

PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 26 N° 106 / Junio 2016

Viña del Mar:
Hospital Naval constituye
su primer Capítulo Médico

Movilización:
La salud es un derecho

Ética:
La degradación del acto
médico y sus consecuencias

**La falta de una política
nacional de medicamentos**



VIÑA DEL MAR / AV. LIBERTAD ESQ. 6 NORTE



LIBERTAD
500

BUSINESS . OFFICE . HOTEL

NOVOTEL
HOTELS & RESORTS

La libertad de
hacer buenos negocios
y descansar
sin perder el norte

HOTEL . OFICINAS . LOCALES COMERCIALES

VENTAS / INFORMACIONES

C: + 56 / 977690967

asilva@playamansa.cl

WWW.PLAYAMANSA.CL

Playa Mansa
GRUPO INMOBILIARIO



Las imágenes contenidas en este anuncio son referencias. La información en virtud de lo dispuesto en Ley N.º 19.472

Palabras del presidente



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

Crisis de isapre Masvida, una mala señal

El Colegio Médico ha sido muy crítico del sistema de isapres, por una serie de causas tales como las carencias, preexistencias, fijación arbitraria de aranceles de prestaciones, modificación unilateral de los precios de los planes de salud y, sobretodo, por la abierta violación de la ley como lo es la integración vertical con clínicas y centros de atención usando diversos sistemas de triangulación de la propiedad y del manejo financiero y administrativo del cual el Estado (Fiscalía Nacional Económica e Intendencia de Prestadores de Salud) no ha querido hacerse cargo.

Sin embargo, también es cierto que el gremio ha reconocido que este sistema constituye una parte importante de los ingresos de muchos colegas en la medicina

privada, amén de que la inmensa mayoría se encuentra además afiliado a alguna de estas instituciones junto con sus familias, especialmente a dos de éstas que tienen planes especiales de carácter colectivo grupal para los médicos.

En este contexto, lo que está ocurriendo con la isapre Masvida es muy preocupante, ya que tiene como afiliados a un alto número de colegas en un plan grupal de buenas coberturas y costos más bajos que el promedio.

Sea cual sea la causa de la situación que la ha llevado financieramente al borde de la quiebra, y que ha motivado que su directorio haya decidido buscar un socio inversionista y venderle el 50,5% de la institución, el Colegio Médico busca

preservar el Plan Médico y sus beneficios, ofreciendo asesoría legal a quienes sean afiliados y lo soliciten. Asimismo, llama a que haya mayor transparencia entre los dueños y su directorio –presidido por el Dr. Claudio Santander– con sus socios reunidos en las 84 sociedades de inversión que alegan falta de información y tomas de decisiones sin el conocimiento de los socios.

Si esta isapre, que se autodenomina la “isapre de médicos”, llega a desaparecer se producirá un dramático efecto en los beneficiarios médicos que deberán emigrar a otras isapres, con planes individuales más leoninos, o bien emigrar a Fonasa. También habrá efectos impredecibles en el sistema privado de atención de salud. Esperemos que no suceda.

En esta edición

Junio 2016

Editorial

Palabras del Presidente

Crisis de isapre Masvida, una mala señal

1

Editorial

Las eternas deudas con la salud

3

Gremial

Movilización: La salud es un derecho

4



Asamblea Arica 2016

6

La necesidad de una política nacional de medicamentos

8

Timbraje de recetas se aplaza hasta 2017

11

Tiempo de saldar una deuda pendiente

12

Hospital Naval constituye su primer Capítulo Médico

14

Regional Valparaíso dicta primer curso-taller de Bioética

17

Capítulo Valparaíso de Residentes Chile dio la bienvenida a médicos residentes de la zona

19

Ética

La degradación del acto médico y sus consecuencias

22



Historia de la medicina

Las fuentes de la medicina islámica medieval

24

Médicos escritores

"El padre, el cura y el médico"

Dra. Jocelyn Cortés

27

Misceláneo

Descubriendo la astronomía (VI parte)

30



Obituario

32

Las eternas deudas con la salud

Nuestro país ha venido avanzando en las últimas décadas a un ritmo que nunca antes había experimentado, múltiples indicadores tales como PIB, el ingreso *per cápita*, niveles de pobreza y otros han mostrado un alza significativa, así también la cantidad de personas que pueden acceder a vivienda, crédito, educación superior, etc. Pasamos a formar parte del exclusivo club OCDE, y así un sinfín de hitos que acreditan nuestro progreso. Sin embargo, al margen del aumento de la desigualdad –que no pretendo discutir acá–, hay un concepto que no ha evolucionado de la misma manera y que permanece abandonado por las autoridades: la salud pública.

Si bien los indicadores específicos como mortalidad infantil y otros han mejorado (nunca fueron malos en Chile), el acceso a una salud de calidad y una atención digna ha venido en decadencia. Cada vez están más atochados los consultorios y servicios públicos, las listas de espera para cirugías electivas son infinitas (a pesar de algún maquillaje esporádico pre-eleccionario comprando servicios privados), la construcción de hospitales demorada por cuestionar el sistema de concesiones (¿se habrán cuestionado también si reconstruyen el muro de Berlín?). Los recursos con que cuentan los médicos del sector público son frecuentemente insuficientes para desarrollar una salud de primer nivel como la que podríamos otorgar de acuerdo a nuestro nivel de competencia, lo que muchas veces desmotiva a los colegas quienes terminan abandonando el servicio público, dejándolo en manos de extranjeros o de médicos con poca experiencia, quienes prontamente siguen los pasos de sus antecesores.

Recientemente, y no sin pocas dificultades –movilización incluida– el Colegio Médico firmó un nuevo acuerdo con el gobierno en beneficio de los profesionales de la ley médica –en la que ahora se incluye a dentistas y químico farmacéuticos–, y en la que se plantean importantes mejoras para el ejercicio profesional, las que esperamos sirvan de incentivo de permanencia de los colegas en la salud pública. Una buena noticia. La mala es que siguen quedando fuera de toda negociación los médicos de las Fuerzas Armadas, Carabineros, Gendarmería, el Servicio Médico Legal y las universidades que no se desempeñan en los Servicios de Salud. Del mismo modo, sigue pendiente la deuda con la Atención Primaria, entre otras materias.

El Colegio Médico da una lucha permanente que a ratos se vuelve agotadora. No es fácil llevar a cabo la labor gremial cuando el gobierno no tiene en su agenda solucionar los problemas de salud. No hay peor sordo que el que no quiere oír. Es difícil conseguir logros con un gobierno que promete mucho, pero cumple poco, y que lentamente nos lleva hacia el populismo.



Dr. Humberto Verdugo Marchese.
Director Panorama Médico.

PANORAMA MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 26 – Número 106 – Junio 2016 / **Director:** Dr. Humberto Verdugo Marchese / **Comité editorial:** Dr. Eduardo Bastías, Dr. Juan Eurolo, Dr. Frano Vazón. / **Colaboradores:** Dr. Eduardo Bastías, Dr. Vicente Carrillo, Dra. Jocelyn Cortés, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia / **Editores periodísticos:** Sandra Valenzuela Torres, comunicaciones.colmedvalpo@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@colegiomédico.cl, reg.valparaiso@gmail.com / **Sitio Web:** www.colegiomédicovalparaiso.cl / **Diseño e impresión:** Empresa El Mercurio de Valparaíso S.A.P. / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.



#LaSaludEsUnDerecho

Los Gremios se movilizan

Médicos, dentistas, químico farmacéuticos y bioquímicos se manifestaron en todos los hospitales públicos de la región y el país para exigir una mejor salud para Chile.

Bajo el lema “La salud es un derecho”, el 7 de abril –Día Internacional de la Salud– en todo Chile los Colegios Médico, de Cirujano Dentistas, de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos se manifestaron para exigir que el gobierno dé prioridad a los temas de salud pública.

En nuestra región, los profesionales organizaron asambleas en las que dialogaron respecto de las falencias que a diario ven en sus centros hospitalarios y que atentan contra la calidad de salud que se le entrega a los pacientes.

En el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso los profesionales coincidieron en que gran parte de la crisis tiene que ver con falta de insumos, equipamiento, infraestructura, medicamentos y exámenes, y en general con la falta de condiciones mínimas para entregar una atención realmente de calidad a los pacientes.

Así lo indicó también el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, quien indicó que son diversas las medidas que pueden aplicarse para salir de la crisis, “pero una de las más importantes es que se necesita una gran reforma a la salud pública, un pacto social que abarque todos los ámbitos, público y privado, y a todos los actores, incluidos los pacientes”.

En el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar el consejero nacional del Colegio



Hospital Carlos van Buren.

Médico y presidente de la Asociación de Funcionarios Médicos, Odontólogos y Químico Farmacéuticos (AFUMOQ), Dr. Hugo Reyes, sostuvo que “en Chile hay 1 millón 500 mil personas esperando una primera atención de especialista y hay 240 mil pacientes esperando intervención. Eso es una vergüenza”.

Otras asambleas similares y manifestaciones se desarrollaron en todos los hospitales de la región, mientras que en el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, los profesionales decidieron parar la atención durante la mañana, sin que ello afectara la atención de los pacientes que llegaron a la Unidad de Urgencia del establecimiento.

Tras las asambleas, los dirigentes hicieron llegar una carta a las autoridades de salud en la región –seremi y directores de los servicios de salud–, resumiendo las demandas de los gremios en los siguientes puntos:

– LA SALUD DEBE SER PRIORIDAD PARA EL ESTADO

Es necesario terminar con la improvisación e impulsar una política de Estado de largo plazo que garantice que la salud sea un derecho universal plenamente ejercido por nuestros compatriotas. Para llevar adelante esta tarea, es fundamental que las autoridades de salud basen su quehacer en criterios técnicos y no



Hospital Gustavo Fricke



Hospital de Peñablanca.



Hospital de Quilpué.

políticos, con perspectiva de Estado, sin ceder a presiones económicas que obligan a escatimar en gastos y no permiten dar prioridad a la salud.

– ATENCIÓN OPORTUNA Y PARA TODOS LOS CHILENOS

Se debe reforzar la atención primaria, dotar de equipos de salud con profesionales calificados, tanto en el sistema público como en el privado, en todos los rincones de Chile. Se debe, además, dotar de mayor presupuesto para que FONASA amplíe coberturas, y terminar con las preexistencias y con todo tipo de discriminaciones y alzas de planes injustificadas por parte de las isapres. Asimismo, se debe contar con una política justa de acceso a medicamentos de calidad, con seguridad y eficacia, y a precio razonable.

– CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Se necesitan las herramientas para que los pacientes reciban su diagnóstico y tratamiento, en cada una de sus etapas. Para dar salud se requiere terminar con situaciones como la falta de exámenes, la falta de camas para hospitalizar, la carencia de medicamentos o la falta de talonarios para extender recetas o licencias.



Médicos APS también exigen mejor salud

Los médicos de consultorios y centros de salud familiar de Viña del Mar, junto a los demás funcionarios agrupados en la CONFUSAM y con el apoyo de la Unión Local de los Consejos de Salud, paralizaron el 30 de marzo para denunciar una serie de carencias en recursos técnicos y operativos, expresadas en la falta de insumos para los centros dependientes de la corporación municipal viñamarina.

Luego de dos semanas de paro, el 12 de abril los gremios asociados aceptaron la oferta del municipio y firmaron un acuerdo que puso fin a la movilización.

El movimiento en defensa de la salud primaria consiguió el pago de 600 millones de pesos este año para insumos y medicamentos, y 600 millones más que serán entregados en cuatro cuotas durante 2017.

Asamblea Anual del Colegio Médico



Los días 21 y 22 de abril se dieron cita en la ciudad de Arica, más de un centenar de dirigentes de todo Chile en la Asamblea Anual de la Orden.



