

# PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 27 N° 109 / Abril de 2017

## Asamblea General Pucón 2017

- ▶ Intensa actividad gremial durante 2014-2017
- ▶ Propuesta regional de recertificación de especialidades
- ▶ Se reestructura Departamento de Derechos Humanos

EN REÑACA

# LA VISTA LO ES TODO

SOLO 7 EXCLUSIVOS  
DEPARTAMENTOS DESDE  
170 M<sup>2</sup> HASTA 434 M<sup>2</sup>.

TERRALTA  
*Reñaca*

CONCEBIDO BAJO UN CONCEPTO DE ARQUITECTURA MODERNA Y ELEGANTE, DONDE SE PRIVILEGIA LA PRIVACIDAD

EMPLAZADO EN UN BARRIO TRANQUILO, CONSOLIDADO Y 100% RESIDENCIAL

SIN  
IVA



ENTREGA  
INMEDIATA



LA JOYA 490 . REÑACA . VIÑA DEL MAR / 97769 0967  
ASILVA@PLAYAMANSACL

GESTIONA Y VENDE

 **Playa Mansa**  
GRUPO INMOBILIARIO

## Palabras del Presidente



**Dr. Juan Eurolo Montecino**  
Presidente Consejo Regional Valparaíso

# Primera votación electrónica en las elecciones del Colegio Médico

Está culminando un nuevo período de actividad gremial en el Colegio Médico de Chile. De acuerdo a nuestros estatutos, en mayo próximo se realizará la elección de la Mesa Directiva Nacional, de los Consejos Regionales y, en algunos casos, de los Capítulos Médicos en los hospitales y centros de salud donde laboren grupos médicos.

Esta elección tiene la particularidad de que la votación será íntegramente por vía electrónica, descartándose el papel como medio de expresión de la voluntad médica. Un cuidadoso y planificado sistema que impedirá equívocos y eventuales fraudes ha sido estudiado desde hace muchos meses y esperamos que todo resulte en la elección más objetiva de las nuevas autoridades gremiales médicas en el país. En nuestro Regional, así como en todo el país, se desarrollará una capacitación al personal y un instructivo que se difundirá ampliamente a todos los colegiados para el mejor desarrollo del proceso electoral.

Esta edición de nuestra revista contiene un resumen de lo realizado en estos tres años por el actual Consejo. Como siempre, quedarán cosas por hacer y nuevas ideas y proyectos que ejecutar, los que seguramente se expondrán en las respectivas campañas electorales. Como ya es tradicional, se elaborará un número extraordinario de Panorama Médico con las listas que se presenten en nuestro Regional para la contienda electoral y sus propuestas.

Llamamos a todos nuestros colegiados a participar en este proceso eleccionario, expresándose en este nuevo sistema electrónico que, creemos firmemente, representará de mejor manera la opinión de los médicos, evitará desplazamientos innecesarios y facilitará la expresión del voto donde sea que el elector se encuentre, ya que podrá votar desde su teléfono celular o desde cualquier computador conectado a internet.

El análisis poselectoral del sistema determinará su validez y sus perfeccionamientos para los detalles no previstos que pudiesen aparecer. Desde ya la invitación es a participar en las elecciones los días 25, 26, 27 y 28 de mayo próximo.

# Índice

1	<b>Palabras del Presidente</b> Primera votación electrónica en las elecciones del Colegio Médico
3	<b>Editorial</b> La defensa del ejercicio profesional
4	<b>Gremial</b> Asamblea General, Pucón 2017
8	Propuesta regional de recertificación de especialidades
11	Intensa actividad gremial durante 2014-2017
14	Mejoras a Leyes Médicas 15.076 y 19.664
19	Se reestructura Departamento de Derechos Humanos
22	<b>Ética</b> Telemedicina: nueva forma del ejercicio de la medicina
24	<b>Bioética</b> Las posibilidades de la bioética: responsabilidad y compromiso con la humanidad
27	<b>Historia de la medicina</b> Educación médica en Hispanoamérica durante la Colonia
30	<b>Médicos escritores</b> "La Teresa", Dr. Carlos Narváez
34	<b>Hablemos de ciencia</b> Las estrellas, una breve introducción Parte II: Constelaciones
36	<b>Obituario</b>

## La defensa del ejercicio profesional

### Editorial



**Dr. Humberto Verdugo Marchese**  
Director revista Panorama Médico

El trabajo médico suele ser muy entretenido para quienes amamos nuestra profesión. En pocas actividades se concentra de esta manera un grupo de personas que realmente ama lo que hace. Quizás el hecho de haber podido elegir cualquier carrera y optar por ésta hace que sean muy pocos los que no están conforme con la actividad a la que le dedicamos gran parte de nuestras vidas.

Sin embargo, a ratos el trabajo médico puede ser muy ingrato. Cada vez más nuestros pacientes, a quienes queremos ayudar por vocación, entablan con nosotros una relación difícil de llevar. Ya no son excepcionales las ocasiones en que pacientes insatisfechos con los resultados del acto médico, por diversas razones –de más está exponer aquí que la medicina no es matemática–, no sólo manifiestan su malestar mediante reclamos o demandas, sino que lisa y llanamente a través de agresiones. Las cartas de colegas denunciando alguna golpiza por parte de pacientes indignados ya no son anecdóticas sino cuestión de todas las semanas. La población está en una condición irritable y los médicos no somos ajenos a las consecuencias de este malestar generalizado.

En este contexto, tampoco es fácil representar a los médicos. El dirigente médico debe empatizar y defender a los colegas. Con la misma energía que el medio es hostil para con nosotros, tenemos que reaccionar y hacer ver que somos los "buenos de la película". No puede ser que las falencias que nuestro sistema social tiene en salud le pasen la cuenta a los colegas. Ellos, con mucha entrega y sacrificio, hacen la pega en los cientos de centros asistenciales, públicos y privados, que muchas veces el país deja que naveguen a la deriva. Cada día cuesta más encontrar colegas que quieran ir a las trincheras de

la salud pública a dar esta batalla. No es fácil poner la otra mejilla todos los días.

La defensa del ejercicio profesional, el velar por mejorar las condiciones en que ejercemos esta profesión, tampoco es tarea fácil. Más allá de las dificultades propias del dirigente gremial, lo más difícil es encontrar colegas dispuestos a entregar su tiempo para velar por el bien común del gremio. Más aún si muchas veces entramos en la crítica o cuestionamientos de los intereses reales de quienes estamos en roles de dirigentes, como si buscáramos algo más allá de mejorar las condiciones en que todos ejercemos la medicina en este país.

Muchas veces no comulgué con la forma de hacer las cosas del presidente o de algún otro dirigente del COLMED; sin embargo, debo reconocer que el grupo humano que dedica su tiempo y talento a defender al gremio goza de mi más amplio respeto. En una profesión tan entretenida y apasionante como la nuestra es destacable que haya algunos que dediquen su tiempo al resto de los colegas para mejorar el ejercicio global de la profesión y así impactar en la calidad y oportunidad de la atención médica de nuestros millones de pacientes.

Como término a mi última editorial, quiero dar las gracias a todos quienes han puesto algo de sí para hacer nuestro ejercicio profesional cada día mejor. Asimismo, llamar a las nuevas generaciones a integrarse al trabajo del Colegio Médico. Sólo trabajando en equipo podremos mejorar este sueño que es la medicina. Nos necesitamos los unos a los otros. Trabajando en equipo somos mejores.

**PANORAMA  
MÉDICO**

**PANORAMA MÉDICO** / Año 27 – Número 109 – Abril 2017 / **Director:** Dr. Humberto Verdugo Marchese / **Comité editorial:** Dr. Eduardo Bastías, Dr. Juan Eurolo, Dr. Frano Vazón / **Colaboradores:** Dr. Eduardo Bastías, Dr. Vicente Carrillo, Dr. Carlos Narváez, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Prof. Carolina Ávalos / **Edición periodística:** 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@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.

# Asamblea General, Pucón 2017

El encuentro, realizado el 30 y 31 de marzo, congregó a las directivas de todos los Consejos Regionales del país. La propuesta de recertificación, el panorama para los médicos de Fuerzas Armadas y de Orden, y los acuerdos en materia de agresiones al personal de salud fueron algunos de los temas que marcaron esta versión de la asamblea.

Los días 30 y 31 de marzo se realizó en Pucón la Asamblea General del Colegio Médico. El encuentro, organizado por el Consejo Regional Temuco, congregó a los presidentes y directivas de todos los Consejos Regionales del país, y también a agrupaciones y departamentos que componen la Orden.

La primera jornada comenzó con la última cuenta del presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris, quien dejará el cargo en el mes de junio, tras seis años a la cabeza de la institución. En su cuenta, el directivo expuso los hitos más relevantes desde que asumió en mayo de 2011 hasta marzo de 2017, destacando la solidez financiera en que entregará la organización, el prestigio alcanzado a nivel nacional como internacional situando al Colmed como referente en materia de salud y el aumento de la colegiatura desde que comenzó su administración, alcanzando más de 26 mil afiliados.

Tras la presentación del Dr. Paris, se vivió un emotivo momento en la cuenta de la Dra. Magali Pacheco, vicepresidenta de Colmed, quien hace un

año congeló sus actividades gremiales por motivos de salud. En su exposición la Dra. Pacheco efectuó un resumen de sus dos periodos en el Gremio y agradeció el apoyo de los directivos y funcionarios en su recuperación.

La asamblea continuó con las presentaciones de los Estados Financieros, a cargo del Dr. Sergio Rojas, tesorero de Colmed; del Fondo de Solidaridad Gremial, Dr. Nelson Díaz, prosecretario y presidente del FSG; y de la Fundación de Asistencia Legal, también presentada por el Dr. Rojas, quien destacó que en el 2016 Falmed alcanzó los 21.045 afiliados.

Posteriormente se discutieron tres temas de interés. El primero de ellos fue el de la recertificación de especialidades médicas. Fue moderado por el Dr. Octavio Enríquez, presidente del Departamento de Formación y Acreditación; y participaron la Dra. Rebeca Paiva, presidenta del Departamento de Trabajo Médico, y el Dr. Hugo Reyes, consejero nacional por Valparaíso.

Al respecto, se acordó rechazar el proyecto que el Ministerio de Salud elabora en esta materia y entregar una propuesta alternativa. Ésta saldrá de la fusión entre la propuesta presentada por la Dra. Paiva y la del Regional Valparaíso presentada por el Dr. Hugo Reyes (VER artículo páginas 8-9).

El segundo tema fueron los avances de las comisiones negociadoras entre el Colmed y Minsal, y fue moderado por el Dr. Sergio Rojas. Participaron de él los representantes de las agrupaciones de MGZ, Residentes Chile, Médicos APS y el Departamento de Acreditación y Formación, quienes formaron parte de las distintas mesas de negociación que se iniciaron el 2016 con las autoridades de Gobierno y que continúan este año.

El último tema fue la carrera funcionaria, mesa conducida por la anfitriona de la asamblea, la Dra. Verónica Fonseca, presidenta del Consejo Regional Temuco, y en la que expusieron las agrupaciones MGZ, Residentes Chile, Médicos APS y Médicos de las Fuerzas Armadas (VER RECUADRO).

## MÉDICOS DE FFAA Y DE ORDEN

Invitado a exponer sobre este tema fue el consejero regional por Concepción, Dr. Emilio Costa, quien además es vicepresidente del Capítulo Médico de Fuerzas Armadas en su región.

En su presentación, el Dr. Costa explicó la organización y dependencia de los médicos de las Fuerzas Armadas y de Orden y la situación de desventaja en que se encuentran en comparación con los médicos de los servicios de salud. Esto, porque pese a que todos se rigen por las mismas leyes, los beneficios conseguidos para los profesionales de los servicios de salud, no llegan a los de Fuerzas Armadas y de Orden, dado que éstos últimos pertenecen a otro ministerio (Defensa).

El directivo concluyó que el Colegio Médico debe ser el canal de comunicación entre los Ministerios de Salud, Hacienda y Defensa, de modo que los logros sean transversales y no existan diferentes categorías de médicos. Así, quienes efectúan un mismo trabajo deben tener acceso a las mismas remuneraciones y beneficios.

El Dr. Costa destacó el trabajo del Colegio Médico, primero sensibilizando respecto del tema y luego participando en reuniones con los estamentos más altos de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de Orden y la Subsecretaría de Defensa, gracias al cual se estaría a punto de culminar los avances que conducirían a una igualdad entre los médicos acogidos a la Ley 15.076.

En esta materia, la asamblea acordó impulsar en el Poder Ejecutivo y Legislativo la unificación de las leyes que rigen a todos los médicos que se desempeñan en el sector público de salud. Esto abarcaría no sólo a los médicos de las Fuerzas Armadas y de Orden, sino también a quienes se desempeñan en otros servicios públicos y que pertenecen a otros ministerios. Tal es el caso de los médicos en las universidades (Ministerio de Educación), en el Servicio Médico Legal y en el Sename (ambos del Ministerio de Justicia).

La jornada del viernes 31 el trabajo de la asamblea se centró en las exposiciones sobre la labor desarrollada durante 2016 por las agrupaciones, departamentos y los Consejos Regionales de Santiago y Calama. También se entregó la cuenta de Fatmed, a cargo de su presidente, Dr. Jorge Sánchez, y el Dr. Sergio Rojas entregó un informe de las diversas acciones que realizó el Colmed ante la crítica situación de isapre Masvida.

Finalmente, la Asamblea recibió la visita de

la ministra de Salud, Dra. Carmen Castillo, quien realizó una presentación sobre el avance en la construcción de los hospitales a lo largo del país, y anunció que en abril se entregaría un nuevo informe sobre la brecha de especialistas. También abordó temas de contingencia, como la participación en el Censo de los médicos que cumplen funciones administrativas en el sistema público (contrato 44 horas). La ministra Castillo también se refirió al Examen Único de Conocimientos en Medicina (EUNACOM) y aclaró que esta prueba debe existir

siempre, y que los médicos especialistas deben realizar su certificación ante la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). También anunció que "como Gobierno queremos terminar con el modelo experimental y Centros de Referencia de Salud".

### Acuerdos Asamblea General Ordinaria

**ACUERDO N° 1:** De acuerdo con lo establecido por el artículo 36 de los Estatutos, se procede a elegir a los tres vicepresidentes de la Asamblea General:

- Por Consejos Regionales del Norte: Dra. Teresa Barlaro Fuentealba (Presidenta Consejo Regional Iquique).
- Por Consejo Regional Santiago: Dra. Izkia Siches Pastén (Presidenta Consejo Regional Santiago).
- Por Consejos Regionales del Sur: Dra. Verónica Fonseca Salamanca (Presidenta Consejo Regional Temuco).

**ACUERDO N° 2:** En cumplimiento de lo establecido en el artículo 15 del D.L. N° 2757, de 1979, se aprueba el Balance del Colegio Médico de Chile, debidamente controlado por auditores externos.

**ACUERDO N° 3:** Se acuerda solicitar a autoridades del Poder Ejecutivo y Legislativo presentación de proyecto de ley elaborado por Colegio Médico y Falmed sobre aumento de penas por agresiones a personal de salud en establecimientos asistenciales.

**ACUERDO N° 4:** Se aprueba rechazo a normativa sobre recertificación de especialistas propuesta por Ministerio de Salud (56 votos a favor, 1 en contra y 2 abstenciones)

**ACUERDO N° 5:** Se acuerda establecer como fecha límite de negociaciones con autoridades de salud el día 30 de abril de 2017, considerando la escasa acogida que han tenido las propuesta del Colegio Médico en las distintas comisiones que están actualmente en funcionamiento.

**ACUERDO N° 6:** Se acuerda rechazar los procedimientos de habilitación implementados por las universidades para el otorgamiento de becas de especialización (32 votos a favor, 31 en contra y 2 abstenciones).

**ACUERDO N° 7:** Se acuerda solicitar a las autoridades de Salud la creación de una oficina o instancia

## AGRESIONES A EQUIPOS DE SALUD

Días previos a la realización de la Asamblea General en Pucón, se conocieron tres casos de graves agresiones a médicos generales de zona en Yungay, Marchigüe y Loncoche.

El tema también fue motivo de discusión en la Asamblea, instancia que acordó rechazar todo tipo de agresiones a profesionales de la salud en los centros asistenciales y exigir a las autoridades la implementación de medidas adecuadas para evitar la ocurrencia de estas situaciones y perseguir la responsabilidad de los agresores.

Asimismo, se acordó solicitar a las autoridades de Gobierno y parlamentarios la presentación de un proyecto de ley –que se elaboraría en conjunto con el Colegio Médico y Falmed– que aumente las penas por agresiones al personal de salud en establecimientos asistenciales.

Por último, la Asamblea también acordó promover la creación de una instancia al interior de Colegio Médico –tanto a nivel nacional como en regiones– de prevención de agresiones al personal de salud, en la que participen usuarios, autoridades locales, Carabineros, fiscalía y el Colegio Médico.



