos disponibles suelen ser limitados, trataremos

de realizar un análisis comparativo respecto de las características más importantes que nos pueden ayudar a decidir qué consola es la ideal para invertir o regalar este fin de año.

PRECIO

Los precios de lanzamiento en Estados Unidos son de US\$399 para PS4 y de US\$499 para Xbox One. En tanto, para Chile sólo se ha informado el precio oficial para PS4, que será lanzado el 29 de noviembre en \$329.000 (US\$645).

Si bien con el precio de Estados Unidos podríamos decir que PlayStation 4 saca ventaja, Xbox One tiene a su favor que su precio incluye la cámara de movimiento Kinect. En el caso de PlayStation 4, la cámara (PlayStation Eye) se vende por separado por otros US\$59.



Especificaciones PlayStation 4	Especificaciones Xbox One
CPU: AMD x86-64 Jaguar Octa-Core (8 núcleos)	CPU: AMD Custom x86-64 a 1.75 GHz por núcleo (8 núcleos en total)
GPU: AMD Radeon personalizada 1152 shaders @ 800 MHz (1,84 TFLOP/s)	GPU: AMD Radeon personalizada 768 shaders @ 853 MHz (1,23 TFLOP/s)
Memoria RAM: 8 GB, GDDR5	Memoria RAM: 8 GB, DDR3
Soporte: DVD Blu-Ray	Soporte: Blu-Ray
Almacenamiento: Disco 500 GB (reemplazable)	Almacenamiento: Disco 500 GB (reemplazable)
Formato de imagen: 1080p-4K	Formato de imagen: 1080p-4K
Conectividad: Wifi 802.11 b/g/n, Bluetooth 2.1, USB 3.0 y Ethernet	Conectividad: Wifi 802.11 n, USB 3.0 y Ethernet

JUEGOS

En relación a este punto no hay ganadores, pues ambas consolas comparten la mayoría de los juegos y tienen franquicias exclusivas que venden consolas por sí mismas, como Halo y Forza Motorsport en Xbox One, o Killzone, Gran Turismo y Uncharted para PS4.



En relación a este punto no hay ganadoras, los números duros dicen que PlayStation 4 es superior a Xbox One, aunque en la práctica ambas consolas correrán los juegos de manera similar (por no decir igual), por lo que inclinarse por una u otra sólo por el hardware, no tiene mucho sentido.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Este es el aspecto que más controversias genera entre los defensores de una consola u otra.

Para esta nueva generación, a pesar de que las características son casi iguales –casi 8 veces más potentes que

JUEGOS USADOS

En un principio, la gente de Microsoft dispuso que los juegos usados de Xbox One no se pudieran vender ni prestar, eliminando un gran mercado de compra y venta de segunda mano, o la simple acción de prestar un juego a un amigo no iba a ser posible. Hoy, sin embargo, y gracias a las múltiples criti-

cas de los fanáticos de Xbox, aquello es parte del pasado y el mercado de los juegos usados sigue tal cual como ha sido siempre.

MULTIMEDIA

Este aspecto tiene un claro vencedor: Xbox One. Ello, porque Microsoft le dio mucha importancia al desarrollo de la consola como un centro multimedia, gracias al gran desarrollo de esta segunda versión de Kinect (cámara de reconocimiento), con un potente software de reconocimiento de voz y movimiento.

Pese a todo, la elección no será fácil. Ambas consolas son increíbles, y dependerá únicamente de gustos personales, como juegos exclusivos, controles, cámara, interfaz o simplemente del presupuesto.

Lo que sí genera consenso entre los usuarios es que cualquiera de estas consolas será un excelente regalo de Navidad y probablemente se agote rápidamente en nuestro país.



Obituario



Dr. Orazio Bruzzone Figini

Hijo de inmigrantes genoveses, el Dr. Orazio Bruzzone nació el 11 de septiembre de 1929 en Valparaíso.

Recibió su título de médico en julio de 1954 en la Universidad de Chile. Tras realizar su especialización en Cirugía en el Hospital Valparaíso arribó hasta el Hospital San Martín de Quillota,

donde fue Jefe del Servicio de Cirugía por más de 20 años, fue Jefe de la Unidad de Emergencia, e incluso llegó a ocupar el cargo de Director Subrogante del establecimiento.