La primera jornada de asamblea se inició con las cuentas de gestión, que fue encabezada por la presentación del presidente de la Orden, Dr. Enrique París, quien resumió las actividades desarrolladas entre abril de 2015 y abril de 2016, y continuó con la exposición de los estados financieros, el Fondo de Solidaridad Gremial, la Fundación de Asistencia Legal y la Fundación de Asistencia Tributaria. El discurso del presidente de la Orden estuvo marcado por el homenaje realizado a la Dra. Magali Pacheco, vicepresidenta del Colegio Médico, ante los problemas de salud que enfrenta actualmente, y a quien la Asamblea entregó su total respaldo y apoyo para que supere el complicado momento que atraviesa.

A continuación, expusieron las agrupaciones nacionales de Médicos Generales de Zona, Médicos de Atención Primaria y Médicos Residentes Chile, quienes junto con detallar las actividades que realizaron a lo largo del año, relevaron la importancia de avanzar en mejorar las condiciones laborales y el acceso a los insumos e infraestructura necesarios para poder desempeñar su labor. También se presentó un proyecto para formar una Agrupación de Médicos Mayores a nivel nacional, ampliando así la que actualmente funciona en Santiago.

El tesorero general, Dr. Sergio Rojas, junto al abogado jefe de la institución, Adelio Misseroni, presentaron los hitos y avances de la negociación Colmed-Minsal por los nuevos beneficios y el incentivo al retiro al cual se sumaron odontólogos, bioquímicos y químico farmacéuticos. El acuerdo, que fue catalogado como beneficioso para el gremio, fue sometido a votación de la asamblea y aprobado por amplia mayoría.

Posteriormente, se realizó la asamblea extraordinaria para la modificación de estatutos en la que se acordó entregar voz y voto en el Consejo General para la agrupación Residentes Chile.

La segunda jornada estuvo marcada

por el análisis y la toma de acuerdos de temas de relevancia tanto para el país como para el trabajo médico.

Se desarrollaron cuatro mesas temáticas que permitieron fijar posición del gremio: Exámenes habilitantes para ejercer la medicina y reconocimiento de especialidades en Chile; Formación de especialistas: problemática y acuerdos; Carrera funcionaria; y Valorización del trabajo médico.

Para finalizar, se dio espacio para que Consejos Regionales y Departamentos técnicos informaran sus actividades realizadas y además plantearan su plan a futuro. El último en presentar fue el Consejo Regional Temuco, quien además presentó su región como sede para el próximo encuentro de los dirigentes, lo que fue aprobado por unanimidad.

Acuerdos Asamblea General Ordinaria

ACUERDO N° 1: La Asamblea General del Colegio Médico de Chile, por la unanimidad de los miembros presentes, rechaza la renuncia presentada por la Dra. Magali Pacheco Méndez a la vicepresidencia de la Orden y aprueba su continuidad en el cargo con la correspondiente licencia médica gremial.

ACUERDO N° 2: En cumplimiento de lo establecido en el artículo 14 del D.L. N° 2757, de 1979, se aprueba, por unanimidad de los miembros presentes, el Balance del Colegio Médico de Chile (A.G.), debidamente controlado por auditores externos.

ACUERDO N° 3: Se aprueba por 59 a favor, 3 en contra y 3 abstenciones la publicación en la página web institucional de todos los honorarios o compensaciones económicas que perciban los dirigentes del Colegio Médico de Chile y de las entidades relacionadas, los que podrán ser consultados por los médicos colegiados ingresando con su respectiva clave.

ACUERDO N° 4: Se aprueba, por 59 votos a favor y 4 abstenciones, proponer al H. Consejo General las modificaciones reglamentarias que reconozcan al Fondo de Solidaridad Gremial autonomía e independencia en su administración financiera.

ACUERDO N° 5: Por 53 votos a favor, 3 en contra y 5 abstenciones, aprueba la propuesta de modificaciones al proyecto de ley que modifica las leyes 15.076 y 19.664, actualmente en tramitación en la Cámara de Diputados (Boletín 10490-11), que a continuación se detallan:

Incrementa la Asignación de Reforzamiento Profesional Diurno, de un 23% a un 28% del sueldo base para los profesionales de la Etapa de Destinación y Formación, y de 92% a un 108% del sueldo base para los de la Etapa de Planta Superior, todo ello con la gradualidad que previene el articulado transitorio.

Se crea para los profesionales una Asignación por Especialidad que retribuye la condición de mantener inscrita en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud una determinada especialidad o sub especialidad médica. El monto de esta asignación variará según si se trata de jornadas de 44, 33 o 22 horas semanales o bien de 11 horas semanales, de un 40% a un 10% del sueldo base, respectivamente, todo ello con la gradualidad que previene el articulado transitorio.

Cronograma de entrada en vigencia de los beneficios:

Etapa de Destinación y Formación:
- A contar del 1 de enero y hasta el 31 de diciembre del año 2016: 26%
- A contar del 1 de enero del Año 2017, en adelante: 28%

Etapa Planta Superior:
- A contar del 1 de enero y hasta el 31 de diciembre del Año 2016: 101%
- A contar del 1 de enero del Año 2017, en adelante: 108%



Asignación de permanencia para especialistas médicos
A contar del 1 de enero y hasta el 31 de diciembre del Año 2016:
- 44, 33 y 22 horas: 25%
- 11 horas: 5%

A contar del 1 de enero del Año 2017, en adelante:
- 44, 33 y 22 horas: 40%
- 11 horas: 10%

Además se aprueba incorporar las siguientes materias en el proceso de negociación con el Ministerio de Salud:

- Revisión de condiciones funcionarias de los profesionales que inician su beca de formación y posteriormente continuarán desempeñándose en los Servicios de Salud, en la perspectiva de reconocer la calidad de funcionario público.

Se constituirá en 30 días una mesa de trabajo que incluirá al Colegio Médico, Colegio de Cirujanos Dentistas y sus agrupaciones de Residentes.

- Instancia de análisis y evaluación de las condiciones laborales de los profesionales funcionarios de la Atención Primaria de Salud. Se constituirá en un plazo de 30 días una mesa de trabajo con todos los actores relevantes.

ACUERDO N° 6: Se acuerda solicitar al Ministerio de Salud la extensión de los beneficios que establece el proyecto de ley que modifica las leyes 15.076 y 19.664, actualmente en tramitación en la Cámara de Diputados (Boletín 10490-11), a los profesionales de los establecimientos asistenciales de carácter experimental.

ACUERDO N° 7: Por 61 votos a favor, 1 en contra y 2 abstenciones la Asamblea General acuerda promover la formación de agrupaciones de médicos mayores a nivel regional.

ACUERDO N° 8: Se acuerda por 59 votos a favor y 3 abstenciones, que la presidenta de la Agrupación de Médicos de Atención Primaria, Dra. Inés Guerrero, lidere la mesa de trabajo Colmed-Minsal sobre Atención Primaria, en la que participará por nuestra institución, además,

el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo.

ACUERDO N° 9: Se acuerda por 58 votos a favor y 2 en contra que el presidente de la Agrupación de Médicos Residentes, Dr. Eugenio Grasset, lidere la mesa de trabajo Colmed-Minsal para el reconocimiento de la calidad de funcionarios públicos de los médicos becarios.

ACUERDO N° 10: Por 63 votos a favor y 1 abstención, aprueba los siguientes puntos, que corresponden a propuesta del Departamento de Formación y Acreditación:

- 1.- Debe existir un examen habilitante posterior al título de médico obtenido en Chile o en el extranjero.
- 2.- Debe ser exigido en el sistema público y también en el privado sin excepción. Suprimir resquicios legales.
- 3.- Los médicos titulados de escuelas nacionales acreditadas continuarán eximidos de la parte práctica del examen.
- 4.- Los contenidos del examen deberán ser revisados por los canales definidos reglamentariamente, buscando su congruencia con la APS.
- 5.- Se apoya la idea de externalizar el examen de ASOFAMECH, pero no debe radicarse en el Ministerio de Salud. El Colegio Médico está disponible para ese estudio.
- 6.- El Estado debe financiar el examen. Los médicos titulados en el extranjero no deben ser eximidos de su contribución.

ACUERDO N° 11: Se aprueba por 45 votos a favor, 20 en contra y 1 abstención que los especialistas titulados en el extranjero sean evaluados por CONACEM y si aprueban, puedan ser liberados del EUNACOM.

ACUERDO N° 12: Por 55 votos a favor, 4 en contra y 2 abstenciones, se aprueba la creación de un Observatorio de Formación de Recursos Humanos y exigir al Ministerio de Salud la activación de la Comisión Nacional Docente Asistencial.

ACUERDO N° 13: Se aprueba, por 53 votos a favor, 1 en contra y 1 abstención;
1.- Solicitar a los Servicios de Salud iniciar

los procesos relacionados con la asignación de responsabilidad, a la brevedad.

- Organigrama por resolución
 - Concursos internos
- 2.- Organizar a nivel local los porcentajes de asignación de responsabilidad, según organigrama, hasta el nivel más bajo, es decir jefes de equipo (Reglamento 841-2000).

ACUERDO N° 14: Se acuerda, por 34 votos a favor y 31 en contra votar en bloque la propuesta de acuerdos presentados por la mesa sobre Valorización del Trabajo Médico

ACUERDO N° 15: Se acuerda por 35 votos a favor, 27 en contra y una abstención:

- 1.- Solicitar a la Presidencia de la República que aborde la discriminación remuneracional que hoy afecta a los médicos frente al mismo trabajo e incluso frente a la misma ley.
- 2.- En cuanto a la docencia: abordar la discriminación en la docencia e instar por el reconocimiento de los grados académicos de la formación médica.
- 3.- Fortalecer las instancias gremiales que representen los intereses del médico en su desarrollo laboral, en sus requerimientos en lo público, privado e institucional.
- 4.- Respaldo a las organizaciones privadas de médicos.
- 5.- Elaborar estrategias efectivas para la permanente defensa de aranceles reales y justos.
- 6.- Enfrentar la invisibilización del médico, mediante la defensa de la Libre Elección, no más listas cerradas para pacientes y para profesionales.
- 7.- Defender el ejercicio privado de la medicina como fuente laboral de desarrollo y formación.
- 8.- Promover un vínculo permanente entre el Colegio Médico y el Poder Legislativo.
- 9.- Impedir el avance de la desmedicalización del acto médico en lo público y en lo privado.
- 10.- Fortalecer e incentivar la participación de los médicos a nivel nacional y de Consejos Regionales, promoviendo la capacitación ética, la actualización reglamentaria e impulsando una mayor apertura de estos tribunales a los pacientes.
- 11.- Potenciar las áreas comunicacionales e implementar estrategias que enaltezcan la imagen médica (TV, operativos, radio, etc.).
- 12.- Dado que la realidad del ejercicio médico en el ámbito internacional presenta las mismas características de desvalorización del acto médico, participar de manera protagónica para aunar esfuerzos para establecer estrategias comunes en las instituciones gremiales regionales e internacionales con el fin de enfrentar este tema.
- 15.- Presentar un proyecto de ley que tipifique la atención contra el personal de salud.
- 16.- Participar como Colegio Médico en todos los temas sanitarios a través de todas las instancias establecidas para la nueva Constitución de la República.

ACUERDO N° 16: Se acuerda por 49 votos a favor, 2 en contra y 2 abstenciones estudiar la factibilidad económica de adquirir un predio de 850 hectáreas en la Región de Aysén, cuyo costo sería de aproximadamente 680 millones de pesos.

ACUERDO N° 17: La Asamblea General del Colegio Médico de Chile acuerda que su próxima reunión se realizará en la ciudad de Pucón.

La necesidad de una política nacional de medicamentos

En el marco de la discusión del proyecto de Ley de Fármacos II, el consejero nacional por Valparaíso Dr. Hugo Reyes expuso ante la Comisión de Salud del Senado.