# QUEREMOS ESTAR PRESENTES EN CADA ETAPA DE TU VIDA

Te invitamos a conocer los beneficios de nuestro Plan Convenio del Colegio Médico de Chile A.G. Incluye Cuenta Corriente, Línea de Crédito y Tarjeta de Débito<sup>(1)</sup>

PLAN  
**COSTO \$0**  
sin condiciones

Además contamos con beneficios exclusivos con tus Tarjetas de Crédito y Tasas Preferenciales para los Créditos de Consumo y Créditos Hipotecarios que solicites

Para consultas y solicitud de productos comunícate con:

<p><b>José Miguel Romero</b> Agente Sucursal Teléfono: 32 254 73 00 Mail: jmromerop@bancochile.cl</p>	<p><b>Ana Lorena Pérez</b> Jefe Plataforma Banca Preferencial Teléfonos: 32 254 73 51 / 93239360 Mail: aperez@bancochile.cl</p>
Prat 698, Valparaíso	

CONVENIOS Banco de Chile

Beneficios válidos hasta Diciembre del 2017. Otorgamiento de productos bancarios sujeto a evaluación y aprobación previa del Banco. (1) Tarifas se mantendrán vigentes mientras el cliente se encuentre asociado al Colegio Médico de Chile (A.G.) en convenio, y se encuentre este activo. Sólo para clientes de rentas sobre \$500.000 líquidos. Infórmese sobre la garantía estatal de los depósitos en su banco o en [www.sbf.cl](http://www.sbf.cl)



Dr. Hugo Reyes expone la propuesta regional de recertificación.

que resuelva todas las controversias que se susciten con ocasión del cumplimiento del PAO (Período Asistencial Obligatorio) (54 votos a favor, 5 en contra y 3 abstenciones).

**ACUERDO N° 8:** Se acuerda exigir que todos los programas de postgrado que se dicten por las universidades se encuentren acreditados (63 votos a favor y 2 en contra).

**ACUERDO N° 9:** En el marco del necesario desarrollo profesional de los médicos de atención primaria, se acuerda exigir a las autoridades que se implemente la formación médica continua, mediante reuniones clínicas, pasantías, consultorías con especialistas, etc. Asimismo, se acuerda exigir que el 20% de la jornada médica sea destinada a formación e investigación.

**ACUERDO N° 10:** Se acuerda impulsar en el Poder Ejecutivo y Legislativo la unificación de las leyes que rigen a todos los médicos que se desempeñan en el sector público de salud (52 votos a favor, 2 en contra y 1 abstención).

**ACUERDO N° 11:** Se acuerda realizar asamblea nacional de médicos mayores, con el fin de establecer una entidad de carácter nacional que los reúna, con representación a nivel regional y nacional, en la cual se deberá definir, además, el nombre de la referida agrupación.

**ACUERDO N° 12:** Se acuerda mandar a Mesa Directiva Nacional para que solicite reunión con asociaciones de municipios, con el objeto de plantear reivindicaciones acordadas en esta Asamblea General Ordinaria respecto de la atención primaria de salud.

**ACUERDO N° 13:** Se acuerda validar trabajo de Residentes Chile con Agrupación de MGZ, Udelam y Agrupación de Médicos de APS al interior del Colegio Médico, con el fin de obtener la calidad de funcionarios públicos para todos los médicos que

realicen programas de especialización con fondos públicos y para avanzar en el establecimiento de un marco regulatorio común, sin perder los beneficios ya obtenidos por cada uno de los estamentos médicos.

**ACUERDO N° 14:** Se acuerda solicitar a ASOFAMECH implementar normativa y medidas preventivas para hacer frente a situaciones de acoso que puedan sufrir médicos y médicas residentes.

**ACUERDO N° 15:** Se acuerda rechazar todo tipo de agresiones a profesionales de la salud en los centros asistenciales y exigir a las autoridades la implementación de las medidas adecuadas para evitar estas situaciones y perseguir la responsabilidad de los agresores.

**ACUERDO N° 16:** Se acuerda solicitar la modificación de aquellas normas que exigirían a médicos en EDF otorgamiento de cauciones para el otorgamiento de becas de especialización y que sancionarían con inhabilitación en caso de incumplimiento.

**ACUERDO N° 17:** Se acuerda promover la adecuada consagración constitucional del derecho a la protección de la salud como un derecho humano fundamental.

**ACUERDO N° 18:** Se acuerda promover la creación de una instancia al interior de Colegio Médico, a nivel nacional y regional, de prevención de agresiones al personal de salud con participación de usuarios, autoridades locales, Carabineros, fiscalía y COLMED (58 votos a favor, 3 en contra 1 abstención).

**ACUERDO N° 19:** Se acuerda iniciar conversaciones con ASOFAMECH para que se incorpore en malla de pregrado conocimiento amplio del tema de primeras naciones (46 votos a favor, 7 en contra y 7 abstenciones).

**ACUERDO N° 20:** Se acuerda iniciar estudio de factibilidad de proyecto de construcción de club de campo en San Pedro de Atacama, presentado por Consejo Regional El Loa (52 votos a favor, 3 en contra y 3 abstenciones).

**ACUERDO N° 21:** Se acuerda apoyar decisión de Mesa Directiva Nacional de solicitar a Tribunal Nacional de Ética que iniciara procedimiento ético en contra del ex presidente de Empresas Masvida, Dr. Claudio Santander, por expresiones soeces e injuriosas esgrimidas en contra del Colegio Médico de Chile (60 votos a favor, unánime).

**ACUERDO N° 22:** Se acuerda impulsar la modificación de la ley de isapres, sin debilitar Fonasa (53 votos a favor, 3 en contra y 2 abstenciones).

**ACUERDO N° 23:** Exigir a la autoridad el cumplimiento de la ley en materia de integración vertical, fortaleciendo atribuciones de Superintendencia de Salud (59 votos a favor y 3 en contra).

**ACUERDO N° 24:** Se acuerda promover la limitación a las ganancias de las isapres (36 votos a favor, 16 en contra y 6 abstenciones).

**ACUERDO N° 25:** Se acuerda interponer acciones legales por expresiones difamatorias dirigidas en contra del Colegio Médico por ex presidente de Empresas Masvida Claudio Santander (60 votos a favor, 1 en contra y 1 abstención).

**ACUERDO N° 26:** La Asamblea General acuerda continuar prestando asesoría legal a los médicos colegiados de isapre Masvida, especialmente en la defensa de las condiciones de vigencia de sus planes de salud.



# Propuesta regional de recertificación de especialidades

Colegios Médico, de Cirujano Dentistas y de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de la región elaboraron una propuesta alternativa a la que trabaja el Ministerio de Salud.

A partir del proyecto en el que trabaja el Departamento de Calidad y Formación del Ministerio de Salud sobre la recertificación de las especialidades de los prestadores individuales, el Regional Valparaíso del Colegio Médico, junto al Colegio de Cirujanos Dentistas y al Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de nuestra región generaron una propuesta que mejora varios aspectos del proyecto ministerial.

## Certificación y recertificación

El Decreto 57/2007 del Ministerio de Salud define la **certificación** como el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual domina un cuerpo de conocimientos y/o experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, para el otorgamiento del correspondiente certificado. La **recertificación** es el proceso por el cual una entidad competente asegura, a través de un proceso de evaluación periódica, que un profesional debidamente certificado mantiene actualizados sus conocimientos y habilidades.

Actualmente, el Ministerio de Salud reconoce 59 especialidades médicas y 14 especialidades odontológicas.

Según señala el consejero nacional del Colegio Médico, Dr. Hugo Reyes, el proyecto del Minsal tiene varios defectos. "Por ejemplo, se centra en lo público, no considera la dimensión ética ni de salud laboral, posibilita la creación de múltiples entidades certificadoras, deja abierto el ejercicio no vigente de la especialidad, no establece un proceso objetivo y técnico, entre otras falencias, todo lo cual nos llevó a estos tres colegios profesionales de la región a formular un proyecto nuevo para presentarlo a las autoridades", afirma.

En lo fundamental, la propuesta desarrollada por los tres colegios profesionales abarca la naturaleza de las entidades que deben certificar las especialidades, los plazos para realizar el proceso, y las características y criterios de recertificación.

### Qué organismos deben recertificar

Las entidades autorizadas hoy para certificar y recertificar son la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas (CONACEO) y las universidades. El proyecto que actualmente trabaja el ministerio permitiría que se puedan incorporar también otras entidades certificadoras. Al respecto, el Dr. Reyes considera que "además de las universidades, que deben tener el rol principal como entidades certificadoras de sus propios programas, debe haber un único organismo que pueda certificar a cada profesión. Porque el riesgo de permitir que otras entidades lo hagan es que aparezcan particulares buscando beneficio económico en lugar de calidad profesional".

### Cuándo recertificar

En primer lugar, la propuesta regional plantea que la Superintendencia de Salud debe comunicar con un año de antelación a los profesionales que deben recertificar. Además, se sugiere que la primera recertificación sea a los 10 años de obtenida la especialidad, luego cada 5 años, hasta los 65 años, y posteriormente una evaluación cada 3 años por entidades pertinentes. "Porque, por ejemplo, un cirujano a los 65 años de ejercicio de su especialidad amerita más una comisión especial que vea cuestiones como la motricidad fina o si están mentalmente aptos", explica el facultativo.



Consejo Regional en que el Dr. Hugo Reyes y el presidente regional del Colegio de Cirujanos Dentistas, Dr. Carlos Marchant, presentaron la propuesta.

### Características de la recertificación

El proceso debe ser objetivo, transparente, técnico, adecuado y uniforme por cada especialidad. "Muchas de estas características no están consideradas en el documento ministerial. Además, pedimos que también sea 'accesible', porque, por ejemplo, al tener CONACEM oficinas únicamente en Santiago obliga a profesionales de zonas extremas a viajar para realizar el proceso; lo que pedimos es que haya una plataforma digital para estos casos, o bien sedes regionales, que pueden ser los colegios profesionales, para facilitar la recertificación de los colegas de zonas alejadas".

### Criterios de recertificación

La propuesta regional incluye criterios obligatorios y opcionales. Según explican, al cumplir los criterios obligatorios el postulante automáticamente obtiene una recertificación por un periodo de 5 años. Sin embargo, los autores de la propuesta regional consideran que hay una serie de aspectos externos a la labor asistencial que debieran ser tomados en cuenta para promover que los profesionales realicen un trabajo más integral, criterios "opcionales" que podrían ser "premiados" con años de extensión en el periodo de recertificación.

#### a) Criterios obligatorios

Éticos: se propone que sean los Tribunales de Ética de los colegios profesionales quienes emitan un certificado de la conducta ética del profesional. En caso que no sea colegiado, el certificado pueden emitirlo los Tribunales Especiales (señalados en la Constitución de la República N° 16 del art. 19) o el Comité de Ética de la institución donde el postulante se haya desempeñado asistencialmente.

De salud laboral: un certificado médico que señale que el postulante tiene una capacidad funcional compatible con el desempeño de la especialidad a la cual busca recertificar. En casos especiales, se podrá solicitar un informe de salud laboral y neuropsicológica, los que serán obligatorios a partir de los 65 años.

Desempeño asistencial: un Certificado de Relación de Servicio con el o los empleadores correspondientes (públicos y privados). En caso de que el ejercicio profesional sólo se realice en consulta privada, deberá presentar una declaración jurada ante notario, una copia de la iniciación de actividades y a lo menos una boleta de honorarios de la especialidad respectiva en cuatro años distintos.

De educación profesional continua: un Certificado de Socio Activo de la sociedad científica respectiva y constancia de participación en eventos de la misma. Demostrar participación en al menos cinco actividades durante los últimos tres años: estadías de capacitación nacional o internacional; asistencia a cursos, congresos, seminarios; participación como conferencista o moderador; asistencia a reuniones clínicas; etc. También se incluye

la participación en el diseño y desarrollo de programas de educación continua, ya sea de colegios profesionales, sociedades científicas relacionadas, centros formadores de educación superior y el Ministerio de Salud a través de su Departamento de Formación y Capacitación, Servicios de Salud y establecimientos autogestionados. En cuanto al financiamiento, éste provendrá del Ministerio de Salud (para profesionales funcionarios de los distintos servicios), Ministerio de Defensa (profesionales de Fuerzas Armadas y de Orden), establecimientos privados de salud, universidades o financiamiento particular.

#### b) Criterios opcionales

Académicos y de investigación: en lo académico se propone considerar la cantidad de años ejerciendo la docencia de la especialidad. Así, por ejemplo, "si se hace clases por más de 4 años tiene un puntaje, entre 2 y 4 años otro puntaje y menos de 2 años otro". También cuando el profesional es investigador, dependiendo de la cantidad de publicaciones que tenga en el periodo también tiene puntaje graduado. De la misma forma si realiza trabajo de dirección, será distinto si es de la especialidad, de pregrado o de diplomado. Y, finalmente, también considera puntaje para los expositores en charlas de la especialidad.

Organizacionales: aquí se consideran tres aspectos principales: la participación en sociedades científicas, con puntaje diferenciado según sea parte del directorio de la sociedad, socio activo o socio número; en el colegio profesional respectivo, con distinto puntaje según participe en la directiva o no; y, finalmente, otras actividades como participación en ONGs o desempeñar cargos públicos directivos.

Si en la sumatoria de los criterios opcionales el postulante tiene entre 7 y 10 puntos, se propone bonificarlo con 2 años más de certificación (es decir, un total de 7 años de recertificación); y si tiene sobre 10 puntos, la bonificación sería de 5 años (es decir, un total de 10 años de recertificación).

La propuesta regional considera un sinnúmero de aspectos que no están contenidos en el proyecto del Minsal y que van más allá del piso obligatorio, apuntando a un perfil de profesionales más integrales. La importancia de perfeccionar el proceso de recertificación de especialidades tiene que ver con su exigencia en el régimen de Garantías Explícitas de Salud, también porque con ella se garantiza una atención con seguridad y calidad a los pacientes, y porque permite mantener los conocimientos y destrezas actualizados a un nivel suficiente para no causar perjuicio a los pacientes. El Dr. Hugo Reyes afirma que "es necesario recordar que como médicos somos parte de un contrato social médico-paciente. Tenemos una responsabilidad con nuestra comunidad y también frente a nuestra propia profesión. De ahí la importancia de tomar este tema y formular mejoras a la propuesta del ministerio".

**e-fitness** evolution  
ELECTROESTIMULACIÓN  
Concón

Nuevo convenio con  
Colegio Médico de Chile

Consulte promociones y descuentos

20 MINUTOS POR SESIÓN  
2 SESIONES POR SEMANA  
RESULTADOS VISIBLES EN 10 SESIONES  
20' e-fitness = 90' GIMNASIO CONVENCIONAL

SESIÓN  
DE PRUEBA  
GRATIS

- ✓ QUEMA GRASA
- ✓ DESARROLLA LA MUSCULATURA
- ✓ LUCHA CONTRA LA CELULITIS
- ✓ MEJORA TONO MUSCULAR
- ✓ PROTEGE LAS ARTICULACIONES Y LA ESPALDA
- ✓ ELEVA GLÚTEOS
- ✓ VIENTRE PLANO
- ✓ MEJORA LA FORMA FÍSICA



Tecnología  
**Fit**™  
ELECTROESTIMULACIÓN



Avda. Blanca Estela 1927, Local 19  
Centro Comercial Lomas de Montemar  
Concón-2510000, V Región (CHILE)  
Cel: (+56) 9 7888 2917  
e-mail: infoconcon@efitness.cl  
www.efitness.cl

	SESIONES AL MES	PRECIO SESIÓN	TIEMPO*	PRECIO TOTAL	DESCUENTO MARZO	PRECIO TOTAL CON DESCUENTO **	PRECIO SESIÓN AL CONTRATAR PLAN HASTA 31/12/17
MENSUAL	4	\$ 30.000	1 mes	\$ 120.000	20%	\$ 96.000	\$ 24.000
	8	\$ 26.250	1 mes	\$ 210.000	30%	\$ 147.000	\$ 18.375
TRIMESTRAL	4	\$ 26.250	1 mes	\$ 315.000	15%	\$ 267.750	\$ 22.313
	8	\$ 23.150	1 mes	\$ 555.000	25%	\$ 416.250	\$ 17.344
SEMESTRAL	4	\$ 22.500	1 mes	\$ 540.000	15%	\$ 459.000	\$ 19.125
	8	\$ 20.625	1 mes	\$ 990.000	20%	\$ 792.000	\$ 16.500
ANUAL	4	\$ 20.000	1 mes	\$ 960.000	15%	\$ 816.000	\$ 17.000
	8	\$ 19.000	1 mes	\$ 1.824.000	20%	\$ 1.459.200	\$ 15.200

\* Las sesiones deben utilizarse dentro del mes.

\*\* Valor rige sólo hasta el 31 de marzo de 2018.

\*\*\*\* Para modificar el día o la hora de la sesión, se debe avisar con 24 horas de antelación (sujeta a disponibilidad horaria).

**e-fitness** evolution  
ELECTROESTIMULACIÓN  
Concón

## Intensa actividad gremial durante

# 2014-2017

A pocas semanas de realizarse un nuevo proceso eleccionario en el Colegio Médico de Chile, algunos dirigentes del Consejo Regional Valparaíso realizaron una evaluación y recuento del trabajo desarrollado durante el período 2014-2017.

Uno de los temas principales y que marcó de manera continua todo el período fue la defensa de los médicos en diversos temas, tales como las condiciones laborales, mejoría de remuneraciones y defensa ante agresiones. Por diversos motivos en distintos centros hospitalarios se ha requerido la presencia de algún dirigente del Colegio Médico Regional y hemos estado en cada uno de ellos, dialogando con los colegas, conociendo sus dificultades y realizando gestiones para dar solución a sus problemas.

