

PANORAMA MEDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile. Año 27 N° 111 / Septiembre de 2017



Continúan las carencias en el Hospital de Quilpué pese a movilización de sus médicos

**Vuelve la tranquilidad al
Hospital de Cabildo**

**La fallida denuncia de la
FNE contra la AG de Cirujanos**

**Nueva norma de asignación
de campos clínicos**

**Autonomía y competencia
en medicina**



**OFICINAS &
PLANTAS LIBRES
LOCALES**

SOHO
MONTEMAR

LANZAMIENTO

**BOSQUES
DE MONTEMAR,
REÑACA**

Nuevos negocios,
Nuevo estilo de vida



Un nuevo Estatuto para el Colegio Médico

Palabras del Presidente



Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso

El Colegio Médico ha cumplido ya 69 años de existencia. Fundado en 1948 en Santiago (al año siguiente en Valparaíso) ha tenido una larga e interesante historia, que se ha ido moldeando por los acontecimientos sanitarios ocurridos en todo este tiempo en nuestro país y en el mundo. Su estructuración y objetivos han estado también sometidos a los avatares político-sociales que han sacudido el país y, como tal, ha pasado por momentos bastante dramáticos así como también le ha tocado participar, y aun conducir, grandes movimientos ciudadanos.

Quizá el secreto radica en que cada vez que ha sido necesario, aparecen nuevas generaciones de médicos interesados en renovar el gremio, basado en los progresos tecnológicos, la mejoría del transporte y de las comunicaciones y los cambios y reformas sociales y legales producidas en el país. En su historia, el Colegio ha pasado por diversas etapas, desde una "representatividad simbólica" manifestada por colegas que vivían en Santiago y que eran nominados por los Consejos Regionales para que representaran sus intereses a nivel central, hasta la actual estructura en que son los propios presidentes regionales los que participan en la gestión del Colegio Médico a través del Consejo General y de la Asamblea Nacional. Un importante quiebre de la identidad de nuestro Colegio se produjo a comienzos de los años '80 cuando la dictadura militar mediante un decreto de su ministra Mónica Madariaga transformó los colegios profesionales en asociaciones gremiales, dejando de ser corporaciones de derecho público y perdiendo la tuición ética de la profesión, la que no ha podido ser recuperada por falta de voluntad política de los gobiernos posteriores al militar. Cabe mencionar que en la reunión sostenida el 16 de agosto

entre la nueva directiva del Colegio Médico presidida por la Dra. Izkia Siches y la presidenta Michelle Bachelet, ésta última se comprometió a darle suma urgencia al proyecto que devuelve la tuición ética a los colegios profesionales y estamos ansiosos de que ojalá esta vez se concrete.

El Colegio Médico está organizado territorialmente, con una estructura estatutaria que comienza con los Consejos Regionales y los Capítulos Médicos en cada uno de ellos, un Consejo General que regula el trabajo gremial general, una Mesa Directiva Nacional que administra el Colegio, y la Asamblea Nacional que tiene también un carácter territorial donde acuden representantes de todo el país.

En las últimas dos décadas, los médicos que ejercen en determinadas categorías laborales (MGZ, APS y últimamente los médicos residentes o becarios) se han organizado lo suficiente como para realizar un trabajo coordinado con el Colegio para lograr mejoras en sus condiciones de trabajo y remuneraciones, y aportar ideas y proyectos para mejorar la calidad del trabajo médico en Chile, y han exigido pertenecer al Consejo General con derecho a voz y voto. Me parece necesario discutir a fondo este tema y el Consejo General acaba de crear una Comisión de Trabajo, en la que he sido incluido, y que está destinada a revisar y proponer las reformas necesarias a los Estatutos de la Orden, para que dicha incorporación se haga en los términos más adecuados posibles. En la próxima Asamblea Nacional de abril del 2018 deberá aprobarse la nueva estructura de nuestro Colegio y esperamos tener éxito en dicho esfuerzo.