Hasta la Comisión de Salud de la Cámara Alta llegó en representación del Colegio Médico de Chile, el consejero nacional por Valparaíso, Dr. Hugo Reyes, para exponer la perspectiva del gremio en relación al proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos (Boletín N° 9914-11), conocida como Ley de Fármacos II.

Ante la presencia de la ministra de Salud, Dra. Carmen Castillo, y el subsecretario de Salud, Dr. Jaime Burrows, el Dr. Reyes inició su exposición presentando el contexto nacional, donde dejó en evidencia la total ausencia de una política nacional de medicamentos con objetivos a mediano y largo plazo. “Tenemos la

Ley de Fármacos de 2014, el Fondo de Farmacia (FOFAR), la Ley Ricarte Soto, las farmacias populares, y ahora una Ley de Fármacos II. Es decir, hay un completo desorden, no hay una política de fondo en el tema de medicamentos en Chile”, manifestó.

El dirigente agregó que “además, hay fármacos sin equivalencia comprobada, por lo tanto tenemos fármacos de primera y segunda categoría; tenemos bajo porcentaje de bioequivalentes, apenas un 29% del total de fármacos; el Formulario Nacional, que debería estar vigente y disponible, no está actualizado, la última versión es de 2010”.

Otro de los temas que preocupan al Colegio Médico dice relación con el enorme gasto de bolsillo que tiene nuestro país, con un 37,3% del gasto total en salud (según informe de Fonasa de 2013), siendo el más alto de la OCDE. Esto significa que cada familia chilena gasta aproximadamente cerca de un 5% de su presupuesto familiar mensual en medicamentos. “En ese sentido, creemos que el Estado debiera pagar estudios de bioequivalencia para tener a disposición de la gente medicamentos más económicos, seguros y de calidad comprobada. Los bioequivalentes en los países desarrollados llegan casi a un 70% y nosotros apenas alcanzamos el 30”.

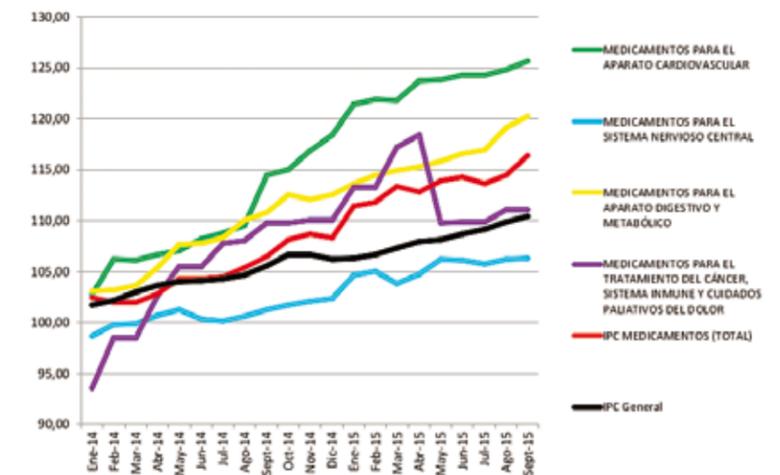
885 productos bioequivalentes (29% del total de medicamentos)

Corresponden a 143 principios activos y 57 tratamientos de patologías

(Fuente: ISP)



Índice de precios de medicamentos



Entre enero 2014 y septiembre 2015 el IPC general subió un 10%, mientras que el IPC de medicamentos lo hizo en más de un 15%. El precio de los medicamentos cardiovasculares se incrementó en un 25% y el de los medicamentos para el aparato digestivo lo hizo en casi un 20%. Sólo el precio de los medicamentos neurológicos se mantuvo por debajo del IPC. (Fuente: INE)

automatizados de dispensación existente en los servicios clínicos.

- Supervisar el funcionamiento de la farmacia de hospitalizados.
- Monitorear el almacenamiento de medicamentos en servicios clínicos.
- Revisar solicitudes de compra de fármacos extraordinarios de pacientes hospitalizados.
- Supervisar el proceso de devolución de medicamentos realizado por los servicios clínicos.
- Supervisar la dispensación de medicamentos de farmacia de hospitalizados.
- Atención farmacéutica y resolución de consultas sobre medicamentos del personal de salud.

El Dr. Reyes también criticó que no se cumpla el artículo 129-a del Código Sanitario, que estipula que los hospitales de alta complejidad deben contar con un químico farmacéutico de turno. Este profesional cumple con una serie de importantes funciones, tales como:

- Supervisar el uso racional de fármacos en los servicios clínicos.
- Realizar tareas específicas en equipos

Por otro lado, también llamó la atención acerca de lo que ocurre en las clínicas privadas, donde los medicamentos tienen un altísimo recargo. “¿Quién regula?, ¿quién controla el precios de los medicamentos y los dispositivos médicos en las clínicas? Es un tema que está completamente ausente del proyecto actual”, aseguó.

En definitiva, el Dr. Reyes afirmó que Chile debiera tener como objetivos sanitarios los siguientes:

- Tener una política de medicamentos a largo plazo.
- Garantizar el acceso a medicamentos, seguros, eficaces y de calidad.
- Aumentar a corto plazo los medicamentos genéricos-bioequivalentes existentes.
- Prohibir los genéricos no bioequivalentes que no tengan eficacia terapéutica ni seguridad demostrada.
- Disminuir el gasto de bolsillo.
- Empoderar a la CENABAST como proveedor, aplicar reingeniería en gestión y logística.
- Exigir el buenas prácticas en la manufacturación de medicamentos (35-40% de plantas en Chile no cumplen).
- Disminuir la asimetría de la información (médico/paciente/químico-farmacéutico).
- Regular el mercado farmacéutico para evitar oligopolios, integración vertical y colusión.
- Política de contención de costos.

En relación a la política de contención de costos, el consejero propuso medidas similares a las que se aplican en países desarrollados:

a) Políticas de regulación de precios:
 - Precios de patentes, de fábrica y de genéricos.
 - Reducción de márgenes a distribuidores.
 - Reducción del IVA.
 - Compra en conjunto con países de la región.
 - Presión sobre precios de marca.

b) Políticas de reembolso:
 - Implementar políticas ETESA (Evaluación de Tecnología Sanitaria) para verificar costo/ efectividad.

c) Políticas que aprovechan la salida de patentes:
 - Implementación de prescripción por DCI (Denominación Común Internacional).
 - Incentivo a prescribir genéricos bioequivalentes.
 - Incentivo a farmacias a dispensar genéricos bioequivalentes.
 - Información a pacientes.

Por otro lado, sostuvo que falta regulación respecto de las anomalías del mercado farmacéutico, por lo que espera que haya voluntad para legislar en pos de evitar irregularidades tales como oligopolios, monopolios, integración vertical y colusión.

UNA POLÍTICA DE TRATAMIENTO MÉDICO-FARMACOLÓGICO

Tras la exposición en la Comisión de Salud del Senado, el tema fue discutido también en el Consejo Regional Valparaíso.

Para el consejero regional, Dr. Ignacio de la Torre, todo se resume finalmente en que no existe una política del tratamiento médico-farmacológico en Chile. “Cuando hablamos de que no hay una política de medicamentos, en realidad lo que no hay es una política de tratamiento médico-farmacológico. Fonasa bonifica la atención de salud, la prestación quirúrgica, el tratamiento kinésico y nutricional, pero no bonifica el tratamiento médico. Sí existen medicamentos que están cubiertos, como las inmunizaciones, los medicamentos para pacientes de la Atención Primaria o los beneficiario del AUGE/GES, pero se necesita una definición sobre el rol de Estado frente a los tratamientos médicos”, afirmó.

Así, entonces, lo que se necesita es una definición política respecto de si Chile quiere o no ser un país donde los medicamentos se consideren parte del tratamiento. “Pero ésa es una definición ideológica. Es una enorme discusión de salud pública, y una vez que aclaremos ese punto el paso siguiente es decidir cómo lo hacemos: cuánta plata tenemos, cómo la distribuimos, cómo hacemos para ser más eficientes, para dar mayor cobertura, etc. Porque muchas de las medidas que hoy se toman vienen a corregir un defecto, pero el defecto se origina por no hacerse cargo”.



Dr. Hugo Reyes en su exposición ante la Comisión de Salud del Senado.



Son muchos los aspectos del proyecto de ley que es necesario corregir, y si bien ya se perdió la oportunidad de hacer más indicaciones en el Senado, aún existe

la posibilidad de hacerlo en la Cámara de Diputados en las próximas semanas, cuando la iniciativa legal se discuta en esta instancia parlamentaria.

A la sesión de la Comisión de Salud también asistieron la ministra de Salud Carmen Castillo, el subsecretario de Salud Jaime Burrows y el director del ISP Alex Figueroa, quienes escucharon las presentaciones del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos, la Cámara de Innovación Farmacéutica (CIF), la Asociación Nacional de Farmacias Independientes de Chile (AFFI) y la Federación Nacional de Trabajadores de Farmacia (FENATRAFAR).

Trabajo conjunto con Colegio de Químico Farmacéuticos



De izquierda a derecha: QF Rodrigo Díaz, QF Patricio González, Dr. Juan Eurolo, Dr. Hugo Reyes y Dr. Frano Vazón.

El Regional Valparaíso recibió la visita de integrantes de la nueva directiva regional del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos.

En la oportunidad el presidente de los QF –reelecto en el cargo– Patricio González y el tesorero Rodrigo Díaz manifestaron su interés por seguir trabajando en conjunto con el Colegio Médico en diversos temas comunes como son la Ley de Fármacos II, la Ley 19.664, la Ley de Colegios Profesionales, entre otros.

En relación a la Ley de Fármacos, ambos gremios coincidieron en que era el tema más urgente a analizar, para lo cual ya están trabajando en conjunto con miras a la discusión que se dará próximamente en la Cámara Baja.



Ministerio de Salud pospuso la medida para priorizar la implementación de la receta médica electrónica.

El pasado 6 de junio debía comenzar a regir una de las disposiciones más desconocidas de la Ley de Fármacos y que en enero pasado causó sorpresa en el gremio médico. Para tener un mayor control y evitar las falsificaciones de las recetas médicas, a contar de esa fecha estos documentos debían estar foliados y contar con un timbre de la Seremi de Salud.

Esto implicaba que cada médico debía dirigirse a la Secretaría Regional Ministerial de Salud de su zona, donde timbraría sus talonarios de recetas, y a la vez, los pacientes tenían que cerciorarse de que cuando un facultativo les prescribiera medicamentos, la receta estuviera timbrada, pues de otra forma la farmacia no podría despacharles los fármacos.

Sin embargo, para cumplir con esta nueva exigencia, se calculaba en varios millones los documentos que

anualmente tendrían que timbrar las seremis de Salud del país, lo que transformaría el proceso de timbrado en un verdadero caos.

Representantes del Colegio Médico a nivel nacional y también regional hicieron ver el problema a las autoridades ministeriales, hasta que finalmente el Ministerio de Salud decidió posponer la exigencia del timbre hasta el 30 de junio de 2017 y priorizar la implementación de la receta médica electrónica.

De acuerdo al decreto que así lo establece, “diversas entidades del sector salud han solicitado al Ministerio de Salud priorizar sus esfuerzos y recursos en el desarrollo de sistemas informáticos asociados a la receta electrónica, disponibles para todos los prescriptores del país y que permitan agilizar los procesos de prescripción y dispensación, así como disminuir los errores que en ellos se produzcan”.

Según explicó a la prensa la jefa del Departamento de Políticas Farmacéuticas del Ministerio de Salud, Tatiana Tobar, “el timbraje de recetas siempre estuvo pensado como una fase intermedia en el proceso de subir los estándares de seguridad. Pero

consideramos que iba a haber muchos costos implementando el timbraje, con la compra de equipos, capacitación y asignación de personal. Entonces, decidimos trabajar de lleno en la receta médica electrónica”.