Por primera vez trabajamos con los colegios de Dentistas y Químico Farmacéuticos en materias comunes. Las nuevas directivas de ambos gremios son sumamente proactivas y se está produciendo documentación interesante. Tal es el caso de la propuesta regional de recertificación de especialidades que se presentó recientemente en la Asamblea General.

Un gran logro de este período, conseguido particularmente del Dr. Kurt Cárcamo, es la constitución del capítulo médico del Hospital Naval de Viña del Mar, el segundo en el país de una institución de la Armada. De igual modo, es digno de destacar la iniciativa del Dr. Frano Vazón, de formar la primera asociación gremial de un centro médico como fue el caso de Centromed.

Y tal como anunciamos en junio de 2016, el Regional Valparaíso restituyó los dineros que en la década de los 90 un centenar de socios invirtió en el entonces proyecto de club de campo para el Regional y que quedó finalmente abandonado. 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.

En cuanto al terreno en Tabolango, éste finalmente logró venderse y con el fruto de esta venta se restituyeron los dineros que se ocuparon para saldar esta deuda histórica con los socios.

El incremento de la actividad en la sede regional, cada vez más requerida por los colegas, hizo necesaria la reciente adquisición de un nuevo inmueble -aledaño a la sede actual- para ampliar nuestra capacidad. Para las próximas semanas esperamos la entrega de la casa, la que sabemos será ampliamente aprovechada por los colegas.

**Dr. Juan Eurolo Montecino**  
Presidente

Ésta es mi primera experiencia en la labor gremial y me ha resultado altamente valiosa. Pude darme cuenta que el Colegio Médico es una institución enorme, que aborda muchísimos temas y realiza un trabajo sumamente valioso.

Siento que los colegas, tanto los de APS como MGZ y los colegas de hospitales ven en el Colegio un espacio donde pueden plantear sus problemas. Es al menos lo que percibo cuando converso con los colegas, que sienten que el Colegio está ahí para ellos.

En el escenario local creo que se han logrado muchas cosas, pero igualmente me queda la sensación de que se pudo haber hecho más. En medicina privada, por ejemplo, conversamos muchas veces acerca de los problemas de los colegas que se desempeñan en este ámbito, pero concretamos poco. Tal vez esa área sea un tema pendiente y que es necesario potenciar.

**Dr. Kurt Cárcamo Clunes**  
Vicepresidente

Durante mi experiencia como consejero en el Regional Valparaíso decidí centrar mis tareas en el fortalecimiento de la educación médica continua. En esta línea, pudimos desarrollar el año 2015 la primera versión del curso de actualización en conocimientos médicos y preparación para el EUNACOM, que permitió a varios colegas de la región refrescar sus conocimientos en diferentes áreas de la medicina, con especial énfasis en medicina interna. Para este efecto contamos con el apoyo de numerosos colegas de la región, quienes se mostraron entusiasmados en aportar a la formación continua de otros colegas. Este curso se volvió a organizar el 2016 y recientemente comenzó su tercera versión.

Durante 2016, y después de numerosos esfuerzos junto al Departamento de Ética de nuestro Regional, pudimos organizar un curso-taller de bioética, el que congregó a destacados colegas miembros de nuestro Regional que sesionaron semanalmente para perfeccionar sus conocimientos en esta área del humanismo médico y ponerlos al servicio de las instituciones en que desarrollan su labor profesional en beneficio de sus pacientes.

Esta labor no ha sido simple pero hemos contado con el permanente apoyo de la directiva en estas iniciativas docentes relacionadas con el perfeccionamiento continuo y el aprendizaje a lo largo de la vida. A mi juicio debemos potenciar y multiplicar estas instancias para beneficio de nuestros colegas y de los pacientes.

**Dr. Ignacio de la Torre Chamy**  
Consejero regional

El Colegio Médico participó en la mesa de trabajo para mejorar las condiciones laborales e incentivar la permanencia de médicos y especialistas en el sistema público. Muchas de las propuestas realizadas nacieron en el seno del Regional Valparaíso y algunas incluso presentadas en el Parlamento por nuestro consejero nacional, Dr. Hugo Reyes.

La denuncia de la AG de Ginecólogos sobre la discriminación que Clínica Ciudad del Mar aplicaba a pacientes PAD al limitar su número, motivó el apoyo del Regional a la posición de la AG, y la gestión de una reunión con la directora zonal de Fonasa para intentar mediar en el problema.

En julio de 2015 se realizó una jornada de trabajo con las asociaciones gremiales de especialistas de la región, en la cual se abordaron diversos problemas, como la necesidad de recuperar la tuición ética, la relación de la medicina privada con las isapres y Fonasa, y problemas relacionados con la fijación de aranceles.

Desde 2015 el Regional ha venido trabajando fuertemente con los colegios de Dentistas y Químico Farmacéuticos de la región, tomando el acuerdo de abordar en conjunto el análisis de iniciativas legales y reglamentarias que nos afectan.

**Dr. Vicente Carrillo Andrades**  
Consejero regional

# Algunos hitos de la gestión 2014-2017

## Apoyo a médicos agredidos



- Apoyo al Dr. Max Mertens ante agresión sufrida en el Hospital de Quintero (2014).
- Apoyo al médico del Hospital de Limache, Dr. Fabián Valdovinos, quien recibió mordedura de una paciente (2016).



- Movilización de médicos EDF de La Calera quienes demandaban mejor seguridad en el hospital, luego que el Dr. Patricio Hormázabal fuera amenazado con lo que parecía ser una arma de fuego (2016).
- Diversas gestiones con Carabineros, Gobernaciones provinciales y autoridades locales para mejorar la seguridad en hospitales en diversas comunas.

## Apoyo a movilizaciones por condiciones laborales



- Movilización de médicos de la UEA del Hospital Van Buren por condiciones de la posta (2014).
- Movilización de médicos APS de Viña del Mar por condiciones laborales (2015).
- Movilización de los médicos del Hospital de Quillota por falta de medicamentos (2016).



- Movilización de los médicos EDF de La Calera, quienes denunciaron gestión inadecuada de la dirección del hospital (2016).
- Movilización de los médicos EDF de Hospital de Cabildo, quienes realizaron diversas denuncias contra la directora del centro asistencial (2017).

## Trabajo con colegios profesionales



- Reunión con todos los colegios profesionales de la región para reactivar el proyecto de ley de colegios profesionales (2015).



- Trabajo con colegios de Dentistas y de Químico Farmacéuticos en temas como farmacias populares y política de medicamentos (2016), tuición ética (2016) y recertificación de especialidades (2017), entre otros.

## Organización gremial



- Constitución del Capítulo Médico del Hospital Naval Almirante Neff (2016).
- Asociación Gremial de Médicos de Centromed (2016).



- Apoyo a la constitución del Capítulo Médico del Hospital Eduardo Pereira (2015).
- Se constituyó Departamento Regional de Ética (2015).
- Apoyo a la constitución del Capítulo Médico del Hospital Del Salvador (2016).

## Actividades culturales y de extensión



- Curso de fotografía para colegiados y familiares (2016).
- Concursos literarios para médicos colegiados (2015, 2016).



- Publicación del libro con recopilación de artículos sobre temas éticos del Dr. Fernando Novoa (2016).
- Organización de la primera Expo-egresados (2016).

## Formación



- Curso de preparación para el Eunacom (2015, 2016 y 2017).



- Curso-taller de bioética (2016).

## Contacto con la comunidad



- Reunión con dirigentes de la Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Viña del Mar para explicar la crisis de salud en Chile (2015).

## Actividades solidarias y médico-sociales



- Operativo médico en Santo Domingo en conmemoración del 60° aniversario de MGZ (2015).
- Campaña de recolección de dinero para afectados por megaincendio en Valparaíso (2014).



- Centro de acopio de medicamentos para afectados de megaincendio (2014).

## Otras actividades gremiales



- Apoyo a la AG de Ginecólogos en denuncia por trato discriminatorio de clínicas a embarazadas de Fonasa y gestión ante la directora zonal de Fonasa (2015).
- Reunión de AG de especialistas para tratar temas comunes (2015).



- Reuniones con autoridades para tratar diversos temas que afectan a los médicos.
- Pago de deuda histórica por terreno de Tabolango y venta del terreno (2016).
- Compra de casa para ampliar sede regional (2016).
- Continua y férrea defensa del Eunacom.



# Mejoras a Leyes Médicas 15.076 y 19.664

Las mejoras obtenidas en la última negociación con el Ministerio de Salud –e informadas en la anterior edición de *Panorama Médico*– han sido ampliamente consultadas, especialmente en lo que se refiere a los montos concretos en que se aumentan las remuneraciones. A continuación presentamos una aplicación de las asignaciones obtenidas.

## I. Modificaciones Ley 15.076 (residentes)

- Asignación de 15% del sueldo base mensual.**  
Significa un aumento de \$139.978 mensuales  
Imponible para salud y pensiones  
En vigencia desde que se publicó la Ley
- Derecho a sala cuna (Art. 203 del Código del Trabajo)**  
En vigencia desde que se publicó la Ley
- Reconocimiento del tiempo de turnos que forman parte del programa de formación, para efectos del Art. 44 de la Ley 15.076**  
Entrará en vigencia una vez que se publique su Reglamento.

## II. Modificaciones Ley 19.664

- Portabilidad del cargo o de la acreditación.**  
Reconocimiento de los atributos asistenciales/docentes, etc.  
En vigencia desde que se publicó la Ley
- Reconocimiento de tiempo como becario para optar al Nivel I de Etapa Planta Superior (EPS).**  
En vigencia desde que se publicó la Ley
- Aumento asignación de Reforzamiento Profesional Diurno**  
- De 23% sube a 28% para EDF (5%)  
- De 92% sube a 108% para EPS (16%)  
En vigencia desde que se publicó la Ley

EDF	Enero a diciembre 2016	Enero 2017 en adelante
44 hrs	De 23% a 26% (sube un 3% = \$27.127 x 11 meses = \$298.404 + \$27.995 = \$326.399)	De 26% a 28% \$18.663 mensual (sube 2%)
EPS	Enero a diciembre 2016	Enero 2017 en adelante
44 hrs	De 92% a 101% (sube un 9% = \$81.383 x 11 meses = \$895.213 + \$83.987 = \$979.200)	De 101% a 108% \$65.323 mensual (sube 7%)
33 hrs	\$734.400 (sube 9%)	\$48.992 (sube 7%)
22 hrs	\$519.599 (sube 9%)	\$32.661 (sube 7%)
11 hrs	\$244.800 (sube 9%)	\$16.330 (sube 7%)

- Asignación de permanencia para especialistas y sub-especialistas certificados e inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud:**  
- Cargos de 44, 33 y 22 horas: 40% del sueldo base  
- Cargos de 11 horas: 10% del sueldo base

EPS	Enero a diciembre 2016	Enero 2017 en adelante
44 hrs	\$2.720.002 (sube 25%)	\$373.276 (sube 40%)
33 hrs	\$2.040.001 (sube 25%)	\$279.957 (sube 40%)
22 hrs	\$1.360.001 (sube 25%)	\$186.638 (sube 40%)
11 hrs	\$135.999 (sube 5%)	\$23.329 (sube 10%)

### IMPORTANTE

- Todos los montos de la Ley Médica se calculan en relación al sueldo base.
- La asignación de especialistas es independiente de la antigüedad o etapa de la carrera médica.
- Los beneficios de reforzamiento profesional diurno son diferentes según la etapa de la carrera médica en que se está: Etapa de Destinación y Formación (EDF) o Etapa de Planta Superior (EPS).
- Desde octubre de 2014, los especialistas que han cumplido 6 años de antigüedad, o los médicos generales que llevan 9 años en la carrera pública, deben pasar a Planta Superior como "asimilados", siempre que se difundan plazas a proveer y de acuerdo con la existencia de cupo financiero para recibir el beneficio remuneracional respectivo.
- El tiempo de formación de especialidades financiadas por el Estado se suman a la antigüedad y los turnos efectuados como parte de la formación deben ser considerados para el artículo 44.
- Las asignaciones están sujetas a descuento de impuesto único.
- Para ver el detalle de los cambios, se deben pedir las colillas suplementarias en RRHH de cada establecimiento o imprimirlas desde el módulo autoatención (consulte en RRHH de su establecimientos para obtener clave).

## La información de mi colilla de pago

### LEY 19.664

Ley que rige a los médicos que inician la carrera funcionaria al ingresar a la Etapa de Destinación y Formación (EDF) y que luego pasan a la Etapa de Planta Superior (EPS). Tiene asignaciones que son fijas. La antigüedad tiene valores menores que en la Ley 15.076, pero tienen un sueldo base mayor.

### Sueldo base

Norma: Art. 29 Ley 19.664

Cálculo: Valor fijo según Escala de Sueldos.

Hrs. Sem.	Diciembre 2016 a noviembre 2017
11	\$232.299
22	\$466.596
33	\$699.894
44	\$933.192

### Asignación de antigüedad

Norma: Art. 30, Ley 19.664

Cálculo: (Sueldo base) x porcentaje según trienio

Trienio	%	Trienio	%
1	34	8	62
2	44	9	64
3	47	10	66
4	50	11	68
5	53	12	70
6	56	13	72
7	59		

**Asignación de experiencia calificada****Norma:** Art. 32 Ley 19.664**Cálculo:** Porcentaje del sueldo base

Nivel	% sueldo base
1	40
2	82
3	102

Con seis años en EDF se puede concursar a EPS. A través de la acreditación de los cursos realizados, diplomados, etc., el profesional va subiendo de nivel, con el correspondiente reajuste de las asignaciones de reforzamiento profesional y experiencia calificada. Y en cualquier nivel, si pasan más de 9 años el profesional está obligado a acreditar, de lo contrario pierde el cargo.

En el caso de experiencia acreditable en un sistema externo, es necesario ingresar a nivel 1, aun teniendo experiencia calificada para estar en un nivel superior. Es facultad del director del Servicio de Salud conceder este ingreso, difundiendo las plazas a proveer y siempre que no haya más postulantes y teniendo el profesional los méritos para acreditar en un nivel superior.

**Asignación de reforzamiento profesional****Norma:** Art. 33 Ley 19.664**Cálculo:** Porcentaje del sueldo base

Tipo funcionario	% sueldo base
EDF	28
EPS	108

**Incremento previsional****Norma:** Art. 2 DL 3.501**Cálculo:** Valor fijo según Escala de Sueldos**Bonificación compensatoria de salud****Norma:** Art. 3 Ley 18.566**Cálculo:** Valor fijo según Escala de Sueldos**Bonificación compensatoria previsional****Norma:** Art. 10 Ley 18.675**Cálculo:** Valor fijo según Escala de Sueldos**Bonificación compensatoria previsional****Norma:** Art. 11 Ley 18.675**Cálculo:** Valor fijo según Escala de Sueldos**Asignación de estímulo (TRANSITORIA)****Norma:** Art. 35 Ley 19.664**Cálculo:** 10% a 180% del sueldo base

Asignación cuyo porcentaje lo determina el director del Servicio de Salud, y que se asigna por los siguientes conceptos:

- Jornadas prioritarias
- Competencias profesionales
- Condiciones y lugares de trabajo
- Condiciones especiales y Asignación de riesgo

**Asignación de responsabilidad (TRANSITORIA)****Norma:** Art. 34 Ley 19.664**Cálculo:** 10% a 130% del sueldo base

El director del Servicio de Salud determina el porcentaje de esta asignación, de acuerdo con las disponibilidad de recursos y necesidades de los establecimientos bajo su dependencia. Habitualmente se asigna para funciones de dirección, coordinación, supervisión o mando, las que deben ser iguales o superiores a 22 horas semanales.

**Bono de desempeño individual (TRANSITORIA)****Norma:** Art. 36 Ley 19.664**Cálculo:** total anual de (sueldo base + Asig. Antigüedad + Asig. Experiencia calificada, cuando corresponda) durante el año evaluado.

Asignación asociada al proceso de calificación. Se paga anualmente al 30% de los profesionales funcionarios de cada establecimiento mejor evaluado durante el año inmediatamente anterior al pago. El 10% del monto se paga al 15% de profesionales mejor evaluados, y el 5% para los profesionales que les sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 30%. Se paga en dos cuotas, en julio y diciembre de cada año.

**Bono de desempeño colectivo (TRANSITORIA)****Norma:** Art. 37 Ley 19.664**Cálculo:** hasta 10% de (total anual de Sueldo base + Asig. Antigüedad + Asig. Experiencia calificada, cuando corresponda)

Asignación asociada al proceso de calificación. Reconoce el cumplimiento de metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la dirección del respectivo Servicio de Salud. El director del Servicio de Salud fijará los porcentajes a pagar según el cumplimiento de metas.

En noviembre de cada año se establece, entre los directores de los hospitales y el director del Servicio de Salud, un convenio con el programa anual de trabajo para el año siguiente. Una comisión del Ministerio de Salud lo revisa en marzo y lo paga si se cumple la meta establecida; si cumple menos del 75% no hay derecho a pago.

**Horas extraordinarias****Norma:** Art. 43 Ley 19.664**Cálculo:** [(sueldo base + Asig. Antigüedad + Asig. Experiencia calificada, cuando corresponda) / 190] x 25% (hora extra diurna) o 50% (hora extra nocturna)

El máximo de horas extraordinarias diurnas, cuyo pago podrá autorizarse, será de cuarenta horas por profesional al mes.