Índice

1	Palabras del Presidente Un nuevo Estatuto para el Colegio Médico
3	Editorial Tiempos de cambio
4	Gremial Continúan las carencias en el Hospital de Quilpué pese a movilización de sus médicos
8	Vuelve la tranquilidad al Hospital de Cabildo
10	Residentes analizaron el marco legal de la posibilidad de subespecializarse durante el PAO
12	Dra. Laura Hernández, presidenta nacional de la Agrupación de Médicos APS
14	La fallida denuncia de la FNE contra la AG de Cirujanos
17	Lo que viene con la nueva norma de asignación de campos clínicos
21	En Viña del Mar se discutieron aspectos éticos del aborto
23	Ética Enseñanza de la ética médica en las escuelas de medicina
25	Autonomía y competencia en medicina
29	Historia de la Medicina Fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso
32	Médicos escritores El hoyo diecinueve Dr. Jorge Coghlan de Rosa
36	Obituario

**PANORAMA
MÉDICO**

PANORAMA MÉDICO / Año 27 – Número 111 – Septiembre 2017 / **Director:** Dr. Maximiliano Soto Díaz / **Colaboradores:** Dr. Eduardo Bastías, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia / **Redacción y 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:** Empresa El Mercurio de Valparaíso S.A.P. / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.

Tiempos de cambio

Editorial



Dr. Maximiliano Soto Díaz
Director revista Panorama Médico

En mayo pasado tuvimos elecciones nacionales y regionales, con una masiva participación nunca antes vista en nuestro Colegio Médico, y producto de ello a nivel nacional hubo una importante renovación en nuestros dirigentes, al mando de la Dra. Izkia Siches, a quien desde ya este Consejo Regional le desea el mayor de los éxitos.

A nivel local, nuestro Consejo Regional en parte también fue renovado, contando con la participación de quienes por vez primera nos integramos a éste, y también con la experiencia gremial de quienes fueron reelectos.

Atrás quedaron las diferencias entre las listas participantes para dar pie a la unión en el trabajo que todos los consejeros debemos realizar por quienes nos encomendaron su representación gremial.

Afortunadamente, ése es el espíritu actual en nuestro Consejo, un equipo humano con una diversidad de miradas pero que convergen en un fin común: nuestros colegiados. Tengan ustedes desde ya la tranquilidad de que estamos trabajando con mucha energía y entusiasmo al interior de nuestro Regional.

En este corto período también hemos sido testigos del cambio de uno de los directores de servicio de salud en nuestra región, el Dr. Juan Mendoza ha asumido el mando del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota desde julio de este año, electo por el sistema de Alta Dirección Pública. El director saliente, Dr. Jorge Ramos, se encontraba en calidad de Transitorio y Provisional (T y P) y sólo alcanzó a ejercer un año.

En noviembre próximo estamos llamados a cumplir con nuestro deber cívico y sufragar para elegir a quien nos representarán en la Presidencia del país y en el Parlamento durante los siguientes años.

Como ven, este 2017 está lleno de renovaciones y cambios en los ámbitos administrativo, político y gremial, suponiendo un tremendo desafío actual y futuro para quienes hemos decidido ponernos a disposición en la representación de nuestros pares. Los desafíos siempre son puerta de oportunidades, y en este nuevo período hago un abierto llamado a tener un Regional más participativo e inclusivo. Las puertas de nuestra casa, de su propia casa, los están esperando. Queremos trabajar para y con ustedes.

Emplazado en la comuna de Villa Alemana, el futuro Hospital Marga Marga contempla la construcción de más de 70 mil m² de superficie, superando con creces los casi 6 mil m² del actual Hospital de Quilpué. Tendrá 282 camas totales en comparación a las 149 camas de Quilpué, 97 boxes, 9 pabellones, 3 salas de parto integral, 15 puestos de diálisis que no existen en la actual oferta, además de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria y de Medicina Ambulatoria.

En definitiva, un moderno centro hospitalario destinado a cubrir la progresiva demanda de atención de salud de una provincia con una población que ha crecido significativamente en la última década y que hoy supera los 330 mil habitantes.

Una muy buena noticia, sin duda, pero que no se verá concretada antes de 5 años. Mientras, hay problemas de salud que requieren resolverse ahora. Es por ello que en el Hospital de Quilpué durante el pasado mes de julio y parte de agosto tuvieron lugar dos movilizaciones tendientes, precisamente, a exigir solución a diversas carencias.

SE MOVILIZAN LOS CIRUJANOS

A mediados de junio, los cirujanos del Hospital de Quilpué dieron cuenta de la demora en la resolución de la patología quirúrgica en la Unidad de Emergencia, cuestión que repercutía negativamente en la actividad del Servicio de Cirugía, cuyos profesionales se veían obligados a desatender sus propias actividades para hacerse cargo de los casos no resueltos por la Urgencia.