Tobar explicó que en otros países, como Estados Unidos o España, ya funcionan sistemas electrónicos de prescripción, y agregó que sus ventajas no sólo tienen que ver con la seguridad y la disminución de eventuales falsificaciones. “Los datos quedan en una nube que sistematiza los datos. El paciente puede acceder desde su casa y ver el historial de todos los medicamentos que le han recetado, las farmacias pueden llevar la lista de los fármacos que venden y el ministerio puede saber qué se está recetando o qué se ha dejado de recetar, y esa información puede ser muy útil para el diseño de políticas públicas”, sostuvo.

Si bien todavía debe definirse exactamente cómo funcionaría esto de acuerdo con las capacidades técnicas disponibles, en el ministerio ya están escuchando las experiencias de distintas empresas del rubro y se trabaja en el diseño de un proyecto que permita implementar este sistema en el corto plazo.

Tiempo de saldar **una deuda pendiente**

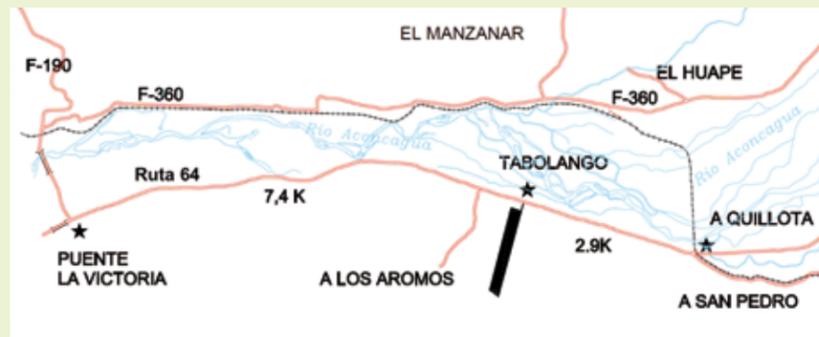
Consejo Regional tomó la decisión de restituir a los socios la inversión realizada por frustrado proyecto de club de campo.

Desde el pasado mes de mayo el Consejo Regional Valparaíso comenzó a restituir los dineros que en la década de los 90 un centenar de socios invirtió en el entonces proyecto de club de campo para el Colegio Médico Regional.

La historia se remonta al período en que fuera presidente el Dr. René Montaña (1993-1996), momento en que se iniciaron gestiones para contar con un club de campo regional, para lo cual se compró en cerca de \$40 millones un terreno de 24 hectáreas en el sector de Tabolango.

Superficie: 24,26 hectáreas
Ancho: 169 metros
Largo: 1.500 metros aprox.

Con la idea de que el club de campo contara al menos con piscinas, canchas para distintos deportes y un club house para eventos sociales, se organizó un concurso arquitectónico



Plano de ubicación.

que otorgó \$14 millones al ganador. En lo administrativo se formó una corporación a la que se adscribieron algunos médicos (que pasaron a ser socios del Regional), quienes fueron aportando 1 UF mensual, dineros que servirían para pagar el terreno –cuya compra estaba ya comprometida, firmada la escritura y aprobado el crédito hipotecario– y también los distintos créditos y préstamos que había que conseguir para financiar el club propiamente tal, que tenía un costo de construcción cercano a los \$1.200 millones de la época.

No obstante, a poco andar, y por factores externos a la iniciativa –fundamentalmente, diferencias entre la nueva directiva nacional y la directiva regional–, la corporación no alcanzó a recibir en comodato el terreno que se había adquirido. Frente a este escenario, algunos de los socios que estaban pagando la cuota mensual dejaron de hacerlo, mientras que otros continuaron hasta que la corporación decidió el cese de todos los pagos.

De acuerdo al libro de registros,

estos aportes comenzaron en marzo de 1996 y finalizaron en junio de 1998 (34 meses). Los socios fueron incorporándose paulatinamente, por lo que no todos participaron con la misma cantidad. La recaudación total por concepto de pago de cuotas alcanzó cerca de \$25 millones de la época, por lo que el Colegio Médico se vio en la obligación de contribuir con el resto de los recursos necesarios para la compra del terreno.

Así pasaron los años y la propiedad en Tabolango fue quedando abandonada y nunca hubo una iniciativa de devolver los dineros aportados. Hoy, a casi 20 años de aquello, y cumpliendo con una promesa de campaña de la actual directiva, se decidió restituir esos fondos como una forma de saldar una deuda moral con los socios que en aquel entonces creyeron y apoyaron el proyecto.

“Si bien no había obligación legal de devolver esos fondos a quienes los aportaron, porque la deuda estaba prescrita, consideramos que era un deber moral hacerlo”, sostiene el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo. Y esto no era una cuestión menor porque al momento en que se decidió hacerlo (abril de 2016) el monto total a restituir era de alrededor de \$80 millones. “Sin embargo, conseguimos un préstamo a 12 meses, dentro del propio Colegio Médico, para restituir esos fondos. Así, se logró cumplir con una promesa de campaña, que me parecía era una herida abierta en el seno de nuestro Regional”.



Tomada la decisión, se comunicó a todos los socios inscritos en la corporación acerca de la devolución de los recursos. A aquellos que estaban desafiliados se les ofreció usar esos dineros para quedar al día en sus cuotas y devolverles el excedente; a quienes no quisieron reafiliarse se les devolvió el monto total; y en el caso de los socios ya fallecidos se envió comunicación a las familias, con el objeto de devolverles a ellos lo que corresponde.

Socios de la corporación: 132
Monto total a devolver: 2.552 UF
Valor reajustado: \$66.114.154
(UF 30 abril 2016: \$25.906,80)

En cuanto al terreno en Tabolango, éste continúa tal como quedó en la década del 90, sin que en todo este tiempo se hubiese

construido algo allí o se hubiese obtenido algún tipo de ganancia. “Es un terreno del que no se ha usufructuado en modo alguno. La opción hoy es venderlo”, afirma el Dr. Eurolo.

Cabe mencionar que en todos estos años no hubo intentos por resucitar la iniciativa de contar con un club de campo propio, y tanto los dirigentes como los socios fueron perdiendo interés en el asunto, especialmente por el costo que significaría actualmente levantar un proyecto de esa envergadura.

La opción que aparece hoy como la más factible es firmar un convenio con alguno de los clubes de campo de la zona, alternativa que se ha estado analizando en el último tiempo y que se espera poder concretar en el mediano plazo.



Vista aérea.

Hospital Naval de Viña del Mar constituye su primer Capítulo Médico

Ésta es la segunda organización gremial de base de los médicos colegiados en una institución de la Armada en el país, y la primera en la región.

En un hecho histórico para la región, el 29 de abril se formó en el Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, el primer Capítulo Médico de este centro hospitalario, en una asamblea a la que asistieron más de 70 médicos que se desempeñan en el establecimiento.

En la actividad, el vicepresidente del Regional Valparaíso, Dr. Kurt Cárcamo, expuso a los asistentes el quehacer del Colegio Médico y las ventajas de estar organizados. Acto seguido, los candidatos propuestos para formar parte de la directiva fueron electos por unanimidad de los presentes.

Tras formarse el capítulo, la nueva directiva realizó su sesión de constitución, quedando conformada por los doctores Kurt Cárcamo (presidente), Leonardo Caimi (vicepresidente), Pamela Narváez (secretaría), Paola Fuentes (directora) y Alejandro Carrillo (director), quienes se presentaron formalmente ante la dirección de Sanidad Naval.

El presidente del Capítulo Médico Naval y vicepresidente del Colegio Médico Valparaíso, Dr. Kurt Cárcamo, sostuvo que el recién formado capítulo "tiene como objetivo ser un lugar donde dialogar acerca de los problemas comunes que afectan a los médicos al interior de la institución y poder llevar estos temas a las instancias superiores pero ya no de manera aislada sino expresándonos como una sola voz".

Cabe señalar que éste es el segundo capítulo médico formado en una institución de la Armada en el país. Antes ya lo había hecho el Hospital Naval de Talcahuano, en un hecho sin precedentes.

"Las autoridades de la Sanidad Naval han visto con buenos



ojos la formación de los capítulos médicos. Tanto el director anterior, Almirante Dr. Víctor Soto, como el director actual, Almirante Dr. Julio Lagos, han dado su apoyo para que podamos organizarnos porque han visto en el Colegio Médico un aliado, una institución fuerte, capaz de apoyarnos de manera potente para poder dar algunas de las luchas tendientes a mejorar las condiciones laborales de los médicos de la Armada", sostuvo el Dr. Cárcamo, quien explicó que los médicos por su parte asumen el compromiso de realizar sus gestiones "dentro del margen reglamentario de la institución armada, pero con la posibilidad de tener una voz fuerte y clara respecto de los problemas que nos aquejan".

Entre los primeros temas que este recién formado Capítulo Médico Naval tendrá que abordar se encuentra el cese en el pago de trienios a algunos profesionales y también la negativa a los permisos administrativos para profesionales que están bajo la modalidad de contratos de fondos propios.

Y una de las grandes tareas que esta nueva organización pretende abordar es la "discriminación salarial" que afecta a los médicos funcionarios de las FFAA en comparación con los del servicio público. Esto, porque pese a que ambos profesionales se rigen por la misma ley lo cierto es que pertenecen a ministerios diferentes, por lo que los beneficios que se consiguen para los profesionales de los Servicios de Salud no llegan a los médicos del Ministerio de Defensa. Según explicó el Dr. Cárcamo, "esta situación ha creado una sensación de discriminación e injusticia, y ha motivado la partida de muchos médicos hacia otros hospitales donde son mejor pagados, con lo cual nuestro hospital va perdiendo valioso capital humano y médicos especialistas con experiencia, lo cual es muy difícil de recuperar".

El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, mostró su satisfacción por la constitución de este nuevo capítulo médico y recalzó la importancia de formar estas organizaciones gremiales de base de los médicos colegiados,



Primera directiva: doctores Leonardo Caimi (vicepresidente), Paola Fuentes (directora), Kurt Cárcamo (presidente), Pamela Narváez (secretaría) y Alejandro Carrillo (director).

que pueden dar rápida solución a los problemas. "El Colegio Médico es una institución grande que tiene una dinámica y sistema de trabajo que pueden ser un poco lentos. Un capítulo médico, en cambio, puede rápidamente

iniciar una gestión para resolver cualquier problema interno del centro hospitalario, de ahí la importancia de que en cada hospital pueda haber este tipo de organizaciones gremiales", indicó.

Finalmente, cabe señalar que a la constitución del Capítulo Médico Naval también asistieron el secretario del Regional Valparaíso Dr. Frano Vazón, el consejero nacional Dr. Hugo Reyes, y el abogado del Regional Valparaíso, Alfredo Silva.

Médicos de Centromed se organizan en Asociación Gremial

Como resultado de una serie de situaciones de desencuentro entre la gerencia de Centromed y algunos médicos de este centro de salud privado, hace algún tiempo comenzó un movimiento que fue tomando fuerza entre los profesionales hasta que finalmente tomaron la decisión de organizarse formalmente.

Así, el pasado 2 de junio, en asamblea celebrada en el auditorio del Colegio Médico Regional resolvieron formar la Agrupación de Médicos de Centromed A.G., la que esperan sea una instancia para debatir problemáticas comunes a los médicos de este centro de salud, con el objeto de mejorar sus condiciones laborales y de atención de sus pacientes.

La actividad contó con el respaldo de 35 médicos de las distintas sucursales del centro de salud en la región, y paulatinamente han ido adhiriendo más profesionales. La asamblea también eligió a los integrantes de la directiva provisoria, quienes serán los encargados de formalizar en escritura pública la conformación oficial de esta AG.

La formación de esta organización también es histórica en la región, por cuanto es la primera que se constituye en un centro de salud privado.



Algunos de los asistentes a la asamblea.



La directiva provisoria está compuesta por los doctores Felipe Edwards, Roberto Meza, Frano Vazón, Carla Olavarría y Alejandro Vázquez.