**LEY 15.076**

Norma los cargos de 28 horas, cuyos porcentajes están establecidos y no pueden modificarse. Sólo reconoce las especialidades señaladas en su artículo 27.

**Sueldo base****Norma:** Art. 7 Ley 15.076 - Art. 20 DS 110**Cálculo:** Valor fijo según Escala Única vigente. Valor 2017: \$134.978**Asignación de antigüedad****Norma:** Art. 34 Ley 15.076 - Art. 22 DS 110**Cálculo:** (Sueldo base) x porcentaje según trienio

Trienio	%	Trienio	%
1	40	8	150
2	60	9	155
3	80	10	160
4	95	11	165
5	110	12	170
6	125	13	175
7	140		

**Asignación de estímulo****Norma:** Art. 1 Ley 19.230**Cálculo:** (Sueldo base + Horas extras) x 150%**Horas nocturnas, domingos y festivos****Norma:** Art. 34 Ley 15.076 - Art. 33 DS 110**Cálculo:** (Sueldo base + Trienios + Asig. Profesional + DL 3.551 + Ley 19.230 + Jefatura de turno + Falencia por Especialidad) x por 31,25% (75 hrs) o 35,83333% (86 hrs)**Decreto ley 3.501****Norma:** Art. 2 DL 3.501**Cálculo:** (Sueldo + Trienios + Horas + Falencia por especialidad) x 13.05%**Art. 65 ley 18.482****Norma:** Art. 65 Ley 18.482**Cálculo:** según Escala Única vigente**Decreto ley 3.551****Norma:** Art. 39 DL 3.551 - Art. 8 terc. Ley 15.076**Cálculo:** según Escala Única vigente**Bonificación de salud****Norma:** Art. 3 Ley 18.566**Cálculo:** (Sueldo + Trienios + Horas + Prof o Art 65 + DL 3.501 + Falencia por Especialidad + Falencia Urgencia + DL 3.551 + Asig. Estímulo) x 4.3% (con trienios) y 4.5% (sin trienios), no superando tope imponible UF**Art. 10 ley 18.675****Norma:** Art. 10 Ley 18.675**Cálculo:** (idem anteriores + Ley 18.566) x 10% (con trienios, hasta tope imponible) y 11% (sin trienios)

Se deja de percibir cuando el funcionario se acoge al art. 69 DL 3.500 (es decir, cuando deja de cotizar al cumplir la edad legal para jubilar)

**Art. 11 ley 18.675****Norma:** Art. 11 Ley 18.675**Cálculo:** (idem anterior + Ley 18.675) x 11% (hasta tope imponible)

Asignación compensatoria otorgada en 1988, por aumento del sueldo base imponible. Corresponde sólo a quienes estaban trabajando a la fecha de publicación de la Ley.

**Asignación sustitutiva art. 4 ley 18.717****Norma:** Art. 4 Ley 18.717**Cálculo:** según Escala Única vigente

Antiguamente en la administración pública se pagaba colación y movilización, y al eliminarse se otorgó esta compensación de \$17.628. La excepción es que si se tiene un cargo en la Ley 15.076 y otro en la 19.664 no corresponde pagar esta asignación. Recientemente hubo una suspensión de esta asignación para los cargos diurnos.

**Asignación por falencia de urgencia****Norma:** Art. 2 Ley 19.230**Cálculo:** 50% del sueldo base. Excepto para profesionales de Maternidad.**Asignación Unidad Cuidados Intensivos****Norma:** Art. 2 Ley 19.230 - Art. 27 letra j) Ley 15.076**Cálculo:** 50% del sueldo base**Asignación falencia por especialidad****Norma:** Art. 27 Ley 15076 - DS 110 letra c)**Cálculo:** porcentaje sobre sueldo base

%	Especialidad
50	Anatomía Patológica
40	Anestesiología
40	Radiología
40	Radioterapia
40	Microbiología
40	Neumotisiología
40	Fisiatría
40	Cirugía del Torax y Tuberculosis
40	Medicina Familiar



**Asignación art. 1 ley 19.112****Norma:** Art. 1 y 3 Ley 19.112 - Art. 8 quater Ley 15.076**Cálculo:** [(Sueldo + Trienios + DL 3.501 + Profesional + Art. 65 Ley 18.482 + DL 3.551 + Ley 18.566 + Falencia por Especialidad + Art. 10 y 11 Ley 18.675 + Ley 18.717 + Falencia Urgencia + Jefatura Turno + Asig. Estímulo + Asig. Responsabilidad) x 20%] + [Sueldo x 32%]**Bono especial art. 10 ley 20.261****Norma:** Art. 10 Ley 20.261**Cálculo:** según Escala Única vigente

Excepto para funcionarios acogidos al artículo 44.

**Asignación jefe de turno****Norma:** Art. 7 Ley 19.112**Cálculo:** 50% del sueldo base**Asignación por especialidad inscrita en la Superintendencia de Salud****Norma:** Art. 10 Ley 20.707**Cálculo:** 30% S/ sumatoria (Sueldo + Trienios + Ley 19.230 + DL 3.551 - Art. 65 Ley 19.882 y Asig. Estímulo 150% Sólo si trabajan en Posta-UCI y Maternidad**Asignación de responsabilidad****Norma:** Art. 9 letra a) Ley 15.076 - Art. 23 DS 110**Cálculo:** 10% a 90% del sueldo base

Asignación para los profesionales funcionarios en cargos respecto de los cuales el empleador acuerda otorgar una asignación de responsabilidad.

**Asignación por liberación de guardia****Norma:** Art. 44 Ley 15.076**Cálculo:** Conserva remuneración de 28 horas y mantiene el N° de trienios para el cálculo de las horas.Asignación para profesionales con 20 años de trabajo en el sistema 1 (28 horas) y sistema 2 (establecimiento sin posta, pero con turnos similares), sin turnos nocturnos, domingos y festivos. **EM**

**ELECCIONES GENERALES**  
**COLEGIO MÉDICO DE CHILE**  
**25-26-27-28** DE MAYO

El Consejo General del Colegio Médico de Chile convoca a elecciones ordinarias para renovar los 5 cargos de la Mesa Directiva Nacional: presidente, primer vicepresidente, secretario general, prosecretario general y tesorero general. El Consejo Regional Valparaíso deberá elegir, además, a 7 consejeros regionales y 2 consejeros generales.

El plazo para la inscripción de listas vence impostergablemente el 5 de mayo de 2017. El secretario electoral regional es el Dr. Vicente Carrillo Andrades, mientras que el Tribunal Electoral Regional está integrado por los doctores Elizabeth Barthel, Eduardo Bastías y Alberto Botto.

A diferencia de años anteriores, los colegiados por primera vez participarán de un proceso completamente electrónico. La clásica urna de madera y el voto de papel serán reemplazados por una moderna urna virtual a la cual se podrá acceder a través de dispositivos móviles o de cualquier aparato conectado a internet.

Más información en [www.colegiomedicovalparaiso.cl](http://www.colegiomedicovalparaiso.cl)

El encuentro reflexivo de un grupo de médicos en el marco del curso-taller de bioética realizado por el Regional Valparaíso en 2016, sumado al contexto de crisis ambiental que se vive en nuestra región, llevaron a la presidenta del Departamento de Derechos Humanos, Dra. Juanita Fernández, a la reactivación y reestructuración de este organismo.

Cabe recordar que este Departamento se creó primeramente como Comisión, en julio de 2013. Entre las acciones que realizó destacan la coordinación y catastro de la ayuda de laboratorios y médicos, y la colaboración prestada durante el megaincendio de Valparaíso en abril de 2014. Ello tuvo como consecuencia la incorporación del Colegio Médico Regional al Comité de Operaciones de Emergencia (COE). "A su vez, eso nos permitió contribuir en la coordinación de los otros colegios de profesionales (kinesiólogos, enfermeras, matronas, arquitectos e ingenieros) para enfrentar la emergencia y organizar los trabajos. Esto fue altamente valorado por actores y dirigentes sociales que en general consideraban la labor del Colegio Médico como muy alejada del compromiso social", explica la Dra. Fernández.

Sin embargo, las emergencias y amenazas

# Se reestructura Departamento de Derechos Humanos

La instancia, que suma nuevos integrantes, abarcará también la defensa del medioambiente y la biodiversidad.

medioambientales que continuamente se suceden en la región motivaron que este grupo de médicos se organizara para materializar su compromiso social con la comunidad, especialmente cuando el escenario de políticas medioambientales es claramente insuficiente.

"Como médicos conscientes, nos parece imperativo emprender el desafío de una práctica comprometida con el medioambiente y la comunidad. Consideramos que en lo que respecta a daños medioambientales, como por ejemplo,

los niveles críticos de contaminación del aire, del mar, de los ríos y napas (de donde se extrae agua para el consumo personal y riego), así como de la industria alimentaria, entre otros, han tenido estándares, regulaciones, supervisión y resguardos parciales e insuficientes. De ahí que debamos asumir nuestra responsabilidad ética y sanitaria de conocer en profundidad, investigar, condenar y denunciar hechos susceptibles de causar severos daños a la salud de nuestra comunidad, así como de llamar a elaborar multidisciplinariamente propuestas de reparación que





Primera reunión oficial del renovado Departamento.

no tan solo se ejecuten sino que también se mantengan en el tiempo”, manifiesta.

Así, entonces, se propuso la reestructuración del Departamento de Derechos Humanos, incluyendo el enfoque medioambiental y defensa de la biodiversidad, de manera que pueda apoyar y complementar el vínculo con las causas sociales, culturales y medioambientales que puedan generar, directa o indirectamente, daño a la salud de las personas.

Con el objeto de integrar diversas disciplinas, complementarias para el logro de los ob-

jetivos planteados (VER RECUADRO), se invitó a trabajar a nuevos miembros. Integran el renovado Departamento de Derechos Humanos, Medio Ambiente y Biodiversidad los médicos Jaime Fernández, Laura Hernández, Verónica Navarro, Diana Pey, Tomás Selman, Sebastián Vega y Loreto Vent, la doctora en Filosofía Carolina Ávalos y la periodista Sandra Valenzuela.

Respecto del plan de trabajo para el presente año, la Dra. Fernández señala que éste “contempla capacitación y difusión, permitiendo al Colegio Médico tener un rol en aquellas áreas de los derechos humanos que afectan directa e

indirectamente a la salud de las personas”.

Para el presidente regional del Colegio Médico, Dr. Juan Eurolo, la incorporación del tema medioambiental al Departamento de Derechos Humanos viene a llenar un vacío que por años se había tratado de llenar. “Somos una de las regiones más contaminadas de Chile y no teníamos un organismo que se encargara del medioambiente. Intentamos hacerlo varias veces, pero por distintas razones nunca logramos concretar una instancia formal que se ocupara de estos temas, por lo que nos alegra mucho que un grupo de médicos se haya motivado por hacerlo. El tema medioambiental es relevante en la región y el Colegio Médico tiene mucho que decir ahí”.

#### CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN PUCHUNCAVÍ

Una de las situaciones que preocupan al nuevo Departamento es la de la comuna de Puchuncaví, especialmente en los sectores de Ventanas y La Greda, donde los eventos de contaminación del aire, por efecto de las emanaciones provenientes del complejo industrial ubicado en el borde costero, se suceden con preocupante frecuencia.

A la presencia del complejo industrial Ventanas –emplazado entre las comunas de Puchuncaví y Quintero, e integrado por más de 15 empresas relacionadas con el ámbito energético tales como AES Gener, Puerto Ventanas, Codelco

Ventanas, Gasmar, Minera Montecarmelo, Oxiquim y GNL Quintero e instalaciones petroleras de Shell, Copec y Enap, entre otras– se suma el agravante de la nueva norma de contaminación del aire que modifica los máximos permitidos de dióxido de azufre para Chile, autorizando una concentración de 200 microgramos por metro cúbico de aire, es decir, diez veces más de lo recomendado por la OMS, que fija su límite en 20 microgramos por metro cúbico.

Llama la atención la norma aprobada, más aún cuando el mismo Ministerio de Medio Ambiente, en su sitio web, detalla los dañinos efectos que la alta concentración de dióxido de azufre tiene para la salud de humanos (en diversos órganos y por diferentes vías) y vegetales (debido a la lluvia ácida).

Para la presidenta del Departamento de Derechos Humanos, Medio Ambiente y Biodiversidad es inaudito que Chile establezca una norma que en sí viola normas internacionales de protección de la población frente a daños ambientales. “Hemos quedado consternados al leer que, desde la promulgación de la nueva norma, se permitirán cifras de 200 microgramos por metro cúbico. Nos parece inconcebible que, en vez de tener una reglamentación adecuada y exigir su

respeto, se pretenda simplemente entregar una compensación económica. Los daños que se le infieran a la población, tanto adulta como infantil, así como a los niños que nazcan de embarazos expuestos tanto al dióxido de azufre como al arsénico no son cuantificables financieramente dado que son perjuicios permanentes”.

Son múltiples los casos y episodios de problemas sanitarios y ambientales provocados por las empresas contaminantes en la zona. Tristemente célebre son los llamados “hombres verdes”, extrabajadores de Enami Ventanas cuyos cuerpos estaban visiblemente marcados por la contaminación con metales pesados. Conocido a nivel nacional fue también en 2011 la intoxicación de decenas de niños de la Escuela La Greda por efecto de una nube tóxica proveniente del complejo industrial, un episodio que se repitió recientemente con escolares de otro establecimiento de la zona. Estos últimos casos, por ser masivos captaron la atención mediática, pero están lejos de ser una excepción para las comunidades que allí residen.

Además de los irreparables daños a la salud de la población, la contaminación vertida por más de 50 años en la comuna de Puchuncaví ha provocado importantes daños ambientales,

afectando fuertemente la agricultura y la pesca artesanal de la zona. También los ecosistemas marinos colindantes al complejo industrial se encuentran altamente deteriorados. Un ejemplo de ello fue el hallazgo, en diciembre de 2013, de miles de peces muertos en una zona cercana a los ductos utilizados por la central de AES Gener para succionar agua de mar que es incorporada a los procesos productivos de las termoeléctricas.

El Departamento de Derechos Humanos, Medio Ambiente y Biodiversidad considera imperativo reconsiderar la reciente modificación a la norma respecto de los niveles permitidos de dióxido de azufre en aire, retornando a las normativas internacionales determinadas como compatibles con la salud humana y ambiental, así como que se diseñen y apliquen prontamente tecnologías de reducción a estos estándares de emanaciones tóxicas y hasta que esto ocurra se suspendan las funciones de las plantas industriales contaminantes. “La única manera aceptable, desde el punto de vista médico, de compatibilizar progreso con salud humana y biodiversidad, es ajustándose a normas de sostenibilidad que eviten el daño a los seres humanos y no perjudiquen la biodiversidad”.

#### OBJETIVOS DEL NUEVO DEPARTAMENTO

- Integrar a la comunidad científica y profesional de áreas afines.
- Formar grupos de estudio, deliberación e investigación sobre esos temas.
- Trabajar con departamentos afines del Colegio, tanto a nivel central como de otras zonas del país.
- Organizar encuentros, mesas redondas y seminarios sobre las temáticas vinculadas a los DD.HH. y al medioambiente.
- Desarrollar programas de capacitación tales como talleres y cursos dirigidos a estudiantes de pregrado y colegas interesados, así como a la comunidad en general.
- Conocer y divulgar la realidad regional respecto a las temáticas que tienen relación con nuestra área de interés.
- Elaborar propuestas multidisciplinarias de recuperación de los equilibrios eco-bio-socio-culturales perdidos, desde ámbitos tanto legales como culturales.
- Desarrollar un trabajo coordinado con la comunidad frente a emergencias, desastres naturales y eventos o amenazas medioambientales en la región.



# Telemedicina: nueva forma del ejercicio de la medicina

Recientemente, en la prensa se publicaba la difícil situación de algunos enfermos que viven en regiones apartadas de las grandes ciudades del país y que no cuentan con el especialista que requiere su situación de salud. Una alternativa para atenuar en algo esta realidad difícil de resolver por la falta de especialistas es la telemedicina. Esta tecnología ha llegado para quedarse y se está expandiendo de manera vertiginosa, pero cabe preguntarse si es una herramienta segura y sin riesgos.

En líneas generales debe ser considerada como un complemento y no un sustituto de la manera tradicional de atender "cara a cara" a los enfermos. Incluso si no es debidamente protocolizada, definiendo con claridad el ámbito y limitaciones de su aplicación, puede significar un deterioro en el estándar de calidad en la atención médica, con un evidente perjuicio para la salud de los enfermos. Ya se han publicado casos de pacientes en que después de varias consultas e indicaciones hechas a través de telemedicina –realizada sólo después de una atención presencial– se llegó a un diagnóstico que no se había podido hacer previamente por las limitaciones que tiene esta tecnología.

## Dr. Fernando Novoa Sotta

Miembro del Tribunal Regional de Ética y del Departamento Regional de Ética

Con estas consideraciones, este instrumento debe ser estimado como un valioso recurso que viene a sumarse a los actuales disponibles para las acciones sanitarias, cuyo uso deberá ser analizado en relación al costo-beneficio y a los riesgos que su uso implica.