"De los 6 turnos hay 2 que no tienen cirujano, y esto adolece fundamentalmente por el poco interés que tienen los colegas por ir a un lugar en el cual están solos, sin la posibilidad de contar con ayudante confirmado y con la dificultad de no poder resolver las urgencias y tener que trasladarlas al Hospital Gustavo Fricke", explicó en

Continúan las carencias en el Hospital de Quilpué pese a movilización de sus médicos

Si bien los cirujanos consiguieron solución a sus problemas, no tuvieron la misma suerte los internistas, quienes aún continúan a la espera de que se cumplan algunos de los compromisos pactados.

su oportunidad el Dr. Jorge Cabezas, vocero de los especialistas.

Los cirujanos consideraron que era una consecuencia tratar de resolver las listas de espera del centro hospitalario mientras no pudieran dar solución apropiada a las atenciones de la Urgencia, de tal modo que para presionar y llamar la atención de las autoridades respecto de sus problemas y exigir soluciones decidieron iniciar una movilización indefinida.

Así, dejaron de realizar cirugías electivas para concentrarse en la atención de pacientes hospitalizados y de urgencia, también dejaron de ver pacientes nuevos en policlínico, prestando atención sólo a quienes estaban citados para sus controles postoperatorios. Todo ello, hasta que el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) se comprometiera a dar solución a sus demandas.

En concreto, los especialistas pedían un pabellón exclusivo para la actividad quirúrgica, dado que el Hospital de Quilpué contaba sólo con 3 pabellones electivos y 1 pabellón de urgencia, que también era compartido con el Servicio

de Maternidad, "lo que significa que no siempre hay disponibilidad de pabellón dado que también hay urgencias obstétricas que pueden anteponerse a una quirúrgica". La otra gran necesidad era contar con un residente que les permitiera trabajar de manera adecuada el aspecto quirúrgico.

A través de esta movilización los médicos hicieron un llamado de atención a las autoridades del SSVQ de la necesidad de buscar solución al colapso crónico de la Urgencia. El Dr. Cabezas manifestó que "actualmente el Hospital de Quilpué está colapsado, permanentemente hay más de 20 hospitalizados en la sala de urgencia y no necesariamente cuentan con la posibilidad de resolverse los procesos quirúrgicos porque faltan exámenes de apoyo, porque no tenemos escáner, porque no tenemos sala, los pacientes están a veces hospitalizados en condiciones no adecuadas y eso es un poco lo que queremos hacer, un llamado de atención. Nuestro hospital se quedó chico y necesitamos soluciones ahora".

La primera propuesta entregada por el SSVQ no satisfizo plenamente a los especialistas, por



Los doctores Juan Eurolo y Maximiliano Soto reunidos con los cirujanos movilizados.

cuanto no explicaba cómo se llevarían a cabo las mejoras solicitadas por los médicos. En vista de aquello, la movilización se mantuvo, con el 1 de agosto como plazo comprometido por la dirección del Hospital de Quilpué para poner en marcha algunas de las propuestas.

Se cumplió el plazo, no así lo acordado por la autoridad, por lo que la movilización se extendió una semana más, hasta que finalmente se implementaron las medidas solicitadas. Dentro de éstas, la conformación de los turnos de cirugía de la Unidad de Emergencia con dos médicos, uno de los cuáles atendería el box de cirugía, mientras que el segundo tendría el carácter de residente para controlar patología quirúrgica, atender cirugías de pacientes de la Unidad de Emergencia y cirugías urgentes a pacientes hospitalizados.

A su vez, se implementó un segundo pabellón para toda la actividad quirúrgica de urgencia, tanto de la Unidad de Emergencia como de otras áreas del hospital, ya fueran éstas de medicina adulto, infantil o urología.

Con la llegada del residente quirúrgico, el lunes 7 de agosto se firmó el acuerdo que dio por finalizada la movilización. La necesidad era tal, que "ese mismo lunes, por la tarde, llegó un paciente con una colecistitis aguda. El residente ubicó al cirujano que estaba de llamada y se operó al paciente ese mismo día, cuestión que antes en el hospital de Quilpué no pasaba. Si hubiéramos seguido como estábamos, ese paciente habría tenido que esperar 2 o 3 días hospitalizado en el pasillo de la Urgencia", comentó el cirujano y consejero regional, Dr. Maximiliano Soto, dejando de manifiesto lo relevante que fue la llegada de un residente quirúrgico a este centro hospitalario.