BMW EFFICIENTDYNAMICS.
MENOR CONSUMO. MAYOR POTENCIA.
www.bmw.cl

BMW Corporate Sales
www.bmw.cl

El placer de conducir

SÉ PARTE DEL MUNDO BMW CON GRANDES BENEFICIOS.

Disfruta de los beneficios que **BMW Corporate Sales** tiene para todos los miembros del **Colegio Médico de Chile**. Obtén el modelo que siempre quisiste con el equipamiento que desees a un precio inigualable sólo para médicos colegiados. Un lujo que sólo BMW te puede dar.

Colegio Médico de Chile A.G.

PARA MAYOR INFORMACIÓN ENCUENTRA A NUESTROS EJECUTIVOS CORPORATE SALES EN AV. LA DEHESA 265 O COMUNICATE A LOS SIGUIENTES CONTACTOS:

Andrés Ponce
aponce@inchcape.cl
+569 7315 3254

Patricio Salgó
psalgo@inchcape.cl
+569 9012 3695

Descuento varía según modelo. Los porcentajes de descuento serán los que se encuentren vigentes en BMW en el momento de la compra. El detalle de los porcentajes se deben confirmar exclusivamente con los vendedores BMW Corporate Sales, junto con la coordinación de cualquier prueba de manejo que algún médico quiera realizar.

CONVENIO SPORTLIFE
COMPATIBILIZA TU TRABAJO Y EL TRABAJO EN TU SALUD

COLEGIO MÉDICO DE CHILE, REGIONAL VALPARAÍSO

DESCUENTOS ESPECIALES EN TODOS LOS PLANES

- ✓ **GRATIS:** MATRÍCULA Y ACTIVACIÓN
- ✓ **DUPLICIDAD** DE SEDES SPORTLIFE S.A. PLAN ANUAL
- ✓ **EXTENSIVO** A FAMILIARES

CONTACTO: JULIA VIDAL
CORREO: JVIDAL@SPORTLIFE.CL
TELÉFONO: +56 9 572 80769

VIÑA DEL MAR MONTEMAR VALPARAÍSO

WWW.SPORTLIFE.CL

VIVIR ES UN DEPORTE. NO DEJES DE ENTRENAR.

SPORTLIFE
Te cambia la vida.



Gremial / 17

Regional Valparaíso dicta primer curso-taller de Bioética

Una nueva instancia formativa es la que a partir de este año se encuentra dictando el Regional Valparaíso. Se trata del Primer Curso-Taller de Bioética, organizado por el Departamento Regional de Ética que dirige el Dr. Julio González Pardo.

Respecto de la motivación para desarrollar este curso, el Dr. González explica que “a comienzos del año pasado constituimos el Departamento de Ética, el primero en regiones, fuera de Santiago, e iniciamos un proceso de estudio, de autoformación y de reflexión sistemática acerca de diferentes problemas de carácter ético. En ese proceso reparamos en la urgente necesidad de organizar instancias de formación más sistematizadas y avanzadas, incorporando e invitando colegas más expertos y mejor formados en diplomados, maestrías y doctorados, y abriendo la oportunidad a otros interesados, en especial a médicos más jóvenes”.

Con ese objetivo, a fines de 2015 el Departamento Regional de Ética diseñó y discutió un programa con la idea de realizar un diplomado en bioética, pero “por razones de tiempo y factibilidad se decidió postergarlo para 2017, y este año dictar un curso-taller”.

El curso se desarrolla en tres módulos, cada uno con una duración de 8 semanas: Fundamentos Filosóficos de la Bioética, dictado por la Doctora en Filosofía Carolina Ávalos Valdivia; Introducción a la Bioética y Bioética Clínica, ambos dictados por los doctores Fernando Novoa, Liliana Contreras, Guillermo Pardo, Elizabeth Barthel, Julio González y Estebeni Baltra.

Cabe señalar que este primer curso está dirigido a jefes o representantes de los Comités de Ética de hospitales, clínicas y algunos centros médicos, así como dirigentes de Atención Primaria, integrantes de los departamentos de Derechos Humanos y Educación Médica del Regional, y también a los propios los integrantes del Departamento y del Tribunal Regional de Ética.

El Dr. González explica que “esta primera versión pretende ser una preparación para nuevos cursos, los que sí serán abiertos a la comunidad médica, y también en versiones para otras profesionales relacionadas, como enfermeras, matronas, psicólogos, fonoaudiólogos, entre otros”.





NUEVO PROYECTO OFICINAS

SOHO
MONTEMAR

Un proyecto único, donde puedes disfrutar del trabajo en un edificio visionario, de vanguardistas oficinas, rodeado de un entorno natural y conectado a tu vida.

REÑACA
Av. Bosques de Montemar



VENTAS / INFORMACIONES
C: +56 / 977690967
asilva@playamansa.cl

WWW.PLAYAMANSA.CL

Playa Mansa
GRUPO INMOBILIARIO

EN
NUEVOS
NEGOCIOS
Y ESTILO DE VIDA

TODO
COMIENZA
AQUI



Capítulo Valparaíso de Residentes Chile dio la bienvenida a médicos residentes de la zona

Con la presencia del presidente del Regional Valparaíso Dr. Juan Eurolo y el consejero nacional Dr. Hugo Reyes se realizó a principios de mayo la Jornada de Bienvenida del Capítulo Valparaíso de la agrupación Residentes Chile para los médicos residentes y especialistas en PAO de la zona.

La Dra. Bárbara Oliva vicepresidenta regional de Residentes Chile dio la bienvenida y realizó una breve introducción respecto de esta agrupación, que sólo cuenta con tres capítulos en regiones (Valparaíso, Concepción y Coquimbo), una entidad que espera convertirse en una instancia de apoyo y encuentro para dialogar respecto de los problemas comunes que deben enfrentar.

En el mismo sentido se manifestó el Dr. Juan Eurolo, quien recaló la importancia de contar con una organización sólida, una directiva comprometida y estatutos bien definidos. Además, el dirigente gremial manifestó su apoyo a las gestiones que se realizan para conseguir que los residentes sean funcionarios. "En el Colegio Médico creemos que es injusto que los residentes sean alumnos y no estén incorporados a las plantas de los hospitales, siendo que el propio Ministerio de Salud les paga un estipendio, les reconoce vacaciones, derecho a licencias maternales y otros derechos, y sin embargo no son funcionarios, pese a que buena parte del trabajo en los hospitales lo hacen los residentes".

Tras las palabras de bienvenida, la jornada continuó con la exposición de la presidenta regional de Residentes Chile, Dra.



María José Valenzuela, quien describió la estructura de la agrupación, quiénes pueden participar de ella, explicó la diferencia entre residente y becario (el residente no sólo realiza labores académicas sino también asistencial hospitalaria), y se refirió a las problemáticas que hoy enfrentan tanto los médicos que están en formación de especialidad como los especialistas que están cumpliendo su Período Asistencial Obligatorio (PAO).

Posteriormente, el secretario de orientación legal de Residentes Chile, Dr. Gonzalo Pavez, se refirió a las distintas vías de especialización, entregando un breve diagnóstico del actual escenario de los concursos de becas, donde parece haber un desfase entre diagnóstico, planificación y concursos. Asimismo, explicó algunas de las propuestas de la agrupación para revertir estos problemas, entre ellas, una mejor gestión para un óptimo inicio del PAO y el cambio de reglamento para que los residentes sean funcionarios.

Finalmente, la secretaria regional de Residentes Chile, Dra. Andrea Quinchavil, se refirió a algunas de las actividades planificadas para este año, entre las que

destaca una jornada de capacitación respecto de las leyes, derechos y deberes; también la primera asamblea regional de la agrupación y en octubre la renovación de las directivas de los capítulos.

Luego de las exposiciones, los dirigentes de Residentes Chile respondieron preguntas y aclararon dudas de los asistentes, tras lo cual disfrutaron todos de un cóctel de camaradería.

Los dirigentes hicieron presente las dificultades en contactar a todos los residentes en la región, dado que no existe un registro de éstos. Por ello, hicieron el llamado para que quienes estén cursando su especialidad y quienes cumplan su PAO en la zona puedan ponerse en contacto con la agrupación a través del correo electrónico valparaiso@residenteschile.cl



Capítulo Valparaíso de Residentes Chile:
Dra. Andrea Quinchavil (secretaria), Dra. María José Valenzuela (presidenta) y Dra. Bárbara Oliva (vicepresidenta).



Cliente preferente Colegio Médico de Chile
Consejo Regional Valparaíso.



PROMOCIÓN EXCLUSIVA

KIT PREMIUM

Precio referencial
\$859.800 + UF 1,46 Mensual



MANDO A DISTANCIA



Precio referencial
\$69.900 + IVA

\$349.900

63% de descuento

+ UF 1,18 Mensual *

COMPLEMENTOS EXTRAS



PACK DE CÁMARAS

PROMOCIÓN

\$180.000

+UF 0,3 Mensual *



PACK DE CÁMARAS

PROMOCIÓN

\$180.000

+UF 0,3 Mensual *

Contacte a nuestro ejecutivo a cargo del convenio, **Fernando Mendoza: 9 6157 1235**

(*) Valores más IVA, contratación de sistema de alarma requiere del pago de cuota mensual de monitoreo.



Audífonos Adultos y niños
Tratamiento de tinnitus

Nuevo convenio en Audífonos para Hipoacusia:



- 10% de descuento por la compra de 1 audífono
- 15% de descuento por la compra de 2 audífonos
- Por la compra de cualquier audífono 6 meses de pilas gratis.

Nuestros audífonos y estetoscopios digitales pueden trabajar juntos

Solicita tu prueba de audífonos sin costo al 32-2695695
Av. Libertad 127 Viña del Mar, entre 2 y 3 norte.



Concurso de Cuentos 2016

Consejo Regional Valparaíso – Colegio Médico de Chile

Tema:

Libre

Extensión máxima:

15 mil caracteres (con espacios)

Plazo para el envío de los trabajos:

Domingo 23 de octubre de 2016.

Premios:

Primer lugar: 2 pasajes aéreos a Buenos Aires

Segundo lugar: 1 iPad mini 2 Wi-Fi 32GB

Tercer lugar: 1 cámara GoPro Hero 4 Session

La premiación se realizará durante la celebración del Día del Médico 2016.

Bases disponibles en:

www.colegiomedicovalparaiso.cl



La degradación del acto médico y sus consecuencias

Dr. Fernando Novoa Sotta
Miembro del Tribunal Regional de Ética y del Departamento Regional de Ética

En las últimas décadas hemos asistido a una progresiva burocratización del trabajo del médico, lo que significa un atentado a las características centrales que identifican la relación entre un paciente que sufre por su enfermedad y que consulta al médico, quien es el profesional capacitado y dispuesto para ayudarlo. Este acto, en que un enfermo expone su intimidad ante el médico, quien está dispuesto a acogerlo en su integridad física y espiritual con el objeto de atenuar su sufrimiento, hoy se ve interferido por una medicina burocratizada que se inmiscuye inaceptablemente en un ámbito que no le corresponde.

Efectivamente, en la actualidad la mayoría de los médicos se desempeñan en instituciones que han establecido sus propias normas de trabajo y que privilegian el rendimiento por sobre la calidad del acto médico y en que además el ánimo de lucro de las instituciones está claramente presente porque reducen a un mínimo la remuneración que recibe el profesional por su trabajo.

Esta nueva modalidad se caracteriza por que al médico se le exige, entre otros requerimientos, cumplir con un determinado espacio de tiempo para escuchar y responder

a las necesidades de su paciente. En el caso que supere el tiempo permitido para una atención, a través de diferentes medios que se han instalado en la consulta con este objetivo, se le hace ver su situación, la que debe ser corregida de manera inmediata.