### ¿EN QUÉ CONSISTE LA TELEMEDICINA?

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, telemedicina es el "suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y

de las comunidades en que viven" (OMS, 1998). De acuerdo a esta definición, el campo de la telemedicina es muy amplio y abarca aspectos relativamente sencillos como la educación médica a distancia, mediante videoconferencia, hasta intervenciones quirúrgicas complejas efectuadas por un cirujano en el cuerpo de un paciente que está ubicado en un pabellón de operaciones a kilómetros de distancia especialmente equipado para el procedimiento.

Cada una de estas formas de aplicar la telemedicina tiene características propias con consideraciones éticas y técnicas que pueden ser muy específicas para cada una de ellas. Analizaremos aquí la telemedicina que tiene como objetivo diagnosticar e indicar un tratamiento de un enfermo en particular, tal como la define la Asociación Médica Mundial: "telemedicina es la práctica de la medicina a distancia gracias a la cual las intervenciones, el diagnóstico, las recomendaciones y las decisiones terapéuticas se fundamentan en los datos clínicos, documentos y otras informaciones transmitidas por los sistemas de comunicación".

### ALGUNOS BENEFICIOS DE ESTA NUEVA TECNOLOGÍA

El beneficio más consistente en este aspecto se ha informado cuando la telemedicina se utiliza para la comunicación y el asesoramiento o el monitoreo a distancia en condiciones crónicas, como enfermedades cardiovasculares y respiratorias, con mejoras en los resultados como la mortalidad, la calidad de vida y las reducciones en los ingresos hospitalarios, y tiene el potencial para reducir los costos de la atención de la salud.

Coincidiendo con la evolución de la comunicación electrónica se han producido los cambios sistémicos en la prestación de servicios de salud. Para muchos médicos, no hay suficientes horas en el día

para atender presencialmente a un gran grupo de pacientes. Dadas estas limitaciones de capacidad, la necesidad de encontrar estrategias más eficientes para proporcionar atención médica es una urgencia. La consulta médica telefónica como fuente de información más accesible está ampliamente utilizada en los centros coordinadores de urgencia, a los que se puede acceder a través de un número de teléfono en atención de urgencia domiciliaria las 24 horas del día durante 7 días a la semana. En estos centros reciben la llamada, dando una respuesta al consultante que dependerá de la prioridad y las necesidades detectadas y, si fuera necesario, activando los recursos disponibles para cada situación como pudiera ser el traslado inmediato a un centro hospitalario. Esta modalidad asistencial puede ser complementaria a la asistencia presencial, ya que permite acceder a la evolución del cuadro en el transcurso de los días sin necesidad de repetir un control "cara a cara".

Esta modalidad debe ser contextualizada para las características de la situación de cada paciente, logrando un marco adecuado de seguridad tanto para el paciente como para el propio profesional.

En particular, cabe mencionar el valor que significa esta tecnología para la realidad nacional, ya que debido a la particular geografía que tiene nuestro país y por la lejanía en que se encuentran muchos pacientes de las grandes ciudades donde se ubican los centros médicos más desarrollados, esta tecnología puede facilitar diversas acciones sanitarias. Esto significa para ellos poder evitar el gasto para trasladarse a dichos lugares o simplemente resignarse a no consultar. A esta situación geográfica se suma el hecho de que los aún escasos especialistas con que se cuenta tienden a concentrarse en aquellas ciudades que tienen una tecnología avanzada, quedando por este motivo amplios territorios sin ser debidamente cubiertos por la especialidad, como ocurrió recientemente con la falta de oncólogo en Magallanes, cuyos pacientes tenían que viajar hasta Valdivia para poder ser atendidos.

Por lo tanto, las ventajas de esta tecnología serían mejorar el acceso a la atención sanitaria, el grado de satisfacción de los enfermos, reducir a un mediano plazo los costos del sistema, mayor facilidad y rapidez de comunicación e intercambio de información sin necesidad de estar pidiendo hora para la atención en las oficinas administrativas respectivas.

Desde hace varias décadas en algunos lugares como la University of Kansas Center for Telemedicine and Telehealth se ha estado utilizando con mucho éxito el sistema de telemedicina tipo videoconferencia. Con esta modalidad, el proveedor es capaz de conversar con un paciente, así como examinar y observar el comportamiento no verbal en tiempo real, lo que se aproxima a la relación desarrollada en una clínica *in situ*. Además, la videoconferencia permite que otros proveedores tales como maestros y cuidadores participen en las citas, lo que mejora la atención.

### LIMITACIONES Y REQUISITOS PREVIOS A LA IMPLEMENTACIÓN

Sus desventajas serían que las nuevas tecnologías pueden ser interpretadas como una deshumanización de la medicina al obviar la relación presencial médico-paciente clásica. Por este motivo algunos opinan que esta tecnología debiera estar limitada a aquellos pacientes con quienes ya se ha establecido una adecuada relación de confianza médico-paciente en que hubo una atención presencial previa con un examen físico incluido. Posteriormente, para algunos de los controles puede no ser necesaria una relación presencial.

Es necesario considerar que hay poca penetración de esta tecnología en el global de profesionales sanitarios (salvo el uso del teléfono para consultas puntuales), principalmente por la necesidad de una inversión inicial para su implementación en centros sanitarios y reticencia de algunos profesionales sanitarios a poder tener un contacto digital directo con los pacientes. Además, para asegurar la privacidad habría requerimientos adicionales en la tecnología.

### ASPECTOS ÉTICOS

Es necesario precisar qué categoría tiene un acto como es una conversación telefónica del médico con un paciente respecto a su salud. En este sentido, "constituye acto médico una actividad de evaluación diagnóstica, pronóstica, o de prescripción/ejecución de medidas terapéuticas relativa a la salud de las personas, grupos o comunidades, ejercida por un médico, con libertad de decisión, y con el consentimiento del sujeto o de la población".

Por lo tanto, esta conversación debe considerar las mismas exigencias éticas de la medicina presencial, en que el interés del paciente es la primera prioridad. Además, es necesario tener presente que, los exámenes de pericia legal y sus respectivos dictámenes, así como los actos de certificación del estado de salud, de enfermedad o de defunción de una persona, constituyen también actos médicos, pero que requieren de otro tipo de exigencias.

De acuerdo a normativas internacionales, cuando se practica la telemedicina el médico debe respetar las siguientes normas éticas:

#### Relación médico-paciente y confidencialidad

La relación médico-paciente debe estar basada en un encuentro personal y conocimiento suficiente del historial personal del paciente. La telemedicina debe ser utilizada principalmente en situaciones en las que el médico no puede estar presente físicamente en un momento seguro y aceptable. Idealmente, la telemedicina debe utilizarse sólo en casos en los que exista una relación personal previa entre el paciente y el médico que organiza o proporciona el servicio de telemedicina. El médico debe buscar asegurarse que la confidencialidad



del paciente y la integridad de la información no estén comprometidas. La información obtenida durante una consulta telemática debe asegurarse por medio del cifrado y deben tomarse otras medidas de seguridad para evitar el acceso de personas no autorizadas.

#### Responsabilidades del médico

El médico al que se le pide su opinión a través de la telemedicina debe mantener un registro detallado de los consejos que entrega, como también de la información recibida en la cual basó su consejo. Debe tratar de asegurarse que el paciente haya comprendido el consejo y las sugerencias de tratamiento entregadas y que se garantice la continuidad de la atención. El médico que pide a otro colega consejo o una segunda opinión es responsable del tratamiento y de otras decisiones y recomendaciones dadas al paciente. Debe estar preparado a recomendar un contacto directo médico-paciente cuando estime que la situación lo requiere.

#### Calidad de la atención

Se deben utilizar regularmente medidas de evaluación de la calidad para asegurar el mejor diagnóstico y prácticas de tratamiento posibles en la telemedicina.

### CONCLUSIONES

Se debe tener presente las mismas obligaciones éticas con la telemedicina que siempre se han considerado en el cuidado de los pacientes atendidos de manera tradicional. Si se procura mantener una buena relación médico-paciente, proteger la privacidad de ellos, promover la equidad en el acceso a la consulta y al tratamiento, buscando los mejores resultados posibles, la telemedicina puede mejorar la práctica médica y la atención sanitaria, en particular a los que viven en sitios alejados del centro médico. Además, informar a los usuarios sobre las limitaciones de los servicios que se prestan a través de la telemedicina, asegurando a los enfermos una atención de seguimiento.

Finalmente, se debe estimular a los pacientes a informar a su médico tratante cuando hayan recibido la atención de un proveedor de telesalud. **EM**



# Las posibilidades de la bioética: responsabilidad y compromiso con la humanidad

Después de casi seis meses de clases, ha concluido nuestro curso-taller de Introducción a la Bioética y quisiera, como un gesto de apertura a lo que viene, compartir una reflexión respecto al concepto de responsabilidad, a partir de las dimensiones que alcanzaron las reflexiones de nuestro curso y las proyecciones que de éste nacieron.

Hay una cierta tendencia de la filosofía a buscar, en los orígenes, una explicación de lo que se nos presenta como problema. Aquí, el problema guarda relación con las dimensiones que puede llegar a abarcar la bioética cuando es a la vez sometida a cuestionamientos filosóficos. Tal parece ser el caso de nuestro curso-taller, donde médicas y médicos no tan sólo se iniciaron como estudiantes de una nueva disciplina, sino que también tuvieron la oportunidad de presentar, desde su propia experiencia, saberes que, interrogados desde conceptos filosóficos y vistos a la luz de problemáticas bioéticas, movilizaron una toma de conciencia que los puso directamente en contacto con un compromiso con la humanidad. Pero, ¿el ser médico no lleva acaso implícito este compromiso?, ¿no implica de suyo una articulación entre la profesión médica, la responsabilidad y la humanidad?

Partimos de la idea común, aparentemente sencilla, que la bioética se comienza a configurar como un saber subordinado a la ética después de la Segunda Guerra Mundial. Por esta razón, es considerada una disciplina joven que nace, sobretodo, como consecuencia de la experimentación con seres humanos. Desde esta perspectiva, la primera forma en que ésta se materializó –a través de los juicios de Nüremberg– daba cuenta de una responsabilidad con la humanidad. Ahora bien, esta responsabilidad –entendida desde una definición habitual– nace a partir de un análisis ligado a las consecuencias, es decir, esta forma de entender y materializar la responsabilidad se identifica más bien con una falta, o directamente con una culpabilidad. De la misma manera podríamos categorizar otras

**Prof. Carolina Ávalos Valdivia**  
Doctora en Filosofía

codificaciones del mundo médico y sanitario, como son el Código de Ética del Colegio Médico, el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, por nombrar algunos ejemplos. Estos códigos contienen una memoria que recuerda un deber y que también penaliza la falta de cumplimiento. En este sentido, la relación del médico con estas codificaciones es de obediencia y acatamiento, lo que hace que la responsabilidad implique un “responder al llamado del principio de razón [que] significa restituir la razón, explicar racionalmente los efectos a través de las causas. Consiste, en otras palabras, en fundar, justificar, dar cuenta a través del principio o de la raíz”.<sup>1</sup>

“... la responsabilidad como compromiso con la humanidad remite, en un inicio, al origen y al sentido de la ética médica.”

Si bien es cierto, el Código de Nüremberg nace de casos específicos y concretos de violación de los derechos de los pacientes, esto no puede reducir los alcances del origen de la disciplina y del saber bioético a este punto de inicio, fundamentalmente porque se trata de una toma de conciencia que reúne –en principio– la responsabilidad, la vida y la libertad. Más bien, responde a una institucionalización –en el sentido más general del término– de cierta dimensión moral que pretende sancionar y, al mismo tiempo, definir conductas desdeñables para con ello procurar enseñar a la sociedad médica a través de condenas y penas ejemplares. Así, el consentimiento informado llegó a ser una parte básica de la ética médica, y el médico asumió la obligación de informar a sujetos de investigación y a pacientes para que ellos decidan, y a estimar cuidadosamente la relación riesgo-beneficio de cualquier intervención.

Sin embargo, la experiencia y los aprendizajes adquiridos a lo largo de este curso y, sobre todo, la reflexión conjunta del quehacer médico en Chile, nos han dado muestra de un desplazamiento de lo que hemos entendido por responsabilidad. En este sentido, ya no se tratará de la responsabilidad como un responder al principio de razón sino que, más bien, se tratará de responder del principio de razón “en tanto interrogación por el sentido, por el origen, por la razón de la razón [que] no significa obedecer, pero tampoco quiere decir desobedecer”.<sup>2</sup> En efecto, las reflexiones finales de los participantes

del curso centraban como temas y problemáticas a abordar, el compromiso que las y los médicos tienen, ya no tan sólo con respetar –obedecer y acatar– los códigos, normativas y normas institucionales, sino que, por sobre todo, con todo aquello que ponga en peligro la vida y la salud de las personas. De esta manera, las preocupaciones por la intervención en el medioambiente y las consecuencias que esto puede provocar en la conservación de la biodiversidad, se presentaron como problemáticas urgentes de las cuales las y los médicos se deben responsabilizar.

De aquí, me gustaría hacer dos precisiones: la primera, guarda relación con el desplazamiento de la responsabilidad que he venido refiriendo, y la segunda, tiene que ver con la extensión que abarca esta responsabilidad. De hecho, cuando vemos que las y los médicos se han sentido llamados por un compromiso con la humanidad, estamos en frente a una responsabilidad que ya no se define por una cuestión de culpabilidad, en cuanto se fija en las consecuencias de nuestros actos, sino que este desplazamiento considera la responsabilidad en un sentido más amplio, que apela a la toma de conciencia de la vulnerabilidad y fragilidad de los otros y de lo otro a partir de una toma de conciencia de las propias condiciones personales, profesionales e institucionales. Esta responsabilidad implica el acatamiento al principio de razón, pero no se reduce al él. Es decir, la responsabilidad como compromiso con la humanidad remite, en un inicio, al origen y al sentido de la ética médica. Significa un responder del principio de razón, acción que remite a una actitud anterior a la responsabilidad como falta; es un responder por el sentido que, de manera posterior, se ha formalizado a través de códigos, reglamentos y normativas que aseguran el cumplimiento del deber. En consecuencia, –y ejemplo de ello es lo acontecido con las y los médicos asistentes al curso introductorio de bioética– esta “otra” responsabilidad es “una responsabilidad excesiva pues debe permanecer fiel al llamado del principio de razón, pero esta fidelidad no implica una reverencia paralizadora y sometida, sino la apertura a posibilidades insospechadas, en definitiva, la apertura al porvenir”.<sup>3</sup>

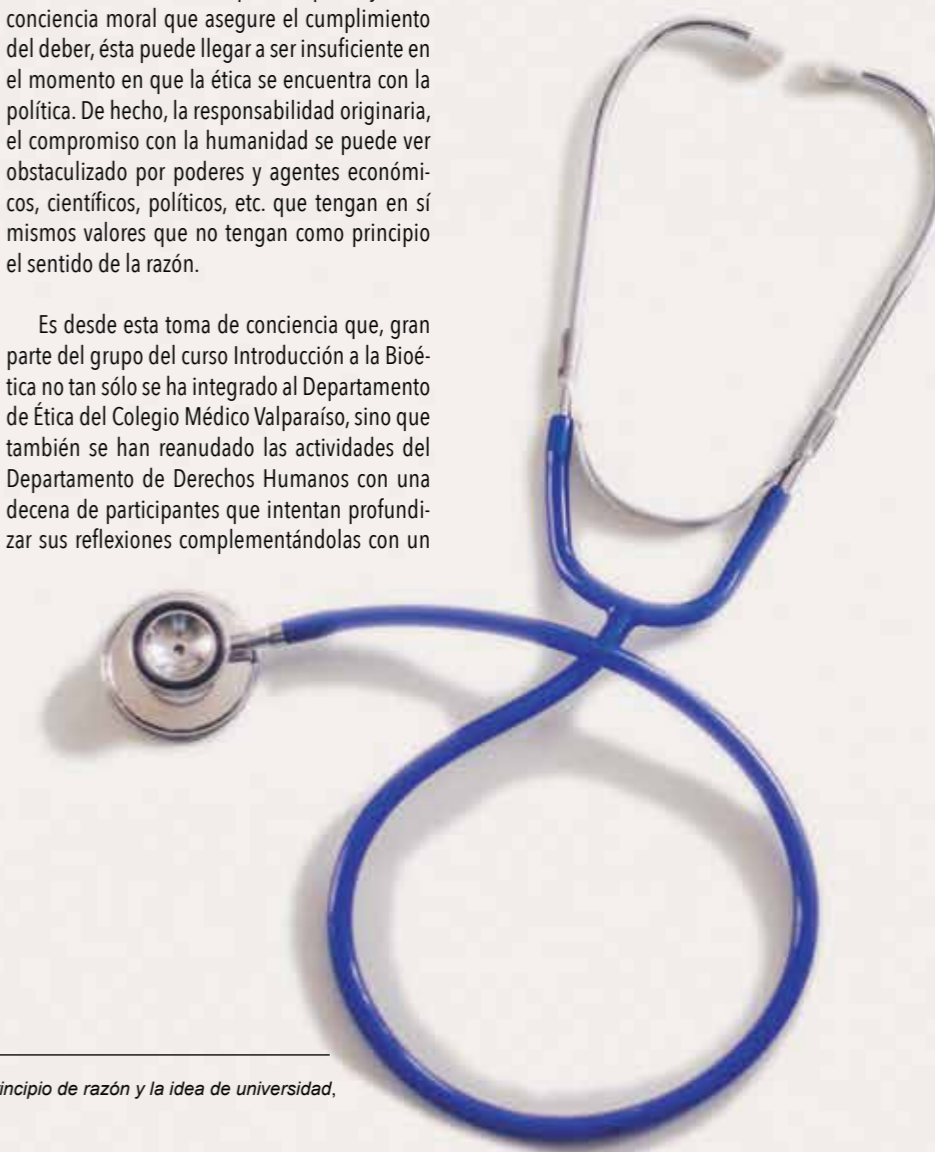
Esta responsabilidad más amplia rompe con los límites éticos de la bioética; este desplazamiento hace aparecer la pregunta por el sentido de la responsabilidad médica ya no tan sólo a nivel moral, individual y personal, sino que

“...aunque haya una conciencia moral que asegure el cumplimiento del deber, ésta puede llegar a ser insuficiente en el momento en que la ética se encuentra con la política.”

también se traslade y abarque una dimensión política. De hecho, en los meses en que se desarrolló el curso de bioética una y otra vez se colaba la idea de pensar –también– la posibilidad del cumplimiento de la responsabilidad a nivel social e institucional. Porque aunque haya una conciencia moral que asegure el cumplimiento del deber, ésta puede llegar a ser insuficiente en el momento en que la ética se encuentra con la política. De hecho, la responsabilidad originaria, el compromiso con la humanidad se puede ver obstaculizado por poderes y agentes económicos, científicos, políticos, etc. que tengan en sí mismos valores que no tengan como principio el sentido de la razón.