La habilidad quirúrgica que demostró siempre le valió el apodo de "Príncipe de la Cirugía" entre sus pares y coetáneos, entre los que destaca el doctor Jorge Kaplán, así como entre los muchos médicos jóvenes que tuvieron la suerte de aprender de él.

Paralelo a su trabajo como médico desarrolló otras múltiples actividades. Fue un destacado dirigente del club deportivo San Luis de Quillota entre 1977 y 1983, y lideró mesas directivas en los años en que los canarios lideraban los torneos profesionales. En 1989, fue postulante a diputado por el actual Distrito 10, recibiendo 17.678 votos, lo que no le alcanzó para ser electo. Fue socio del Club de Jardines y socio fundador de la Corporación de Amigos del Hospital San Martín, entidad de la que fue presidente y director honorario. Esta institución lo reconoció el año 2007 al bautizar con su nombre la Sala de Espera del subterráneo del recinto asistencial.

EL Dr. Bruzzone falleció el 29 de julio de este año. Viudo hace algunos años de Gilda Figueroa, le sobreviven 2 hijos y 5 nietos.

Dr. Luis Zapico Rodríguez

El Dr. Luis Zapico nació el 18 de noviembre de 1937 en su casa del Pasaje Cousiño en Valparaíso. Sus estudios primarios y secundarios los cursó en los Padres Franceses de Viña del Mar, y estudió Medicina en la Universidad de Chile, de donde se tituló en mayo de 1965.

Tras recibirse fue médico general de zona en el Hospital San José de Melipilla. Posteriormente, realizó su beca de Cirugía en el Hospital San Juan de Dios y luego se desempeñó en el Hospital Félix Bulnes y el Hospital del Salvador.

Mediante concurso volvió a la Región de Valparaíso para desempeñarse en los Hospitales Gustavo Fricke y en la posta del Hospital Van Buren. El 11 de septiembre de 1973 marca el fin de su trabajo en la posta porteña y a partir de entonces se desempeña sólo en la del hospital viñamarino, donde llegó a ser Jefe del Servicio de Urgencia en tres oportunidades.



Paralelo a su trabajo en el Hospital Fricke fue médico en Carabineros de Chile por más de 20 años, institución de la que se retiró con el grado de Mayor. También mantuvo una consulta privada y trabajó en la Corporación Municipal de Quilpué hasta 2004, momento en que decide jubilar.

Fue uno de los médicos fundadores de la Asociación Gremial de Cirujanos de la región, profesor de la cátedra de Cirugía en la Universidad de Chile sede Valparaíso, y presidente de la Fundación Lucas Sierra.

Su familia lo recuerda como un hombre alegre, que se llevaba bien con todos quienes lo conocían, que gustaba de la pesca, el ajedrez, la filatelia y el piano.

El lamentable deceso del Dr. Luis Zapico se produjo el 16 de agosto pasado. Le sobreviven su esposa, 4 hijos y 9 nietos.

Concurso de Cuentos 2013

Tema: LIBRE

JURADO:

Marcelo Simonetti.

Periodista y escritor.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán.

Médico y escritor.

Dr. Humberto Verdugo Marchese.

Director de revista Panorama Médico.

PREMIOS:

Primer lugar: 2 pasajes a Buenos Aires.

Segundo lugar: 1 Kindle Paperwhite Wifi.



CONCURSO DE FOTOGRAFÍA

2013

Tema:
La belleza en la medicina

JURADO:

Rodrigo Gómez Rovira.

Fotógrafo profesional, director del Festival Internacional de Fotografía de Valparaíso.

Dr. Víctor Caffarena Hernández.

Médico y fotógrafo.

Dr. Humberto Verdugo Marchese.

Director de revista Panorama Médico.

PREMIOS:

Primer lugar: 2 pasajes a Buenos Aires.

Segundo lugar: Ipad mini 16Gb.

Las 12 imágenes finalistas (incluidos Primer y Segundo lugares) recibirán un diploma y formarán parte del calendario oficial 2014 del Consejo Regional Valparaíso.



- 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 CONTÁCTESE CON NOSOTROS



Plazo para el envío de trabajos: **Lunes 11 de noviembre de 2013.**
La premiación se realizará durante la celebración del Día del Médico 2013.
Descargue las Bases en www.colegiomedicovalparaiso.cl

Colegio Médico de Chile
Consejo Regional Valparaíso



CECILIA RAMOS
Ejecutivo Comercial

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

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

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



perfecto
para usted