A esta exigencia que limita el tiempo disponible para atender a cada paciente se agrega la necesidad de dejar por escrito todo lo que se ha hecho durante la atención del enfermo. El resultado es que es imperioso reducir significativamente el tiempo destinado a una real comunicación con el enfermo con la finalidad de destinarlo a hacer diversas anotaciones en una terminal de computación. En instituciones que cuentan con un alto nivel de tecnología se estima que los residentes de medicina interna destinan sólo el 10% de su tiempo a un contacto real con los pacientes y el resto está reservado para estar sentado frente a una pantalla buscando informes y resultados de exámenes, además de consignar una serie de datos de los pacientes con fines estadísticos.

CONSECUENCIAS DE LA MEDICINA BUROCRATIZADA

Esta modalidad de trabajo tiene como resultado, por una parte, la frustración del profesional que

estudió Medicina con el objeto de atender enfermos y acogerlos en sus necesidades, dándoles el tiempo necesario para lograr este objetivo. La secuela contribuye, entre otras causas, a las altas tasas de depresión e incluso de suicidio que se están dando entre los médicos. Además, debido a que muchos disfrutaban de la medicina clínica, tampoco ven con agrado que la mayor parte de su tiempo ha pasado a ser destinado a un trabajo de escritorio en que ante un computador es necesario escribir una enorme cantidad de datos, indispensables incluso para solicitar un examen simple. El escaso tiempo restante limita el que es necesario para escuchar lo que preocupa al paciente. Este aspecto es muy grave, porque escuchar el relato del enfermo es lo más importante para establecer un diagnóstico correcto. Si este tiempo está limitado, la posibilidad de cometer errores se incrementa significativamente.

Este progreso tecnológico que inunda a la medicina actualmente tampoco es visto como un real progreso por parte de los pacientes. Durante la entrevista, los pacientes ven a su médico más preocupado de mirar la pantalla del computador anotando datos que prestando la debida atención a su persona.

Esta nueva modalidad de tiempo acotado colisiona con el indudable progreso que ha significado el derecho que tienen los pacientes para participar en las decisiones que se adoptan en relación a su salud desde la segunda mitad del siglo pasado, y que requiere de un tiempo suficiente para un intercambio adecuado de información.

EL TÉRMINO DE LA MEDICINA PATERNALISTA REQUIERE DE MAYOR TIEMPO PARA COMUNICARSE CON EL PACIENTE

El primer código de derechos de los pacientes es del año 1972 y el primer derecho de los enfermos es el del consentimiento para exámenes y tratamientos, después de haber sido informado. Éste es el símbolo del paso del poder del médico con una conducta paternalista del absolutismo clásico a la teoría liberal del ejercicio de la profesión, donde hay una relación más horizontal con el enfermo en comparación a lo que existía anteriormente. Esto genera una mayor satisfacción tanto al médico como a su paciente. Ahora ya no se enfatiza en la necesidad de contar con profesionales virtuosos, buenos, generosos y benéficos, los que representan derechos imperfectos. Hoy la conducta del médico está regida en parte por los llamados deberes perfectos que son los que están estipulados por leyes. Al antiguo paternalismo se pone énfasis en la justicia. La

necesidad de pedir permiso al paciente para la ejecución de determinados procedimientos es materia de ley, y su incumplimiento es sancionado. La medicina ha pasado a ser de una *muta ars* a ser un arte locuaz que requiere de contar con un tiempo suficiente para la comunicación. Al enfermo hay que informarle adecuadamente para que él tome parte activa en el proceso de toma de decisiones. Esto además requiere de la necesidad de que el médico adquiera adecuadas "habilidades de comunicación". Hay que aprender a hablar con el paciente, a comunicarle los datos de modo claro, respetando sus tiempos, adecuando el vocabulario, viendo el tema de la información como un proceso y no como un acto que se desarrolla en una cantidad de tiempo reducida. Concomitantemente con esta habilidad el médico también tendrá que desarrollar la capacidad de tener respuestas apropiadas para prestar el apoyo emocional cuando corresponda.

Considerando que esta nueva relación más horizontal con el paciente es un progreso tomando en cuenta la dignidad que tienen todas las personas, resulta necesario mantener y exacerbar la llamada "moralidad interna" de la profesión médica no dependiente sólo de leyes externas, moralidad donde el beneficio del paciente es la primera prioridad. Esto es teniendo presente que el bien que protege la profesión médica es la salud de las personas. No

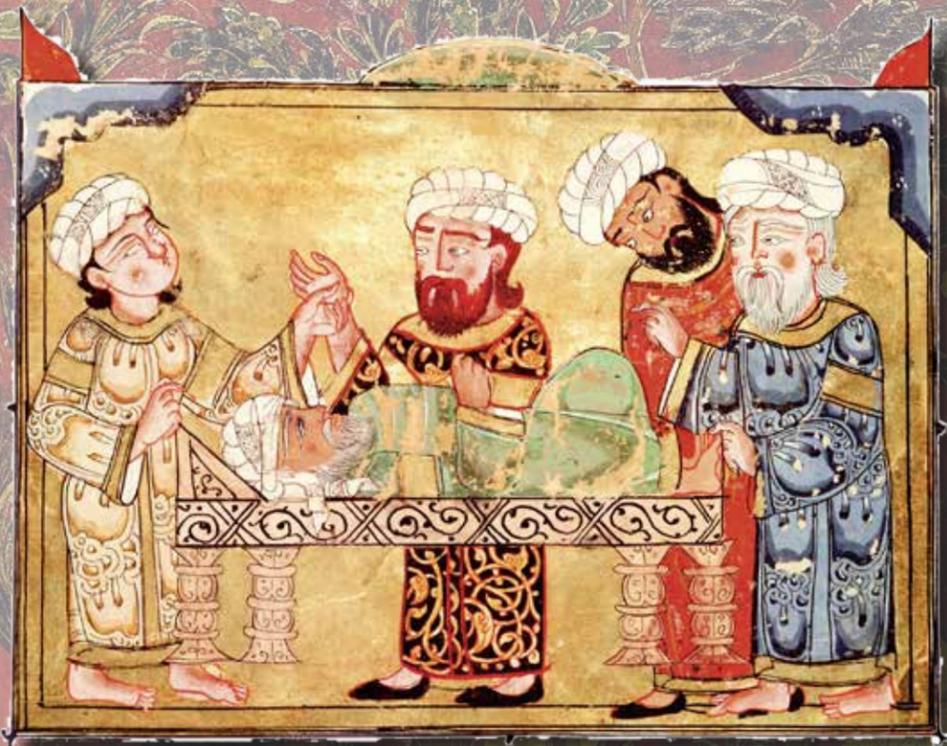
es posible que esta actividad se regule por la ley de la oferta y la demanda de acuerdo a la doctrina liberal, en que el rendimiento sea su principal objetivo. La autorregulación profesional es una necesidad no sólo por la vulnerabilidad que experimenta la persona enferma, sino que también los valores sociales vulnerables representados por el abandono de la sociedad de algunas patologías que son de poca relevancia para los que toman las decisiones.

CONCLUSIONES

Las relaciones entre medicina y sociedad nunca han estado libres de tensiones; pero, en esta época histórica, frente a esta realidad hay que dejar de asumir el rol de simples observadores e incluso justificar lo que está ocurriendo. Debemos pasar a ser más activos para expresar un enérgico rechazo corporativo a normas que impiden un ejercicio de la medicina de acuerdo a principios y valores que la distinguen de otras actividades que no están vinculadas a la salud, por ser la salud de las personas un valor necesario para disfrutar de todos los demás valores.

No se trata de volver a la época del lápiz y del papel, pero hacer de la tecnología una herramienta más eficiente y amigable que no interfiera con una buena relación del médico con su paciente.





Las fuentes de la medicina islámica medieval

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

Hay diversas formas de ayudar médicamente a las personas, además de la manera espontánea. La medicina mágica, que es el conjunto de prácticas basadas en variadas creencias que tienen en común la interpretación de los fenómenos de la naturaleza como producidos por fuerzas sobrenaturales. La medicina empírica, que apela a una práctica porque, en otros casos semejantes, ha sido favorable su empleo. Y la medicina técnica y científica, que es aquella que se realiza sabiendo racionalmente qué se hace y por qué se hace. Estas formas no son excluyentes y con frecuencia se apela a ellas simultáneamente.

La medicina árabe medieval

nació de una base de conocimientos de **medicina popular** propios de las tribus semíticas de la península arábiga y sus alrededores. Era una medicina empírica con ciertos componentes mágicos a la vez. La medicina popular persistió independientemente de la islamización de los árabes y a medida que se fue extendiendo geográficamente el imperio islámico, fue incorporando la medicina de otros pueblos con sus propias creencias y prácticas médicas tradicionales, que se sumaron a las anteriores.

Desde la remota antigüedad la medicina había estado ligada a la astrología, en la que todos creían y confiaban. Astrología, magia, ceremonias rituales, prácticas folclóricas

tradicionales e interpretación de sueños, formaron parte de la medicina popular islámica, reflejando antiguas creencias y usanzas que se mantuvieron en el tiempo como medicina tradicional, sancionada por la costumbre, conviviendo con las otras dos formas de medicina.

Durante la conquista musulmana, se sumaron a la medicina popular los conocimientos de **medicina científica** de los dos imperios con los que se enfrentaron: el Imperio bizantino y el Imperio persa. Ambos poseían una *techné iatrké*, que representaba un verdadero conocimiento médico de base científica y no una mera técnica. Esta medicina se había extendido por toda el área en tiempos en que Alejandro

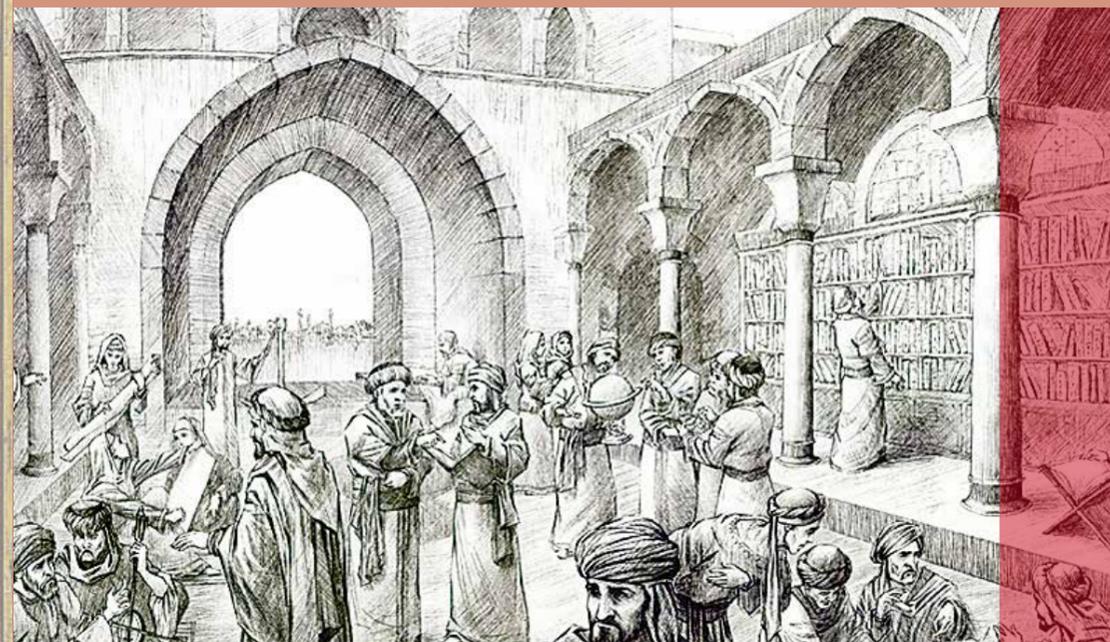
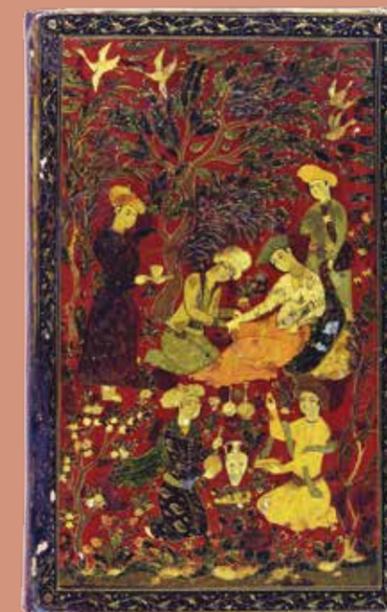


Ilustración de la Casa de la Sabiduría de Bagdad.