Es desde esta toma de conciencia que, gran parte del grupo del curso Introducción a la Bioética no tan sólo se ha integrado al Departamento de Ética del Colegio Médico Valparaíso, sino que también se han reanudado las actividades del Departamento de Derechos Humanos con una decena de participantes que intentan profundizar sus reflexiones complementándolas con un

trabajo de denuncia, estudio e investigación que le permitan concretizar desde las dimensiones éticas, bioéticas, políticas y, por tanto, institucionales, la gran responsabilidad que implica el compromiso que tienen los médicos con la humanidad. ■■



<sup>1</sup> Jacques Derrida, *Las pupilas de la Universidad. El principio de razón y la idea de universidad*, Revista *Anthropos*, 13, 1989, p. 65.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 66.

<sup>3</sup> Carlos Contreras, *Jacques Derrida: márgenes ético-políticos de la deconstrucción*, Ed. Universitaria, Santiago, 2010, p. 51.

Lo invitamos a conocer un nuevo concepto en Banca Preferencial para nuestros clientes en Convenio.



Atención Personalizada y Preferente



Contactabilidad Garantizada de su Ejecutivo Preferencial



Asesoría Experta en Inversiones y Seguros



Oficinas Exclusivas Bci Preferencial



Inversiones y Financiamientos a través de Bci Miami



[www.bci.cl/preferencial](http://www.bci.cl/preferencial)



BancoBci



@BancoBci



600 692 8000



En nuestras sucursales

Para mayor información, lo invitamos a comunicarse con:

**Scarlett Andrews Pereira**  
Jefe de Oficina Banca Preferencial  
Celular: 9 6679 3762 • Teléfono: 32 227 0001  
• Mail: [scarlett.andrews@bci.cl](mailto:scarlett.andrews@bci.cl)

 **Bci** Preferencial

Infórmese sobre la garantía estatal de los depósitos en su banco o en [www.sbif.cl](http://www.sbif.cl).  
Los depósitos de Bci Miami no son asegurados por el FDIC.

## Educación médica en Hispanoamérica durante la Colonia

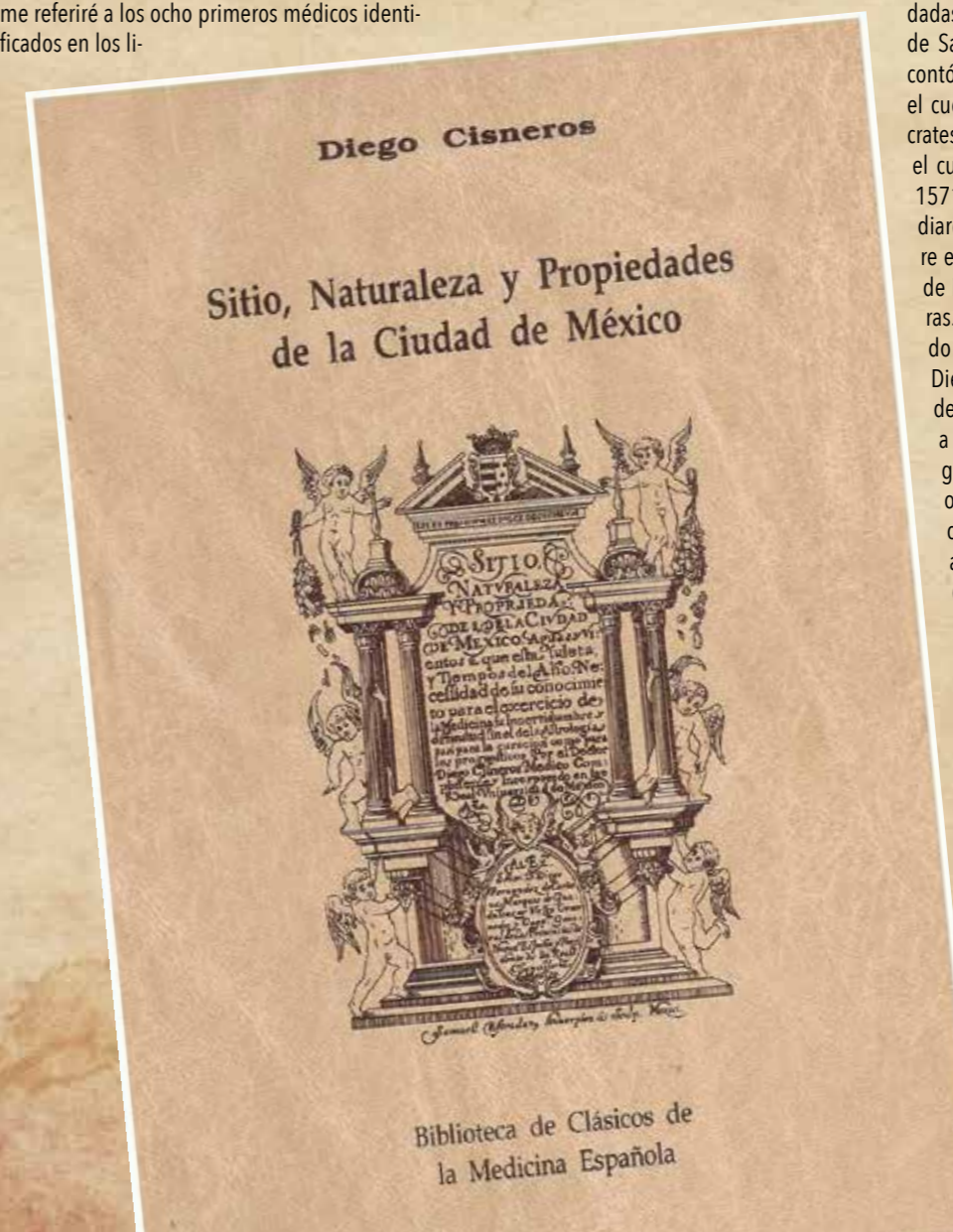
Revisando textos de historia de la medicina de cierta antigüedad, encontré un conjunto de doce libretos publicados por el Laboratorio Roche dentro de una carpeta *ad hoc* con el título de "Médicos Hispano-Americanos del pasado", editado por el Servicio Científico del Laboratorio en Montevideo. Debido a que me parece de interés conocer sobre la formación profesional que poseían los médicos de España y del Virreinato de Nueva España -cuya capital se estableció en Ciudad de México en la antigua Tenochtitlán-, me referiré a los ocho primeros médicos identificados en los li-

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

brechos indicados, quienes fallecieron dentro de ese período. Al mismo tiempo, realizo una breve comparación con la formación de los médicos que en esa misma época ejercieron en Chile.

De este conjunto abreviado de biografías podemos inferir que durante la Colonia, tanto en España como en el Nuevo Mundo, se podía ejercer la medicina después de haber recibido una enseñanza práctica, sin haber pasado por la universidad; en América se debía contar para ello con una licencia otorgada por el Cabildo. En España, por su parte, existían varias universidades, las cuales fueron replicadas en las capitales de los virreinos. La Universidad de San Marcos de Lima y la Universidad de México fueron fundadas en 1551, adoptando la constitución de la de Salamanca. La Universidad de San Marcos contó con las cátedras de Prima -que abordaba el cuerpo sano a través de los libros de Hipócrates y Galeno- y de Vísperas -que enseñaba el cuerpo enfermo, es decir patología- desde 1571. La Universidad de México -donde estudiaron varios de los médicos a los que se refiere este artículo- impartió, de 1578, la cátedra de Prima y, desde 1598, la cátedra de Vísperas. Las cátedras de Anatomía, Cirugía y Método o Terapéutica se implementaron en 1621. Dieciséis años más tarde se creó la cátedra de Astrología y Matemáticas, incorporando a ella la llamada medicina geográfica. Los grados académicos que esas universidades otorgaban eran, sucesivamente, el de bachiller, licenciado y doctor, lo que permitía alcanzar el decanato, si bien no la rectoría de una universidad. El profesor de Prima cumplía con el requisito necesario para ser protomédico, es decir, el presidente del Tribunal del Protomedicato.

Los médicos que durante la Colonia ejercieron en Hispanoamérica habían recibido esencialmente enseñanza práctica, ejerciendo con autorización del Cabildo, o bien enseñanza universitaria. Tanto unos como otros escribieron libros que fueron de gran utilidad, especialmente si se considera las grandes dificultades en esos tiempos para que los textos clásicos llegaran a estas latitudes. En el Viejo Mundo, para enseñar determinadas materias, era común el uso de preguntas y res-



puestas, lo cual tiene gran valor didáctico y es eminentemente práctico. Por ello, algunos de los textos escritos por los médicos en América utilizaron este estilo de redacción. De acuerdo con las enseñanzas de Hipócrates, que entre sus libros de terapéutica había escrito *Sobre aires, aguas y lugares*, en América también se dio gran importancia a las condiciones climáticas y al entorno tanto en la producción de enfermedades como en la preservación de la salud. También se puede apreciar que hubo un esfuerzo consciente dirigido a recoger la medicina indígena, en especial aquella relacionada con los atributos curativos de las plantas medicinales. Es importante destacar que en aquellos tiempos no había una separación clara entre la astronomía y la astrología, y existía cierta confusión o ambigüedad entre lo que era científico propiamente tal y lo que no lo era. Así, la magia y la astrología no eran rechazadas, para los efectos de lograr la curación, por el hecho de no ser científicas.

También es preciso señalar que muchos médicos de la época eran al mismo tiempo sacerdotes o frailes. En términos generales, se puede reconocer que tanto entre médicos de congregaciones religiosas como entre los laicos se encontraron personas de notable sabiduría y de gran humanidad. A continuación nos referiremos a algunos de ellos.

**Fray Agustín Farfán** (España, 1532-México, 1604): si bien fue nombrado médico de cámara del rey español Felipe II, por motivos personales prefirió dirigirse con su familia a Nueva España (México), donde en el año 1567 recibió el grado de Doctor en Medicina de la Real Universidad de México. Más adelante, el Cabildo lo designó "visitador de boticas". Después de enviudar y habiendo profesado sus hijas en un convento, ingresó a los Frailes Agustinos, don-



Juan de Brizuela.

de recibió el nombre de Agustín con que figura en sus libros. El más destacado de ellos fue el *Tratado breve de anatomía y cirugía y de algunas enfermedades que más comúnmente suelen haber en esta Nueva España*, publicado en 1579, del que se hicieron nueve ediciones. En él recogió conocimientos de remedios indígenas, los cuales adicionó a la tradicional medicina hipocrático-galénica a la que se sumaban en España los conocimientos árabes.

**Gregorio López** (España, 1542-México, 1596): aparentemente sin estudios formales de medicina, aprendió anatomía y medicina en Extremadura y llegó a México en 1562. Su vocación lo impulsó al aislamiento y a la meditación, por lo que vivió en múltiples lugares retirados antes

y con posterioridad a ingresar al convento de Santo Domingo. El poblado de Huaxtepec había sido tradicionalmente un destacado centro curativo azteca anterior a la Conquista, fundándose posteriormente allí un apacible hospital. A ese lugar llegó el "siervo de Dios" Gregorio López, ocupándose con los frailes de la asistencia a los enfermos. Allí escribió *Tesoro de la Medicina*, donde combina conocimientos médicos de procedencia europea con medicina popular, incluyendo recetas caseras e incluso recursos mágicos. Durante los siguientes dos siglos, dicho texto se constituyó en una importante guía para los médicos de toda Nueva España. Debido a su aureola de santidad, el rey Felipe III solicitó que se iniciara un proceso para su beatificación, que lo llevó a ser reconocido como "Venerable".

**Juan de Barrios** (Colmenar Viejo, 1563-Madrid, 1645): de familia noble, inició su educación en Alcalá de Henares y luego estudió

en las universidades de Salamanca, Lérida, Valencia y Sevilla. Ejerció en Valladolid y llegó a Nueva España a fines de siglo. En 1607 apareció su libro *Verdadera Medicina, Cirugía y Astrología*, escrito en forma de diálogo entre un médico y dos amigos legos en la materia. En él trata también la obstetricia y describe el tratamiento de las fiebres y, en especial, el del tifus exantemático, al que se daba el nombre de "tabardete". Clasificó a esta enfermedad entre las "calenturas malignas", siendo de gran interés debido a las epidemias recurrentes de esa enfermedad en México y en toda América.

**Diego Cisneros** (España, 1580-México, ?): estudió medicina en la Universidad de Alcalá de Henares. Ejerció un tiempo en Toledo y luego partió a México, donde escribió su libro *Sitio, naturaleza y propiedades de la ciudad de México, aguas y vientos a que está sujeta, y tiempos del año. Necesidad de su conocimiento para el ejercicio de la medicina, su incertidumbre y dificultad sin el de la astrología así como para la curación como para los pronósticos*. Tras cuatro años en México, se trasladó a Perú.

**Diego Rodríguez Campos** (? , 1596-México, 1668): cursó sus estudios en la Universidad de México, donde se licenció en Medicina en

1622. Llegó a ocupar el cargo de catedrático de Prima Medicina y posteriormente el de decano de la Facultad de Medicina y protomédico.

**Sebastián de Castro** (? , fines del s. XVI-México, primera mitad del s. XVII): mulato que alcanzó el grado de Doctor en Medicina en la Universidad de México, recibió las órdenes sagradas, fue médico del Santo Oficio, decano de la Facultad de Medicina y protomédico.

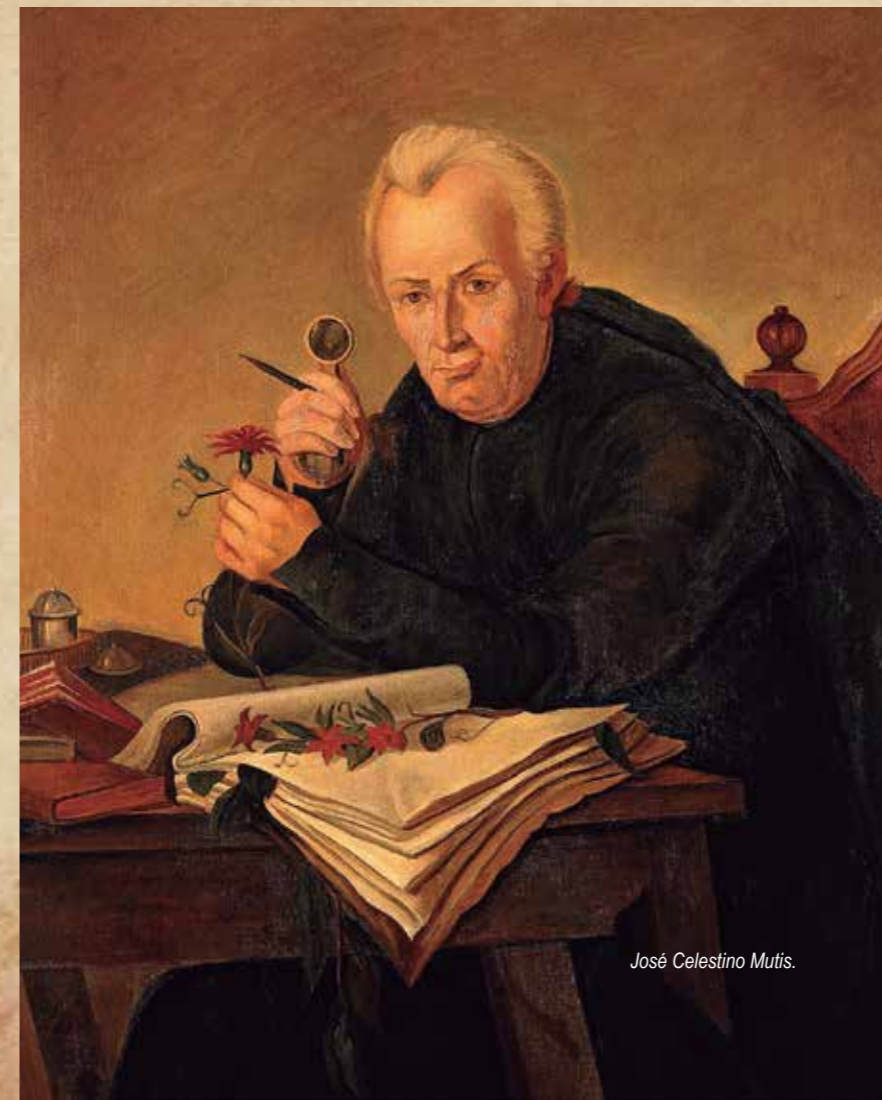
**Juan de Brizuela** (Caracas, 1645-México, 1722): cursó sus estudios en México, licenciándose en Medicina con una tesis sobre el *Libro de Pronósticos* de Hipócrates y obteniendo el grado de Doctor con la tesis *Primus mortum cordis*. Sucesivamente fue profesor de Anatomía, Método, Vísperas y de Prima Medicina. Entre su obra literaria se encuentra: *Escolios al libro de medicina, que escribió el venerable Gregorio López, proto-hermitaño de la Nueva España, Representación al rey sobre la nulidad de la votación de la cátedra de prima de medicina en la Universidad de México y Disertación e informe sobre si el trigo, llamado blanquillo, es o no perjudicial a la salud*. Fue también autor de un manuscrito inédito que llamó *Tractatus de pulsibus, de urina, de febribus, de crisisibus, etc.* Es recordado con especial cariño por haber siempre atendido de

manera especial a los más desvalidos.