Al cierre de esta edición ya se han cubierto 5 de los 6 cargos de cirujano; respecto del último, el SSVQ aún no ha dado fecha para su cumplimiento.

INTERNISTAS DENUNCIAN SEVERAS CARENCIAS

Casi un mes después de iniciada la movilización de los cirujanos, los internistas del mismo Hospital de Quilpué denunciaron también una serie de falencias. Colapso de la atención abierta y de la Unidad de Emergencia, infraestructura deficiente, largas esperas por exámenes de laboratorio, pacientes hospitalizados que quedan sin supervisión médica en las tardes, fines de semana y festivos por falta de un médico residente las 24 horas, la falta de una política de formación de subespecialistas para conseguir mayor resolución local, falta de ambulancias y mal funcionamiento de la red hospitalaria, fueron algunas de las carencias que señalaron.

El entonces jefe de Medicina Interna del establecimiento, Dr. Guillermo Hernández, explicó que otro de los múltiples problemas que aquejan al hospital es la estadía prolongada de pacientes traumatológicos por falta de resolución de su problema. "Los traumatólogos locales no tienen capacidad de resolver estos problemas desde el punto de vista quirúrgico, porque no tienen pabellón ni las herramientas para hacerlo, así que los pacientes traumatológicos pueden estar hospitalizados 1, 2 o 3 meses, muchas veces incluso sin que se solucione su problema y complicándose con otras patologías asociadas inherentes a la atención de salud en estadías hospitalarias prolongadas".

Asimismo, el internista manifestó que la falta de ambulancias entorpecía la oportuna atención de salud y prolongaba las hospitalizaciones. "Para poder trasladar a un paciente hasta la unidad de endoscopia, que está frente al hospital, tiene que hacerse en una ambulancia, y como no siempre contamos con una en muchas ocasiones los pacientes pierden la hora de endoscopia y eso prolonga la estadía. Al paciente hay que dejarlo en ayunas una y otra vez, y cuesta mucho resolver su problema". Del mismo modo, también el traslado para toma de exámenes en el extrahospitalario y/o evaluación por subespecialistas se ve afectado por la falta de estos vehículos, lo que también pone en riesgo la salud de los pacientes y su pronóstico.

Pese a exponer estos problemas en más de una oportunidad a la autoridad hospitalaria, las soluciones no llegaban. Así, el 5 de julio, a través de una extensa carta dirigida a la dirección del hospital, los especialistas del Servicio de Medicina Interna entregaron detalle de cada uno de los 14 puntos que representaban carencias directamente relacionadas a la atención de pacientes de Medicina Interna, y pacientes de atención abierta, y pidieron compromisos concretos tendientes a solucionarlos. En la misiva, los profesionales anunciaron que de no tener respuesta satisfactoria en el corto plazo, iniciaría una movilización indefinida.

En respuesta a la misiva, la dirección del establecimiento elaboró una propuesta para cada uno de los puntos planteados por los médicos internistas, las que fueron calificadas de insuficientes por los especialistas, por lo que el 13 de julio iniciaron su movilización. Si bien continuaron atendiendo a los pacientes hospitalizados,

suspendieron la atención abierta (a excepción del policlínico de alivio del dolor), dejaron de realizar los egresos estadísticos y se desmarcaron del proceso de reacreditación por considerarlo contradictorio en relación a todas las necesidades que se advertían.

Recién asumido como nuevo director del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ), el 17 de julio el Dr. Juan José Mendoza llegó hasta Quilpué para reunirse con los internistas y conocer el detalle de las falencias que denunciaban. En franco diálogo con los médicos, la nueva autoridad del SSVQ se mostró llano a buscar soluciones, especialmente en lo que se podía mejorar en el breve plazo.

"Ellos han pedido cargo de residente, eso tendría una solución rápida. Algunos equipamientos que ellos han solicitado también, como por ejemplo, el ecocardiograma, la parte de ambulancias, la compra de servicios de los exámenes que no se pueden hacer acá también, y tratar de generar instancias ya sea con el Fricke o Santiago para solucionar aspectos puntuales de las patologías que ellos enfrentan", manifestó en la oportunidad el nuevo director del SSVQ.