Magno había dominado esos territorios y había sido reforzada con el aporte realizado por los cristiano nestorianos, grupo de estudiosos que cultivaba la filosofía y la medicina, que habían sido desterrados del Imperio bizantino por problemas religiosos, estableciéndose finalmente en Persia, y con un nuevo éxodo de sabios griegos al ser clausurada la academia neoplatónica de Atenas por Justiniano. La ciudad persa de Gondishapur se convirtió en el primer centro cultural de Oriente, con un cuerpo de sabios multilingües que hablaban con fluidez el griego, el siríaco y el pahlavi o persa medio, quienes desarrollaron una intensa actividad traductora.

Cuando los musulmanes conquistaron gran parte del Imperio bizantino y persa en el siglo VIII y conocieron la medicina griega, estimularon la reunión y copia de manuscritos griegos y crearon la *Casa de la Sabiduría* de Bagdad, a la que atrajeron a los mayores eruditos con el fin de compartir sus conocimientos. Construyeron observatorios astronómicos y una biblioteca que fue también sede de la ciencia médica. La *Casa del Saber* fue a la vez un centro de estudios y de enseñanza de las humanidades y de las ciencias, que incluían las matemáticas, la astronomía, la geografía y la cartografía, la química y la alquimia, la zoología y la medicina, considerada el mayor centro intelectual del mundo durante la Edad de Oro del Islam.

La astrología siguió influenciando fuertemente la medicina y estaba tan profundamente enraizada en la población que incluso era aceptada



Médico tomando el pulso a una mujer (Canon de Avicena).

por los gobernantes y por los médicos más instruidos, que consultaban al cielo porque se creía que todas las partes del cuerpo humano estaban bajo la tutela de algunos de los signos del Zodíaco, que por ejemplo indicaban qué vena se debía escoger para las sangrías y el momento preciso en que se debía suministrar los medicamentos, según la posición de las constelaciones.

La tercera tradición médica del Islam es la llamada "**medicina del Profeta**", originada en el Corán y en los dichos y

costumbres de Mahoma. Su legitimidad estaba dada por la dimensión espiritual de la Fe en la unicidad de Dios y que Mahoma es Su Profeta, Su Enviado o Su Mensajero, es decir, en el Testimonio de Fe, el primero de los cinco pilares del Islam.

En la primera mitad del siglo VII nació un movimiento religioso en la Península Arábiga, en las márgenes de los imperios bizantino y persa sasánida. Su fundador, Mahoma (570-632), pertenecía a la tribu de los Quraysh. Mahoma tenía una misión profética y predicó el Islam, que es una Verdad y una Ley. Mahoma tuvo como médico a Harets ben Kaladah, árabe cristiano nestoriano que había estudiado medicina en la escuela de Gondishapur, que influyó positivamente con su saber en la actitud de Mahoma hacia el conocimiento.

En efecto, los árabes difundieron desde un comienzo conceptos médicos, en especial aquéllos referidos a salubridad, dándoles un lugar preeminente dentro de su civilización, pasando a constituirse en un vehículo para su difusión. La llamada *Tibb An Nabi* o "**medicina del Profeta**", recogió diversas tradiciones que se remontaban a tiempos preislámicos, incorporadas en el Corán en forma de reglas respecto de formas de vida higiénica e indicaciones dietéticas –alimentos y bebidas prohibidas tales como cerdo y alcohol–, prácticas rituales, vida sexual, la circuncisión etc., transmitiendo de este modo la medicina popular preislámica y conceptos de higiene.



Hubo suras –nombre que recibe cada uno de los 114 capítulos en que se divide el Corán– que se refieren a la dieta y a la nutrición: “¡Oh, hombres! Alimentaos con todos los frutos lícitos y buenos...” (Sura II, 163); “Él creó a los ganados, de los cuales obtenéis vuestros abrigo y otros beneficios, y también de ellos os alimentáis” (Sura XVI, 5); “Por medio del agua, Él hace crecer los cereales, los olivos, las palmeras, las vides y toda clase de frutos” (Sura XVI, 11); “Comed de sus frutos cuando maduren...” (Sura VI, 142); “Se os ha prohibido la carne del animal muerto por causa natural, la sangre, la carne de cerdo, la de todo animal que haya sido sacrificado invocando otro nombre que no sea el de Allah. El que lo hiciese, movido por la necesidad, y no como rebelde y trasgresor, no será culpable. Dios es indulgente y misericordioso” (Sura II, 168); “¡Oh creyentes! El vino... son una abominación inventada por Satán; absteneros de ellos y seréis felices” (Sura V, 90).

Mahoma había ayunado en forma voluntaria y un *hádice* (dichos u opiniones del Profeta) establecía que aquél habría expresado: “Ramadán es el mes de Dios y Shaban es mi mes”. En consecuencia, se estableció el ayuno durante las horas diurnas en el mes de *Ramadán*.

El Corán también se refiere a los matrimonios consanguíneos ilícitos: “Os está prohibido casarse con vuestras madres, con vuestras hijas, con vuestras hermanas, con vuestras tías paternas o maternas, con vuestras sobrinas, con las descendientes de mujeres con las cuales hayáis cohabitado. No os caséis tampoco con las hijas de vuestros hijos a quienes habéis engendrado. [...] Si el hecho está realizado, Dios será indulgente y misericordioso” (Sura IV, 27).

Las prescripciones de la “medicina del Profeta”, junto con las contenidas en los *hádices*, se convirtieron en las principales fuentes de la medicina islámica.

Los *hádices*, por ejemplo, sugieren la transmisibilidad de las infecciones y recomiendan no ir a lugares donde haya una plaga y, si se está allí, no irse a otra parte. En 1348 una epidemia de peste bubónica asoló Asia Central y Europa, fortaleciendo los conceptos de transmisibilidad y de contagio, pero también fue fuente de innumerables interpretaciones.

La interpretación cristiana de la peste bubónica atribuía la epidemia a castigo divino por sus faltas, sintiendo la necesidad individual y colectiva de expiar los pecados del mundo. En consecuencia, organizaron cruzadas mesiánicas y procesiones de flagelantes; a la vez, imputaban a los judíos causar la pestilencia, por lo que los perseguían, los forzaban a confesar y luego los mataban. Para prevenir la catástrofe final, recurrían a cuanto su imaginación les sugiriera, además de escapar de las ciudades afectadas por la peste.

La interpretación del mundo musulmán fue variada y no hubo unanimidad. Todos concordaron en que la peste había sido enviada por Dios. Unos pocos pensaban era un castigo divino, por lo que estimaban que no se debía huir de ella. Para otros, era una recompensa que les permitiría alcanzar el paraíso –al igual que la guerra santa–. Para un tercer grupo, era una calamidad natural, no conociendo el porqué de ese designio divino. Unos pocos creían que los *jins* (genios mágicos) eran el vehículo de la plaga. Algunos huyeron hacia los campos, otros se desplazaron hacia las ciudades –quizá porque allí había reserva de alimentos–. Sin embargo, lo árabes no afirmaron que la peste fuera un castigo divino, ni estimularon la huida. La comunidad suplicaba; algunos, además de rezar, utilizaban objetos mágicos como amuleto. En suma, la actitud fue distinta en las dos sociedades, cristiana e islámica. En esta última no hubo fanatismo religioso, persecuciones ni se apreció desesperación, difiriendo las normativas respecto del comportamiento para enfrentar esta epidemia.

Médicos escritores

Tomando como base la definición de cuento del escritor argentino Enrique Anderson, podemos decir que un cuento bien logrado es un relato breve, narrado de tal manera, que produce una respuesta emocional. Frente a esta definición, este cuento de la Dra. Jocelyn Cortés cumple a cabalidad con el concepto.

La doctora Cortés es una escritora con oficio; su afición por la literatura viene desde su época escolar, con exitosa participación en concursos literarios. En la edición de septiembre de 2014 de *Panorama Médico* publicamos su escogido cuento “Dimensiones”.

Es interesante comparar ambos cuentos, porque son de estilo y contenidos muy diferentes. “Dimensiones” califica en el género de la ciencia ficción y – como señalamos en esa oportunidad –

su protagonista explora una realidad incomprendible, en un relato cuya estructura crea una atmósfera de incertidumbre que aporta suspenso a la lectura.

En esta oportunidad, la autora transita desde la ciencia ficción al género costumbrista, dando muestras de su versatilidad y riqueza creativa. El costumbrismo se caracteriza por describir y expresar el comportamiento social, sin entrar en interpretaciones, con lo que se distingue del realismo literario. Este género nació en el siglo XIX, cuando la revolución industrial trajo la nostalgia del mundo campesino, de sus costumbres y tradiciones. De ahí que en el costumbrismo, sus descripciones semejen cuadros pictóricos que impresionan al lector a través de la imaginación que los recrea. El realismo y el posmodernismo

suelen menospreciar a este género, que afortunadamente sigue vigente con su pureza y fidelidad para conservar la melancolía del mundo rural y servir de testimonio para los recuerdos.

“El padre, el cura y el médico” es un relato sencillo, de estructura simple, que atrae por el acercamiento que crea con el lector, a través de descripciones de un mundo próximo y real, en el que se desarrolla una trama cotidiana, lo que en literatura se describe como “cuadro costumbrista”.

A través de este tratamiento narrativo va creando las condiciones para que el desenlace determine una respuesta emocional en el lector, que coincide con el concepto de un cuento bien logrado.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

El padre, el cura y el médico

Dra. Jocelyn Cortés

La cena anual del Día del Médico es la ocasión perfecta para darle tregua al pasado y dejar la memoria revolotear sin culpa. Una copa de vino, suaviza los pudores y una pila de octogenarios reviven sus disparatadas peripecias de médico recién recibido destinado a algún pueblo sin nombre.

La historia en cuestión, relatada por un mudo testigo, resultó ser una sucesión de hechos inesperados motivados por la desmesura de la juventud.

Todo empieza en una mañana de septiembre, con el sol recién saliendo por la cordillera, pero con un calor sofocante de primavera. Los pisos de madera de la iglesia parecían irradiar el calor desde el centro de la Tierra, y los pueblerinos solían referirse a esos días como “el infierno en la Tierra”. Los concurrentes, ataviados en sus trajes de domingo, se abanicaban con fruición a la espera del cura. Formaban un grupo heterogéneo, compuesto por una extendida parentela proveniente tanto de Vicuña como de los alrededores. Todos estaban ahí, hasta la tía Isabel había salido al alba del terminal de La Serena con un paquete perfectamente envuelto de una de las tiendas de la Recova, para asistir al bautizo de la Angelito. Cecilia mecía a la niña que lloraba, como si percibiera que estaban ahí para

extraerle el demonio que trafa adentro. Alberto, preocupado, con una sonrisa de disculpa, hacía morisquetas tratando de consolar a la niña.

Mientras esperan al cura, la familia se enfrasca en conversaciones bizantinas sobre el mejor cuidado de los bebés, ajenos al calvario que se desarrolla en el primer banco de la iglesia. El doctor Pizarro, sentado a la derecha del púlpito, parece indiferente a la algarabía que transcurre en la parte posterior. Pálido y con las manos sudorosas, siente que el nudo de la corbata se va ajustando a su cuello como una mortaja. Una gota gruesa de sudor cae por su frente y distraídamente la logra interceptar con un pañuelo a cuadros. Es el padrino de la niña y el responsable de traerla al mundo.