**José Celestino Mutis** (Cádiz, 1732-Bogotá, 1808): se recibió de bachiller en la Universidad de Sevilla y de médico en la Universidad de Madrid, ejerciendo en Cádiz y en Madrid. Se interesó por la ciencias naturales, la física y la astronomía y mantuvo correspondencia con el naturalista sueco Carl von Linné, con Humboldt y con todos los sabios conocidos de su época. Incluso tuvo correspondencia directa la zarina Catalina de Rusia. Partió a Colombia como médico de cámara del virrey de Nueva Granada, donde impartió la cátedra de Prima Medicina y fue nombrado protomédico. Escribió, entre otros temas, sobre higiene pública y sobre el uso medicamentoso del bálsamo de Tolú (expectorante y antiséptico), el guayaco (contra la sífilis) y el bálsamo del Perú (cicatrizante). En 1783 dirigió la Expedición Botánica de Nueva Granada. Luego se ordenó sacerdote, siendo nombrado canónigo de la Iglesia Metropolitana. Más adelante fundó, en Bogotá, el Observatorio Astronómico. A su lado se formaron geógrafos, naturalistas, médicos, matemáticos, astrónomos y pintores. Dibujó más de seis mil láminas a color con toda la flora sudamericana clasificada. Entre sus obras destaca *El arcano de la quina*, publicada en 1793.

No existe registro de que haya habido médicos universitarios que se interesaran por venir a ejercer su profesión a Chile durante los dos primeros siglos de la Colonia. Las universidades fundadas por los dominicos y por los jesuitas, en 1619 y en 1621 respectivamente, enseñaron exclusivamente Teología y Derecho. La carrera de Medicina se inició con la fundación de la Real Universidad de San Felipe en 1756, lo cual fue posible gracias a la llegada del primer médico con estudios universitarios, el doctor Domingo Nevin, nacido en Irlanda y titulado en Francia. En 14 años logró tener sólo 7 alumnos, 5 de los cuales eran religiosos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, pero sólo tres lograron graduarse. Sobresalió entre ellos fray Manuel Chaparro, quien en 1764, antes de existir la vacuna de Jenner y de haberse recibido de médico, durante una epidemia de viruela propuso la inoculación a personas sanas de pústulas procedentes de variolosos afectados por una forma benigna de la enfermedad, siendo el primero en realizar este procedimiento en América del Sur. En efecto, inoculó a diez mil personas, de las que fallecieron sólo cuatro.

Durante la Colonia no fue posible resolver los problemas de educación médica, lo que se logró recién con la creación dentro del Instituto Nacional de las escuelas matrices de la salud: Farmacia y Medicina en 1833 y Obstetricia al año siguiente, que se continuaron en la Universidad de Chile, fundada en 1842.



José Celestino Mutis.



Gregorio López.



# Médicos escritores

El doctor Carlos Narváez Moreno nació en Ipiales, en las alturas de Los Andes colombianos, desde donde se trasladó al norte de Chile, para ejercer como médico general en Vallenar, el año 1991. Realizó la especialización de Anestesiología en la Universidad de Valparaíso y actualmente se desempeña en el campo profesional y docente en el Hospital Carlos van Buren, así como en la práctica privada.

Su afición por la literatura se gestó con la influencia de su padre, gran lector, en el influjo de su país natal, donde el realismo mágico de García Márquez marcó a su generación.

Entre sus escritores favoritos menciona a Saramago, Umberto Eco y, más recientemente, al premio Nobel de literatura turco Orhan Pamuk y al español Carlos Ruiz Zafón.

Reconoce que para escribir se inspira en los temas que le ofrece el mundo real. Su cuento, ganador del Concurso Literario 2016 del Colegio Médico Valparaíso, corresponde al género del realismo costumbrista.

Para su evaluación, el jurado consideró su estructura literaria bien elaborada que demuestra oficio, es decir, es propia de alguien que acostumbra a leer y a escribir con prolijidad. El relato se desarrolla en un poblado de Los Andes colombiano, con descripciones de los protagonistas y de las escenas, que transportan fácilmente al lugar de los sucesos. El contenido es tratado con la delicadeza de un tema sensible, más ligado a la realidad social que a la ficción, con sutiles insinuaciones de humor.

Para los editores de *Panorama Médico* y los integrantes del jurado del concurso literario, es muy grato tener la oportunidad de dar a conocer los trabajos de numerosos médicos de la región que comparten su afición por la literatura.

Un buen ejemplo de lo anterior, es el descubrimiento en nuestro medio, de colegas escritores como el doctor Carlos Narváez, que desempeñan con notable acierto esta pasión, en forma paralela a sus labores vocacionales.

**Dr. Jaime Bastías Guzmán**

# La Teresa

Dr. Carlos Narváez Moreno

Era una tarde fría en un centro de salud de un pueblo de Los Andes colombianos. Una de esas tardes donde todo funciona como en cámara lenta, invadida por ese polvillo que pareciera ser parte del aire, de las sillas, de las paredes, de las cortinas, de las personas, en fin, de todo; alumbrado por esa luz cansada y mortecina que oscurecía todos los espacios donde alcanzaba a llegar. Como todos los días y todas las tardes, esperaban los abuelos de siempre, los niños nuevos y los antiguos, los controles, los crónicos y alguna que otra urgencia. Todo en el pueblo era lento, se caminaba quedo, sin apuro, incluso las conversaciones eran pausadas, como que los espacios entre las letras y las palabras tuvieran un derecho a la lentitud ganado desde siempre. En medio de ese aletargamiento, una voz chillona, la voz de la señora Neri, la paramédico más antigua del centro de salud, conocida por todos como “la jefa”, rompe la tranquilidad con un grito en medio del tumulto.

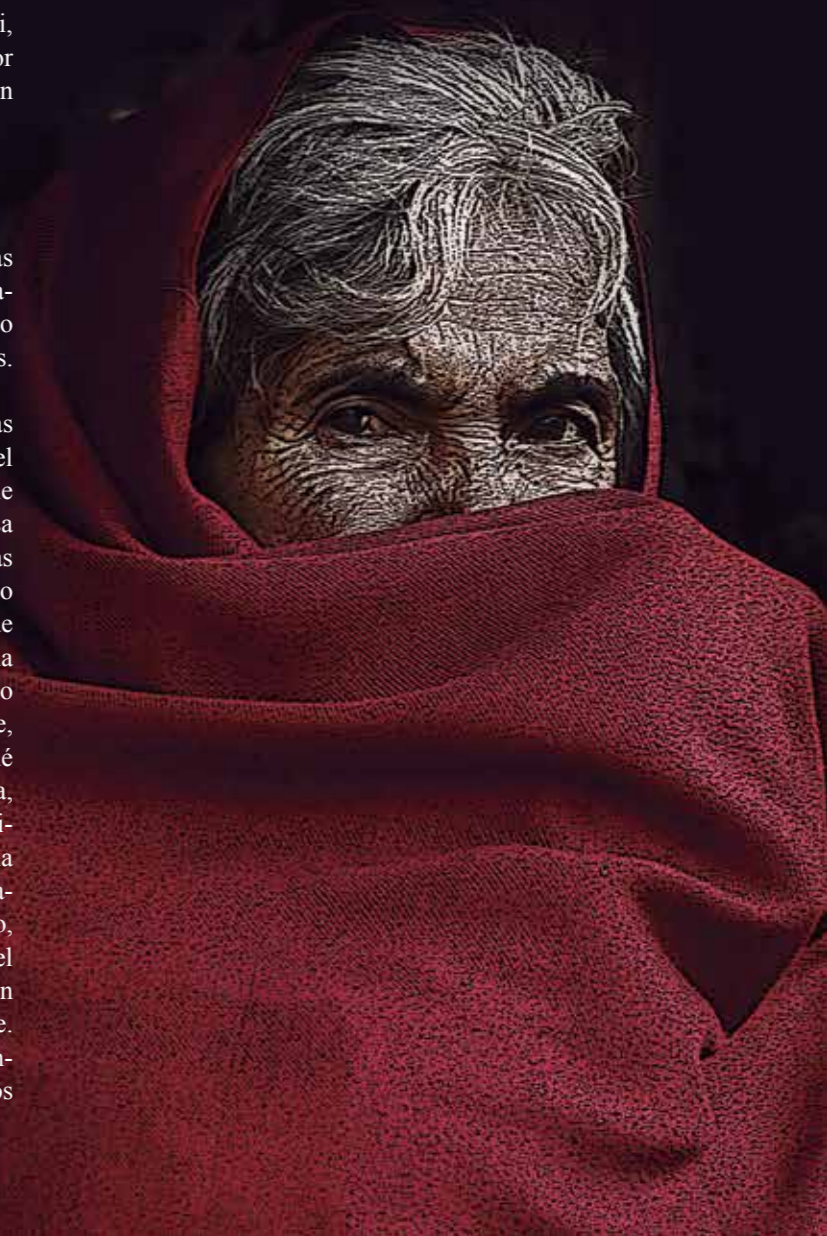
—Doctor, afuera está la Teresa, lo está esperando.

En ese grito y en cómo lo dijo había algo más, algo que las palabras por sí solas no eran capaces de expresar. Inmediatamente después del grito se escuchó un silencio que fue roto por el murmullo sumado de los viejos, los jóvenes y los niños.

El joven doctor, que tan sólo hacía dos meses no era más que un estudiante y ahora sin embargo era el doctorcito del pueblo, estaba esperando esa visita, pues había pedido que le ubicaran al líder comunitario más destacado del pueblo y esa persona era la Teresa. Cuando hizo esa consulta las semanas previas, los que le contestaron lo hicieron con cierta ironía o con un... algo que no lograba adivinar. Pero todos estaban de acuerdo: el doctorcito tenía que reunirse con la Teresa y ella estaba justamente ahora afuera del centro de salud esperando a conversar con él. La señora Neri, como era su costumbre, entra a la sala de consulta sin golpear y le dice: “¿Doctor, qué le digo a la Teresa?”, a lo cual el doctorcito le contesta: “Vea, termino de atender al señor que está en la camilla y a continuación que pase la señora Teresa. Mientras, que entre a la sala de espera y se siente”. La señora Neri se retira con un taconeo, que como el doctorcito iría aprendiendo con el tiempo, tenía ritmos y velocidades diferentes y reflejaban el apuro, el estado de ánimo, el enojo, la alegría, etc., tanto así que según el taconeo del momento, a veces era preferible ni hablarle. Unos segundos después, un nuevo grito: “¡Que no va a entrar, que lo espera afuera!” Nuevamente como en coro, los

murmullos, esta vez se mantuvieron por más rato y diría también que en decibeles más altos. Claro, en esa sala de espera, además de los enfermos de verdad estaban como siempre los profesionales del dolor y del chisme, porque, como sucede en los pueblos, los lugares donde se agarran o se siembran los mejores chismes es en la misa, en el centro de salud, en la carnicería y en la panadería.

Una vez atendido su paciente, el doctorcito sale de la consulta, mira hacia la sala de espera, se hace silencio, por unos segundos ni los niños lloran, todas las miradas se concentran en él. A medida que camina hacia la puerta de salida a encon-



trarse con la Teresa, siente el peso de todos esos ojos en su espalda y apenas cruza el umbral de la puerta, en forma sincronizada se reactiva el murmullo, esta vez aún más intenso.

Una vez cruzó el umbral de salida del centro de salud, se encuentra con un señor... señora... con un hombre... ¿o no? vestido con ropa que pareciera ser de tiempos inmemoriales, como esa ropa usada de las tiendas americanas, que siempre son de tallas más grandes, ropa trajinada por el sol y el uso repetido; se encuentra con un señor... señora... de manos grandes y toscas, que entre sus dedos tenía un cigarrillo sin filtro; se encuentra con un señor... señora... que tiene su rostro quemado por el sol y surcado por profundas arrugas, con rasgos de mujer en rostro de hombre o rasgos de hombre en rostro de mujer. De cabello liso, encanecido y corto. Esa persona era la única que estaba ahí en la acera, como quien espera algo, como quien espera alguien.

Y en un instante de silencio, que bien pudieron ser segundos o eternos minutos, el doctorcito se pregunta en su mente: “¿Y donde está la Teresa?” Le anunciaron una mujer: la Teresa. Eso es lo que todos le habían dicho en más de una ocasión. Y en esos eternos instantes donde se mezcla la duda y la intuición, sumando la ironía que captaba cuando le hablaban de ella, los murmullos, las miradas, su conclusión es que la Teresa era este señor de rostro algo femenino, que había acudido a su llamado y que esperaba conversar con él. A su vez

“ella”, que parecía disfrutar con estas situaciones, dejó que este incomodo instante se prolongara.

La Teresa resultó que era un personaje en el pueblo, un verdadero líder: si había que arreglar la luz en lo alto de un poste ahí colgada en el extremo más alto estaba ella, si por el contrario había que bajar hasta el fondo de un pozo para revisarlo, ella era la primera. Manejaba un camión de la municipalidad para trasladar cemento o materiales de construcción. En las reuniones comunitarias hablaba fuerte y con sentido de pueblo. Si había que defender el resultado esquivo para el equipo local en un partido de fútbol y agarrarse a golpes con los hinchas del equipo contrario, la Teresa con un palo en sus manos estaba en primera fila. A las 5 de la mañana la Teresa estaba en pie y andaba buscando qué hacer, qué arreglar y, al parecer, era la última en acostarse. Si un político quería ganar el favor electoral, tenía que tenerla de aliada, caso contrario era derrota segura.

Pero alrededor de ella se tejía un mito desde el momento mismo en que fue parida. Dicen que nació en noche de luna llena y que cuando la matrona del pueblo la... lo... recibió se santiguó tres veces seguidas y exclamó:

—¡Dios bendito! —y a continuación gritó—: ¡Hay que llamar al señor obispo! —que justo por esos días andaba de ronda por el pueblo.

La noticia se extendió como una ventolera descarriada por cada casa, negocio, plaza, calles y callejuelas. Pero la noticia aún no era noticia acabada, cada quien tenía una versión diferente, cada quien inventaba, corregía y aumentaba. Las más beatas ya hablaban de castigo divino. Hasta los pocos ateos que había en el pueblo rezaban porque éste era un signo de los tiempos, un mal presagio, un castigo por tanto pecado e iniquidad y a lo mejor con los rezos, el rosario y los diezmos se lograba hacer la contra, porque el futuro se veía oscuro y no se podían correr riesgos; la cosecha estaba próxima.

Llegó el señor obispo. Al parecer el asunto era urgente y él era a todas luces el personaje más importante, la autoridad no sólo del pueblo, sino de la región. Él, con su abombada figura, con sus amanerados gestos, alumbrado por los conocimientos del estudio del Evangelio y por la autoridad que da el ser el representante de Dios en la Tierra, aún no sabía por qué tanta urgencia, hasta que le presentaron el fenómeno: un bebe feo y regordete, cuyo llanto no se calmaba y que entre las piernas tenía...

—Mmmm...¿qué es esto? —pensó en voz alta.

—Bueno, Su Excelencia, por eso lo llamamos —dijo la matrona y abuela de la guagua, y al ver la mirada acusadora del obispo, se apresuró aclarar—: Su Excelencia, en esta casa somos todos creyentes, vamos a misa todos los domingos, damos el diezmo y la limosna, perdonamos a los que nos ofenden. No ha sido nuestra culpa. Fue fruto de matrimonio con

todas las de la ley, con cura y con borrachera, todo como Dios manda.

El obispo, manteniéndose a distancia —no vaya a ser que esto fuera contagioso— y casi con asco, pidió que trajeran una linterna y separan las piernas del bebe para ver mejor. Pero no, la realidad tercamente seguía siendo la misma. Parecía que no era ni niño, ni niña o era todo junto al mismo tiempo.

—Bueno —dijo el obispo con la sabiduría que le asistía—, éste es un niño-niña y está todo dicho.

Apresuradamente quería salir de ese cuartucho hediondo a sangre, sudor, orina y pobreza. Él, definitivamente, no debería estar ahí. Casi había salido cuando la madre, que hasta el momento no había dicho una palabra, gritó:

—¿Y con qué nombre lo... la... vamos a bautizar, Su Excelencia?