Luego de propuestas y contrapropuestas, los profesionales destacaron que el SSVQ aceptara la mayoría de sus requerimientos y mostrara voluntad de concretar algunos problemas en el breve plazo. En virtud de ello, el 26 de julio los facultativos decidieron deponer su movimiento y firmaron un acuerdo en el que se establecieron soluciones a implementar en el corto, mediano y largo plazo relacionadas a recursos humanos, formación de especialistas y subespecialistas, infraestructura, gestión de camas, soluciones diagnósticas, equipamiento, entre otras.

Más de dos meses han pasado y muchos de los compromisos siguen sin materializarse. El Dr. Hernández, quien presentó su renuncia a la jefatura de Medicina Interna a contar de octubre, en parte por la frustración en relación a cómo funciona el sistema así como por su proyecto personal de formación en la subespecialidad de cardiología con miras a volver a servir a este hospital, comenta que "si bien se establecieron algunos plazos con la dirección del hospital y la dirección del servicio de salud, lo cierto es que éstos se han ido dilatando. No podemos decir que no se ha hecho nada, pero es poco lo que se ve en concreto".

Hay algunos acuerdos que sí se cumplieron, dice. "Por ejemplo, ahora hay más rapidez en la entrega de resultados de exámenes y también se contrató una empresa externa para mejorar los traslados de pacientes. Hay otras que están recién en proceso de licitación, como el proyecto para el ecocardiógrafo, lo mismo que las construcciones modulares para poder sacar algunas



Los dirigentes regionales en las dependencias de los internistas.

áreas administrativas del interior del hospital".

Respecto de la necesidad de un residente, "ahora lo anunciaron para octubre (inicialmente era para agosto) y esperamos que se cumpla. Lo mismo que los cargos para que comience a funcionar el escáner (que llegó en junio); ya está instalado, pero todavía no está funcionando porque faltan algunos cargos; se supone que en octubre empieza su marcha blanca, pero no hay ningún anuncio oficial al respecto. Tampoco hay cambios en nuestras dependencias; han ido a tomar medidas para hacer algunas mejoras, pero aún no hay trabajos desarrollándose, así que la mayoría de los temas planteados presentan pocos cambios".

La estadía prolongada de pacientes traumáticos es un problema que aparentemente no verá pronta solución. "No nos han dado una respuesta concreta. Dicen que tal vez para el próximo año, pero nada a corto plazo. La respuesta siempre es que no hay cargos, que no hay recursos", señala Hernández, quien no oculta su decepción por no poder dar respuesta a los pacientes que seguirán postergando su problema de salud.

Para el facultativo el discurso de que "no hay recursos" para resolver los problemas resulta inaceptable cuando se trata de la salud de población. "Que no haya recursos no es un motivo para decir que hasta aquí no más llegamos, porque entonces es el momento de comunicárselo al Ministerio de Hacienda y al Parlamento para que en la próxima Ley de Presupuesto se incrementen los recursos para Salud. Nuestras solicitudes, en su totalidad, son para dar una mejor atención a nuestros pacientes y avanzar hacia una medicina de calidad".

Al ver la inversión que se realiza en otros hospitales de la red, como Quillota o Viña del Mar, los internistas de Quilpué no pueden sino sentirse perjudicados en la entrega de recursos, una situación se ve agudizada también por la construcción del Hospital Marga Marga, al que

aluden las autoridades cada vez que se manifiesta alguna necesidad en el hospital quilpuésino. "En nuestro hospital se necesita invertir ahora, y eso no se ha querido hacer porque la autoridad está pensando en el de Marga Marga, pero nuestro hospital quedó chico hace rato porque fue construido para 60 mil personas y hoy se atiende a una población cercana a los 400 mil. No podemos estar haciendo agua 5 o 6 años más hasta que esté funcionando el hospital nuevo. En Quilpué las necesidades las tenemos hoy".

RESPALDO DEL COLEGIO MÉDICO

Cabe mencionar que ambos movimientos contaron con el irrestricto apoyo del Colegio Médico Valparaíso. Para su presidente, Dr. Juan Eurolo, "lo que se está viendo en el Hospital de Quilpué es una versión local de un problema que está generalizándose en todo el país, que es la falta de los recursos mínimos, con estándares muy bajos de trabajo para atender a la población, lo que demuestra una vez más la profunda crisis en que se encuentra la salud chilena".