“En este pueblo no corre brisa alguna y tal pareciera que el demonio estuviera presente enredando su cola en cada situación. Para ser justos, seguramente me viene persiguiendo desde Santiago, sin que yo me percatara. Cuando me derivaron a este pueblo me pareció una bendición, sin sospechar en lo que se convertiría mi trabajo de general de zona una vez que descendiera del bus intercomunal.

“Llevaba poco más de un mes en Vicuña cuando fue tiempo del carnaval. Durante una semana, todo fue algarabía y terminó con una fiesta de disfraces en la plaza. El vino, la chicha y el pisco dieron algo de respiro al calor sofocante. Aunque en virtud de los acontecimientos, bien habría hecho en irme a Santiago por el fin de semana, pero el estatus que me daba ser el nuevo médico del pueblo, me azuzó el ego y me sumergió de lleno en la realidad del campo.

“Me vestí con una camisa blanca, me puse un antifaz y me dirigí a la plaza. Allí me uní a un grupo de tres hombres

que reían a carcajadas y brindaban desenfadadamente. Dos de ellos se desprendieron rápidamente para ir a bailar con unas chinas coquetas y no los volví a ver. Me quedé conversando con Gastón, que era algunos años mayor que yo y que también había llegado recientemente al pueblo. Su jefe lo había trasladado desde Ovalle por un asunto de faldas al que no quiso referirse. Gozaba de un don con las palabras y pasada la medianoche éramos grandes amigos. Estábamos bastante ebrios cuando se nos acercaron dos jóvenes del pueblo, con las que rápidamente emprendimos camino a la orilla del Río Claro. La noche estrellada nos fue iluminando el camino y rápidamente llegamos a un claro donde le dimos el bajo a un par de botellas de pisco. Desperté a la mañana siguiente, con mi trasero al sol y los mosquitos haciendo un banquete de él. Demasiado ebrio para recordar miré alrededor y sólo encontré vestigios de la farra, pero nada de Gastón ni de las muchachas. Pasé tres días con resaca y terminé olvidándome de la noche del carnaval.

En la iglesia, finalmente la niña se calló, quedándose profundamente dormida. Alberto la depositó con cariño en el coche y fue a saludar al padrino.

–Doctor, qué bueno que llegó. El cura anda en un entierro pero viene pronto.

–Ah, qué bueno...

“Jamás me imaginé en ser padrino, y menos de esta niña. Tres meses después del carnaval, entraron en mi consulta Cecilia y Alberto, porque ella estaba embarazada.

“Los atendí como siempre, pero al terminar con la consulta, mientras Alberto iba a la farmacia a buscar las

“Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto...” (Juramento Hipocrático, versión clásica).



vitaminas, Cecilia se me acercó de forma sigilosa para decirme:

–Doctor, gracias por no decir nada. Alberto piensa que la guagua es de él y yo prefiero que la cosa siga así.

–Eh... –no supe qué decirle en ese momento, así es que la miré con condescendencia, asintiendo de forma vaga. No conforme con eso, ella prosiguió:

–Bueno, usted sabe, las cosas que pasan en el carnaval son culpa del trago. Alberto es un buen hombre y estaba en Coquimbo para las fiestas. Una se siente sola a veces... Usted fue tan caballero esa noche...

“El estetoscopio en mi cuello me pareció una soga asfixiante y de improvviso escenas borrosas se me vinieron a la cabeza. Cecilia era una de las muchachas de esa noche de juerga y ahora estaba embarazada. Salí a tropezones del box y me fui directo a meter la cabeza bajo el grifo. La enfermera me seguía con el aparato de la presión, segura de que el calor había logrado minar mi salud de ciudadano. Así partió mi calvario. Todos los meses aparecían Cecilia y Alberto al control, y a medida que la panza de ella progresaba, mis nervios empeoraban. En julio nació la niña, regordeta, más blanca que los padres y con una mancha café en la muñeca izquierda. En la alegría del momento, Alberto se dio media vuelta, con la niña en brazo y me dijo:

–Doctor, muchas gracias por todo. ¿Nos haría el favor de ser el padrino de la Angelito?

–Yo...

“Nuevamente sin palabras y con una palidez mortal, acepté por no saber cómo negarme. Y el día del bautizo llegó sin retraso y con los nervios revueltos a costa de guardar secretos. Sentado en esta iglesia siento que los santos me miran acusadores.

De improvviso, la melodía del órgano libera al doctor Pizarro de sus cavilaciones y se hace el silencio de los presentes. La familia se apresura a volver a sus asientos y se da inicio a la ceremonia. En el centro de la nave principal, Cecilia y Alberto sostienen a la Angelito, a la derecha, se ubica de pie el doctor Pizarro, mientras el padre Gastón da la bienvenida extendiendo sus brazos dejando ver la mancha café de su muñeca izquierda.



Fotografía astronómica

Descubriendo la astronomía (parte VI)

Dr. Vicente Carrillo Andrade.

La fotografía astronómica o astrofotografía consiste en captar imágenes de cuerpos celestes y, a diferencia de la observación común, permite captar radiaciones que pueden ser demasiado débiles para ser percibida por el ojo humano o incluso usando un potente telescopio. Al aumentar el tiempo de exposición usando un motor que compense el movimiento de la Tierra se pueden obtener imágenes de muy buena calidad.

La tecnología actual permite a un costo razonable realizar fotografías con diferentes alternativas, desde una webcam adaptada, una cámara réflex o una CCD.

La astrofotografía con trípode es la técnica más básica y con ella se suelen conseguir trazos de estrellas o **astrofotografías circumpolares** (como la imagen de fondo), ya que debido a la rotación de la Tierra las estrellas parecen girar en torno al polo celeste, registrando la película fotográfica estos movimientos estelares. Si queremos que las estrellas salgan como puntos y no como trazos, se debe disminuir el tiempo o compensar el movimiento de la Tierra.

La **webcam**, simple y económica, se puede modificar con un adaptador de 1,25" para conectarlo al telescopio. El video que capta se puede procesar con un programa computacional.

Las cámaras réflex que actualmente son digitales pueden usarse directamente acopladas al portaocular o montadas sobre el telescopio. La primera se conoce como **astrofotografía a foco primario**, y la segunda como **astrofotografía en paralelo**.

En las **cámaras réflex digitales** actuales y en las **cámaras CCD** el sensor está compuesto de miles de celdas fotosensibles que transforman la luz que atraviesa el

objetivo. Al recibir luz (fotones), cada celda la transforma en corriente eléctrica y que, luego de ser procesada, el microprocesador genera un archivo digital, "la foto", que es almacenada en la tarjeta de memoria.

Para el procesamiento de las imágenes existen programas gratuitos muy sencillos de usar y de gran calidad.

Para una óptima sesión de fotografía astronómica hay que alejarse de zonas de contaminación lumínica y asegurarse de tener buen clima y un cielo despejado consultando sitios de pronóstico meteorológico como www.meteochile.cl o www.wunderground.com. También es importante conocer la fase de la Luna, ya que en días cercanos a la Luna llena, la luminosidad dificultará la obtención de imágenes. Hay calendarios lunares que pueden instalarse a un smartphone.

En la fotografía más simple – como es el caso de una cámara réflex montada sobre un trípode – se sigue la siguiente secuencia: el dial de programación y el selector de enfoque deben estar en modo manual. La velocidad de obturación se ajusta hasta el máximo y la apertura al diafragma más luminoso. Por su parte, el ISO que mide la reacción frente a un determinado nivel de luz se utiliza al máximo, aunque no se debe olvidar que a mayor sensibilidad habrá más "ruido", lo que en fotografía analógica se conocía como "grano". El auto-disparador se programa a un tiempo suficiente para que la cámara quede bien posicionada y no se mueva. El enfoque se realiza al infinito en modo manual. El trípode debe estar bien balanceado y nivelado. Una vez apretado el obturador y obtenida la fotografía, se guarda en un archivo previamente programado.



Skytracker.



Cámara en foco primario.



Cámara en paralelo.



Cámara CCD.



Cámara Fotográfica Digital.



Cámara CCD en un telescopio profesional..

Una alternativa que no requiere un telescopio y a un precio bastante razonable es el **skytracker**, que permite utilizar la cámara digital con seguimiento.

Lo más aconsejable para quienes quieran practicar la fotografía astronómica es acercarse a los grupos **amateur** que la practican. En nuestra región en la Sociedad de Astronomía de Valparaíso y en Santiago

OBITUARIO



Dr. Pedro Berho Marambio

El Dr. Berho nació el 22 de agosto de 1929 en Valparaíso. Cursó estudios primarios y secundarios en el Colegio Sagrados Corazones de los Padres Franceses del puerto.

Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y tras titularse cursó la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Ejerció como ginecoobstetra en la Maternidad del Hospital Enrique Deformes (1955 a 1960), el Hospital Naval (1960 a 1976) y el Hospital Gustavo Fricke (1976 a 1990). Desde 1960 se desempeñó también en la Clínica Viña del Mar, donde en 1985 llegó a ser director médico, mostrando gran liderazgo en esta labor, hasta el cierre del centro hospitalario a mediados de los 90.

Paralelamente se desempeñó como docente de la cátedra de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso.

Casado con Nancy Montalvo Hicks, tuvieron 6 hijos: Pedro, Jacqueline, Pablo, Michele, Nicolás y Maureen, quienes le dieron 6 nietos: Sebastián, Javiera, Pedro, Luka, Olivia y Andrés.

Fue reconocido por su amabilidad y caballerosidad, tanto con los pacientes como con sus pares y personal subalterno.

Su familia lo recuerda como excelente padre y guía de sus hijos y nietos, un hombre intelectualmente inquieto, con gran interés por la física, astronomía y teología. También fue gran lector y viajero, amante de la música, buen amigo y compañero.

¡TENEMOS NUEVO SITIO WEB!



Colegio Médico de Chile
Consejo Regional Valparaíso



Hemos decidido renovar nuestra web con un estilo y diseño más actual y sencillo, que se adapta a dispositivos móviles. Se trata de un sitio cómodo e intuitivo para nuestros visitantes, de forma que puedan encontrar fácilmente toda la información que necesiten.

www.colegiomedicovalparaiso.cl

Recuerde que también estamos en Facebook y Twitter...



ColegioMedicoValparaiso



@ColMedValpo

CONVENIOS

Automotriz



Mercedes-Benz

KAUFMANN



Hotelería



Gimnasio



te cambia la vida!

Arte



Computación



Seguridad



Lentes de sol



Salud



Cumpleaños



Banco



Conozca el detalle de cada convenio en:

www.colegiomedicovalparaiso.cl

Mientras algunos quieren cambiar el mundo, en Itaú ya lo estamos haciendo

Crear un futuro más sustentable y mejorar la calidad de vida de las personas son parte de los desafíos que Itaú tiene con la sociedad.



Cecilia Ramos C.
Ejecutiva comercial

Libertad 971, Viña del Mar
Fono: (32) 2795822
Celular: (9) 8432185
Email: mramos2@itau.cl

Cultura

Fundación Itaú gestiona iniciativas de excelencia y mantiene una programación diversa en sus dos espacios expositivos (Suecia 26 y ArteAbierto), colaborando con el desarrollo de exposiciones de consagrados artistas nacionales e internacionales.

Educación

Itaú apoya la educación financiera y el emprendimiento en niños y jóvenes de nuestro país.

Sustentabilidad

Itaú está comprometido con fomentar iniciativas sustentables con todos sus grupos de interés. Un ejemplo es Bikesantiago, que nace como una alternativa ecológica, económica y eficiente al sistema de transporte actual, privilegiando el uso de las bicicletas públicas.

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