El cura paró en seco. Esto sí que era un problema. Volvió, meditó un rato con los ojos cerrados, como invocando la luz divina, y finalmente, con una voz casi celestial, dijo:

—Hay que ver por dónde orina y según eso se le pone el nombre.

Y como la realidad suele ser más sorprendente que la fantasía misma, de entre las piernas de la guagua salió un chorro de meados que casi mojó la sotana del cura. Éste, sorprendido, saltó hacia atrás y sin pensarlo gritó.

—¡Hijueputa! ¡Miren, miren, es una mujer!

Y la madre dijo:

—Entonces se llamará Teresa, como la abuela.

De ahí en adelante fue conocida como “la Teresa”, pero en los partidos de fútbol meaba de pie cerca un árbol y lo hacía igual en los meaderos de hombres. En los trabajos de los hombres, lo hacía mejor que ellos; sin embargo, su voz siendo grave era dulce. La Teresa era tosca y delicada a la vez. Toda su vida fue objeto de burla, respeto y curiosidad en una mezcla que era difícil de descifrar. En las fiestas del pueblo era un deporte apostar por saber qué era lo que en realidad la Teresa tenía entre las piernas, si era chico o era grande, si se le paraba o no, si era partido al medio, si le entraba o le salía, o todo junto a la vez. Pagaron putas para que averiguaran, pero nunca, nunca hubo una respuesta clara. Pero al final del día, por más hipótesis y teorías que habían, lo cierto es que un puñetazo de la Teresa valía por diez de un hombre cualquiera.

Y ahí, en la acera frente al centro de salud, tras un largo momento suspendido en el tiempo, el instinto despertó al doctorcito de su marasmo y dijo:

—Buenas tardes, señora Teresa.

Y ella, con su voz grave y femenina a la vez, le contestó:

—Señora no, dígame Teresa. ¿Para qué me necesitaba, doctor?



# Las estrellas, una breve introducción

## Parte II: Constelaciones

Una constelación es una agrupación de estrellas, pero sólo en apariencia, puesto que se encuentran a diferentes distancias. En 1922, la Unión Astronómica Internacional (International Astronomical Union, IAU) definió las 88 constelaciones que se aceptan actualmente.

Es la tendencia a poner orden en este aparente caos que parece ser el cielo nocturno. Para el hombre primitivo que tenía la oportunidad de observarlo, las estrellas formaban figuras, símbolos en los que proyectar sus temores y deseos en la oscuridad de la noche que le dieran protección y orientación. Los nombres pro-

**Dr. Vicente Carrillo Andrades**

ceden de mitos, una forma mnemotécnica de recordar y reconocer las estrellas, y que sirven de orientación a los navegantes, elaborar calendarios agrícolas y religiosos.

Hoy raramente podemos observar más de un puñado de estrellas en nuestra iluminadas y contaminadas ciudades, y muy pocos conocen las constelaciones. Existen en el hemisferio

norte o llamadas también septentrionales y en el hemisferio sur o australes. Si bien las constelaciones las siguen utilizando principalmente los astrónomos aficionados, han perdido importancia ya que los profesionales utilizan las coordenadas celestes para determinar la posición de un astro.

### LAS CONSTELACIONES ZODIACALES

En astronomía, el Zodíaco, que en griego significa "rueda de los animales", es una banda de la esfera celeste de 18 grados de ancho centrada en la eclíptica, que se desplaza ligeramente con el tiempo sobre el fondo del cielo. Recordemos que la eclíptica es la línea curva por donde "transcurre" el Sol alrededor de la Tierra, en su "movimiento aparente" visto desde la Tierra.

El Zodíaco se comenzó a utilizar en Babilonia hace más de 3 mil años, y ya se sabía de la existencia de 13 constelaciones, pero sólo se consideraron 12 para realizar de mejor forma la división a lo largo de un calendario con la misma cantidad de meses.

Esta banda que es el Zodíaco, se divide por lo tanto en 12 partes iguales llamadas "signos zodiacales", tomando como referencia el punto "aries", que es el punto de intersección entre la eclíptica y el ecuador celeste. Así, cada uno de los 12 signos comprenden exactamente un arco de 30 grados de longitud eclíptica y 9 grados de latitud eclíptica. Los signos zodiacales son áreas de la esfera celeste que se definen de forma distinta a como se definen las constelaciones del mismo nombre, de modo que un signo zodia-

cal dado y la constelación de su mismo nombre cubren áreas distintas de la esfera celeste. Éstas se denominan: *Aries, Taurus, Gemini, Cancer, Leo, Virgo, Libra, Scorpius, Sagittarius, Capricornus, Aquarius* y *Pisces*.

Cuando los griegos crearon el Zodíaco no existía Libra. Según la leyenda, Julio César quiso tener su propia constelación en el cielo. Por lo tanto le quitaron las pinzas al escorpión y con sus estrellas sacaron la constelación de Libra, la balanza o símbolo de justicia y eliminaron Ofiuco –que representa a Asclepio, Esculapio para los romanos, dios griego de la medicina y cuyo báculo es el símbolo de las asociaciones médicas de todo el mundo–. De esta forma continuaron con 12 constelaciones.

Recientemente, la NASA, utilizando factores como la rotación de la Tierra, determinó durante qué períodos el Sol se interpone entre la Tierra y cada constelación. Para esto incluyó a Ofiuco entre las 13 –y no 12– constelaciones que experimentan este fenómeno.

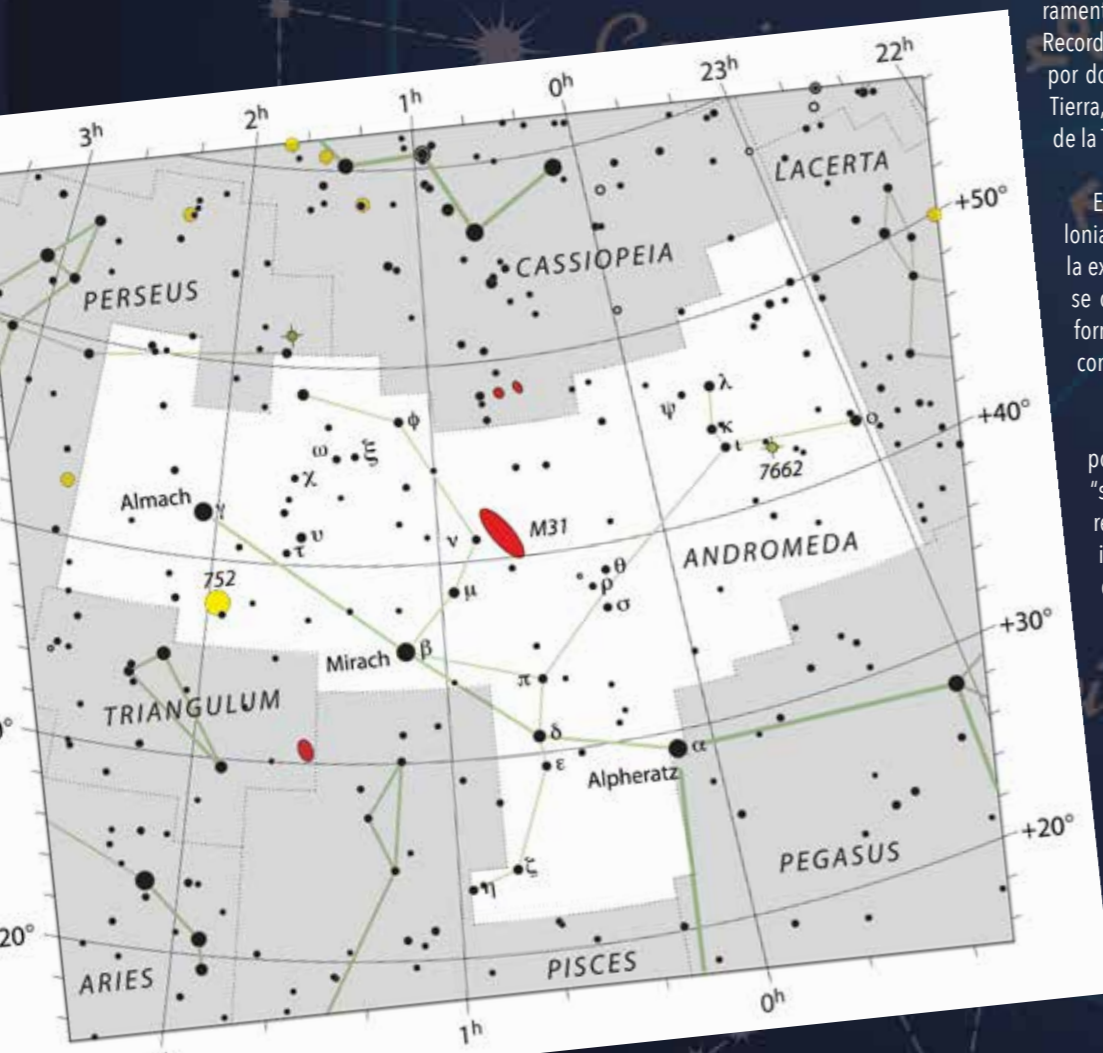
El calendario astronómico queda así definido:

**Capricornio:** 9 de enero - 15 de febrero  
**Acuario:** 16 de febrero - 11 de marzo  
**Pisces:** 12 de marzo - 18 de abril  
**Aries:** 19 de abril - 13 de mayo  
**Tauro:** 14 de mayo - 19 de junio  
**Géminis:** 20 de junio - 20 de julio  
**Cáncer:** 21 de julio - 9 de agosto  
**Leo:** 10 de agosto - 15 de septiembre  
**Virgo:** 16 de septiembre - 30 de octubre  
**Libra:** 31 de octubre - 22 de noviembre  
**Escorpio:** 23 de noviembre - 29 de noviembre  
**Ofiuco:** 30 de noviembre - 17 de diciembre  
**Sagitario:** 18 de diciembre - 8 de enero

Por cierto, la NASA estudia astronomía y no astrología. El primer término hace referencia al estudio científico del espacio exterior, mientras que lo segundo, según describen, "es otra cosa



Draco y Ursa minor (Urania's mirror, Sidney Hall).



Constelación de Andromeda (IAU).



y no ciencia. Nadie ha probado que la astrología pueda predecir el futuro o decir cómo es la gente en base a su fecha de nacimiento".

### OTRAS CONSTELACIONES

Ptolomeo, astrónomo griego-egipcio del siglo II d. C. escribió el *Almagesto*, donde describe 48 constelaciones. Las teorías astronómicas contenidas en este tratado, aunque incorrectas, estuvieron vigentes durante 14 siglos, influyendo en el pensamiento astronómico y científico hasta bien entrado el siglo XVI con la llegada del sistema heliocéntrico y la revolución científica.

Además de las doce constelaciones del Zodíaco antes presentadas, Ptolomeo recogió en

su inventario otras 36 figuras tales como Andromeda, Centaurus, Draco, Equuleus, Hércules, Orión, Pegaso, Perseo, Osa Mayor, Osa Menor, entre otras.

Por su parte Johann Bayer a principios del siglo XVII agrega 12 nuevas constelaciones del hemisferio sur y actualiza el *Almagesto*. Su atlas, denominado *Uranometría*, fue el primer tratado moderno de estrellas, basándose en posiciones y magnitudes realizadas por otro astrónomo famoso como es Tycho Brahe. Varios astrónomos posteriormente fueron agregando constelaciones al catálogo que finalmente fue actualizado por la IAU.

## OBITUARIO

### Dr. Héctor Romero Castillo

El Dr. Romero nació en Concepción, el 24 de octubre de 1944. Tras terminar la educación secundaria en el Liceo de Hombres "Enrique Molina Garmendia", ingresó a estudiar Medicina a la Universidad de Concepción. Al cuarto año de carrera se mudó a Santiago para culminar sus estudios en la Universidad de Chile.



Luego de titularse se trasladó a Punta Arenas para formarse como anesthesiólogo. Allí ejerció como Oficial de Sanidad de la Armada. Completó su formación de especialista en Santiago y posteriormente, se trasladó a Valparaíso para ejercer como anesthesiólogo en el Hospital Enrique Deformes, donde llegó a convertirse en jefe de Anestesiología y Pabellones. El terremoto de 1985 cambió su destino, llevándolo al Hospital Eduardo Pereira, donde además de ser jefe de Pabellones y Anestesia comenzó la labor docente de su especialidad.

En 1997 cambió de rumbo nuevamente y se fue a Chiloé, para desempeñarse en el Hospital de Castro como el primer anestesista de la isla. Tres años más tarde regresó a la Región de Valparaíso para dedicarse a otra de sus pasiones: la agricultura y el cultivo de paltos. A poco andar retomó la actividad asistencial con algunas horas en el Hospital San Borja y luego en el Hospital de Quilpué, donde finalmente decidió jubilarse.

### Dr. Luis Prieto Díaz

El Dr. Prieto nació en San Antonio, el 14 de febrero de 1945. Era hijo y nieto de los cirujanos infantiles Dr. Ernesto Prieto Trucco y Dr. Eugenio Díaz Lira, respectivamente.



Sus estudios primarios y secundarios lo cursó en el Colegio del Verbo Divino en Santiago. Estudió Medicina en la Universidad de Chile, titulándose en 1970. Posteriormente, se especializó en Traumatología en el IST de Viña del Mar, con una pasantía en Toronto (Canadá).

Por más de 30 años se desempeñó en Carabineros de Chile, donde llegó a ser Coronel de Sanidad y jefe del Policlínico de Viña del Mar. Trabajó gran parte de su vida en el hospital del IST, donde en los últimos años estuvo a cargo del Centro del Trauma. También ejerció la medicina privada y fue uno de los fundadores de Centromed.

Casado con la dentista Erika Bruggemann, en sus 46 años de matrimonio tuvieron 3 hijos y 8 nietos. Amante de los deportes, en 1962 ganó el Campeonato Juvenil de Golf y posteriormente otros varios torneos, incluyendo campeonatos en los que participó junto a sus tres hijos. Aficionado también al fútbol, en su juventud fue médico del Club de Deportes Santiago Wanderers de Valparaíso.

### Dr. Carlos Alonso Raby

El Dr. Alonso nació en Santiago el 15 de noviembre de 1931. Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica, graduándose con distinción máxima en 1957. Se especializó en Medicina Interna en la Clínica de La Concepción de Madrid y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.



Ejerció en la Unidad de Emergencia del Hospital Carlos van Buren y en los Servicios de Medicina Interna de los hospitales Naval, Enrique Deformes, Gustavo Fricke y Carlos van Buren.

Tuvo una destacada carrera como docente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, donde se desempeñó como director del Departamento de Medicina Interna, director de la carrera y vicedecano de la Facultad, entre otros cargos. A pesar de la gran responsabilidad, siempre se daba tiempo para ejercer la docencia directa con alumnos, internos y becados de Medicina.

Destacada fue su participación en la Sociedad Médica de Valparaíso. Fue fundador y presidente del Capítulo Valparaíso-Viña del Mar de la Sociedad de Medicina Interna de Chile, Sociedad Médica de Santiago, donde fue director. En el Colegio Médico de Chile, ocupó el cargo de tesorero regional, consiguiendo la liberación de cuotas para los médicos que cumplían 30 años de profesión en todo el país.

Fue reconocido por ser un hombre sencillo, franco, atento, afectuoso y también exigente. Asimismo, se lo recuerda como un médico acogedor y cercano con sus pacientes.

### Dra. Raquel Lucía Emilia Miranda Bravo

La Dra. Miranda nació en Iquique, el 18 de diciembre de 1926. Se tituló de médico cirujano en la Universidad de Chile en 1952.



Por la profesión de su padre, le tocó vivir en muchas ciudades del país, destacando a Valdivia como una de las que más recuerdo le dejó.

Tras recibirse ejerció en Concepción y constantemente visitaba también el consultorio de la ciudad de Lirquén. Posteriormente, por motivos laborales se trasladó a Talagante. Allí se casó con el capitán de Carabineros Mario Silva Marambio, matrimonio de cual nacieron 2 hijos, Patricio y Junia. Separada y con sus dos retoños, se fue a Valparaíso, donde conoció a su segundo marido, Fernando Vega Letelier con quien no tuvo hijos y pasó el resto de su vida hasta enviudar.

Su profesión le dio muchas satisfacciones. En la Región de Valparaíso ejerció como pediatra en el Hospital Naval y en clínicas privadas. Siempre demostró su vocación de servicio en el trabajo con los niños. Solía decir que había elegido la profesión perfecta y que era una afortunada de poder trabajar en lo que más le gustaba.

## 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.



Te cambia la vida.



Cirugía Maxilofacial, Endodoncia,  
Estética Facial y Blanqueamiento,  
Implantología,  
Odontopediatría, Operatoria,  
Ortodoncia, Periodoncia,  
Prótesis Fija, Prótesis Removible,  
Urgencias.

Tarjeta de Crédito Red Compra

## DENTO-REÑACA

CENTRO DE ESPECIALIDADES  
ODONTOLÓGICAS

[www.dento-renaca.cl](http://www.dento-renaca.cl)

[contacto@dento-renaca.cl](mailto:contacto@dento-renaca.cl)

32 2589515 Cel. 9 9552 5938

Balmaceda 183 / Of. 201 / Reñaca

# 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.



## 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.