El dirigente destaca que tanto la movilización de los cirujanos como la de los internistas del Hospital de Quilpué tuvieron como única motivación la mejora de las condiciones de atención de los pacientes, razón por la cual cuentan con el pleno respaldo del Colegio, tanto en lo ético y moral como así también en lo efectivo, dialogando y apoyándolos en las gestiones con la autoridad.

Finalmente, el Dr. Eurolo advierte que "como Colegio Médico seguiremos apoyando movilizaciones que visibilicen estas carencias y apoyaremos la revisión de las asignaciones presupuestarias que hay que asignar a Salud. Del mismo modo, continuaremos insistiendo en la necesidad de repensar el sistema de salud chileno para poder optimizar la atención de listas de espera y de urgencia, los dos puntos más sentidos por la población".

PM

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.⁽¹⁾

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:

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

CONVENIOS | Banco de Chile

Vuelve la tranquilidad al Hospital de Cabildo

La reciente remoción de la odontóloga Carolina Aguilera de la dirección de este centro hospitalario puso fin a cerca de 10 años de conflictos que esta profesional sostuvo con los distintos equipos de médicos EDF que pasaron por el hospital cabildano.

Los casi 10 años en que la odontóloga Carolina Aguilera estuvo a la cabeza del Hospital Dr. Víctor Möll de Cabildo estuvieron marcados por una serie de conflictos entre ella y cada grupo de médicos en

Etapa de Destinación y Formación (EDF) que pasó por este centro asistencial. El último de ellos comenzó a gestarse a fines de 2016, cuando 6 de los 7 médicos optaron por solicitar traslado a otro Servicio de Salud, cansados del trato recibido por parte de la directora.

En una detallada carta enviada a principios de marzo al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ), el equipo de médicos manifestó su preocupación por la difícil relación que sostenían con la autoridad hospitalaria, a quien acusaron de ejercer un liderazgo autoritario y déspota, que se tradujo en la exclusión del equipo médico de las labores de planificación y participación en diversas instancias al interior del hospital.

Según señalaron en la misiva, la directora "no considera la opinión del equipo médico en ninguna de las decisiones, ya sean éstas de orden médico, sanitario o administrativo, lo que pone en riesgo el funcionamiento adecuado del hospital". También indicaron que la profesional hostigaba directamente a los médicos respecto del tiempo de espera de los pacientes en el servicio de urgencia y cuestionaba las indicaciones médicas respecto de la prescripción de medicamentos o de procedimientos desarrollados con pacientes. Asimismo, en múltiples ocasiones habría solicitado hospitalizar pacientes que no tenían indicación médica, sólo por complacer a usuarios que se lo solicitan directamente.

Otra situación que refirieron los profesionales se produjo en el marco del Programa de Salud del Adolescente, donde "exigió a los médicos realizar atención de menores de edad sin la presencia de sus padres o tutores legales", lo que contravenía disposiciones legales al respecto. Al oponerse los médicos a realizar estas atenciones en esas condiciones, por las implicancias médico-legales que

podría tener, la directora cuestionó la idoneidad del médico jefe de programa y amenazó directamente con su destitución.

En la carta, los médicos consideraban urgente tomar medidas que permitieran asegurar un mejor clima laboral al interior del hospital. "Como equipo médico nos hemos mantenido abiertos al diálogo, hemos continuado siendo propositivos y le hemos expresado la necesidad de ser parte de la toma de decisiones, ya que nos parece que es el pilar fundamental para asegurar una atención de calidad para nuestros pacientes", indicaron entonces. "Sin embargo, hoy la relación se ha agravado a tal punto, que esta está totalmente cortada, haciendo que el clima laboral sea inseguro y hostil, situación que es extremadamente preocupante, pues se trata de la base en la que se sustenta la organización y el trabajo colaborativo de todo el hospital, afectando directamente a los usuarios y al resto del equipo hospitalario".

Tras la misiva, los profesionales, acompañados por el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, y el delegado EDF Viña-Quillota, Dr. Paulo Gnecco, acudieron hasta la dirección del SSVQ para solicitar la remoción de la directora, única salida posible para mejorar el clima laboral al interior el hospital.

En la oportunidad, el presidente del Regional Valparaíso recordó que "éste no es el primer conflicto que se presenta con la directora del hospital de Cabildo, quien lleva un largo período en el cargo, lapso en que se ha presentado más de un problema entre ella y distintas generaciones de médicos EDF, en los que hemos tenido que intervenir como gremio, consiguiendo la reubicación de dos colegas que fueron insistentemente hosti-

gados por la directora. Todos estos casos nos llevan inevitablemente a pensar que el foco del problema no son los médicos, sino la directora. Es evidente que ella ha contado con protección política y de algunos elementos importantes de la comunidad de Cabildo que han impedido que fructificaran anteriores intentos por removerla del cargo", afirmó el dirigente.

Luego de conocer los detalles del problema, el entonces director del SSVQ, Dr. Jorge Ramos, decidió realizar una evaluación de cada estamento del hospital, con el fin de obtener un diagnóstico de la situación. Los médicos consideraron este proceso tardío y dilatorio, e insistieron en que "la única solución al conflicto es la destitución de la directora de su cargo".

Pasaron las semanas, y la excesiva demora en la solución del conflicto motivó que en mayo los médicos del hospital se movilizaran para insistir ante la autoridad. Días después, y tras la decisión del SSVQ de notificar a la directora del centro asistencial de uno de los sumarios pendientes (VER RECUADRO), el Regional Valparaíso solicitó a los médicos cabildanos deponer momentáneamente uno de los aspectos de su movilización, que fue el paro de actividades, con el objeto de facilitar la conclusión definitiva del conflicto.

Sin embargo, esta solución se siguió dilatando, hasta que en julio se produjo el cambio de director en el SSVQ, a quien hubo que volver a explicar el fondo del problema. Así, a principios de agosto dirigentes del Regional Valparaíso y la agrupación MGZ Viña-Quillota llegaron hasta el Hospital de Cabildo para acompañar a los médicos en la reunión con el nuevo director del SSVQ, Dr. Juan José Mendoza.

En la oportunidad, los profesionales formalizaron a la nueva autoridad su petición de salida de la directora del establecimiento. El delegado local de los médicos EDF, Dr. Aarón Andahur, reiteró que "los problemas tienen que ver fundamentalmente con una abierta animadversión de la directora hacia el estamento médico. Y la historia se vuelve a repetir, pues los colegas EDF que ingresaron en abril ya todos han tenido roces con ella, y la verdad es que es evidente que el problema radica en una sola persona y no en el grupo EDF que viene llegando", afirmó.

El profesional agregó que este ambiente laboral poco grato "es también la causa de la alta rotación de médicos que tenemos en este hospital, lo



En la reunión con el nuevo director del SSVQ, los médicos de Cabildo estuvieron acompañados por el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo; el consejero regional, Dr. Maximiliano Soto; y el consejero general y delegado EDF Viña-Quillota, Dr. Paulo Gnecco.

que dificulta que se pueda lograr una verdadera continuidad en la atención de la comunidad, que es precisamente lo que se espera de los médicos generales de zona". El Dr. Andahur dijo creer que de no resolverse el conflicto, la relación problemática con la directora seguirá repitiéndose también con las futuras generaciones de médicos EDF que lleguen a Cabildo o incluso poniendo en riesgo la llegada de nuevos profesionales.

Semanas después de esta reunión, la dirección del SSVQ comunicó públicamente su decisión de pedirle el cargo a la directora, el que será concursado por el sistema de Alta Dirección Pública. Mientras ello sucede, se anunció que quedaría dirigiendo el hospital en forma transitoria, el subdirector administrativo, Jaime Araya.

Como es de esperarse, la medida fue aplaudida por el equipo médico, puesto que significa el fin de un largo período de ambiente laboral altamente inseguro y hostil. "El subdirector administrativo que quedó a cargo de la dirección es quien habi-

tualmente subrogaba a la directora cuando ella tomaba vacaciones o se ausentaba, así que luego de que ella saliera del cargo el hospital ha seguido funcionando sin problemas", afirma el Dr. Andahur, quien agrega que tras este cambio "se reactivó, y con más ganas, el trabajo para la acreditación del próximo año, también se hicieron algunas modificaciones en cuanto a jefaturas de servicios, que asumieron algunos médicos. No ha habido manifestaciones de la comunidad ni de los gremios, ni a favor ni en contra, así que todo ha estado muy tranquilo", asegura.

Lo que sí preocupa a los médicos es el anuncio hecho por el SSVQ de que, en su calidad de odontóloga y tras unos meses de feriado legal, Aguilera retornaría al hospital cabildano para cumplir funciones clínicas. "Se producen dos situaciones. Una, que por una cuestión de metas sanitarias y de cantidad de atenciones, no se justifica tener tres odontólogos en este hospital. Y lo segundo, es que para poder tener este tercer dentista hay que construir un box con determinadas características, y no hay espacio ni recursos para hacerlo. Creemos que si se van a destinar recursos, hay un montón de otras construcciones y mejoras más prioritarias que un tercer box dental", afirmó Andahur.

Tanto los médicos de Cabildo como el Regional Valparaíso se mantendrán alertas respecto de un eventual retorno de Aguilera. Por de pronto, los profesionales hoy pueden disfrutar de una tranquilidad que tardó mucho en volver a este hospital.

FALTAS A LA PROBIDAD

En 2015, además de la abierta animadversión hacia el estamento médico, se conocieron dos hechos en que la directora del Hospital de Cabildo faltó a la probidad. Por un lado, el usufructo de la casa destinada por el SSVQ para el uso de médicos y/o directores del hospital, pese a que Aguilera tenía propiedades en la comuna; y por otro, el aumento irregular de grado de una enfermera, quien no cumplía los requisitos mínimos para tal ascenso. Ambas situaciones motivaron la realización de sendos sumarios a la directora del centro hospitalario.

Residentes analizaron el marco legal de la posibilidad de subespecializarse durante el PAO

La actividad se realizó en el auditorio del Regional Valparaíso y fue organizada por el Capítulo Valparaíso de Residentes Chile.

No son pocos los médicos de nuestra región que han presentado dificultades en relación a la posibilidad de subespecializarse durante su Periodo Asistencial Obligatorio (PAO). Con lamentable frecuencia, y a pesar de la imperiosa necesidad de contar con subespecialistas en el sistema público y existiendo profesionales dispuestos a hacerlo,

las autoridades han negado esta posibilidad argumentando que se deben cumplir primero con los seis años del PAO; sin embargo, también hay casos de médicos que sin haber enterado esos seis años de devolución se están formando como subespecialistas.

La disparidad en las respuestas entrega-

das por distintos servicios de salud respecto de la posibilidad de cursar una subespecialidad durante el PAO motivó al Capítulo Valparaíso de Residentes Chile para reunir a los médicos de la zona que se encuentran en esta etapa y dialogar en relación a este tema. Así, a fines de julio una veintena de médicos se dieron cita en el auditorio del Regional



Valparaíso en una actividad cuyo objetivo era "entregar información sobre el proceso de subespecialización para los colegas que están en PAO, porque hasta el momento no hay un marco legal que regule la subespecialidad para el médico que es especialista y que está en esta etapa", señaló la presidenta regional de Residentes Chile, Dra. Bárbara Oliva.

A modo de ejemplo, se expusieron dos casos de médicos que han solicitado acceder a subespecialidad y a quienes les han entregado información distinta, siendo que ambos pertenecen al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ). Al respecto, en el marco de la movilización de los internistas del Hospital de Quilpué -donde había una demanda por acceder a subespecialización-, el nuevo director del SSVQ señaló que se tiene que completar el PAO antes de hacer la subespecialidad.

"Sin embargo, en el mismo servicio se ha enviado a formar especialistas con un año o recién egresados de la especialidad", afirmó la dirigente local de Residentes Chile, quien explicó que "por ejemplo, hay colegas del Hospital de Quillota que fueron autorizados y se van a ir a subespecializar, pero por otro lado, en Quilpué la dirección del hospital aparentemente no estaba de acuerdo y no hubo acceso a esa posibilidad pese a que hay una reconocida necesidad de subespecialistas. Entonces vemos que en la práctica hay una desigualdad muy grande".

Cabe señalar que para acceder a la sub-

especialización, el profesional especialista primero debe presentar una solicitud de autorización para el desarrollo de la subespecialidad al director de su establecimiento de desempeño. Éste, otorgando el visto bueno al director del servicio de salud correspondiente, solicita patrocinio para el desarrollo de subespecialidad, y es el servicio el que finalmente acepta o rechaza la solicitud hecha por el establecimiento. "La decisión final es del servicio, él es el empleador, pero hay más posibilidades de que se autorice si es que el director del hospital da el visto bueno. Y esa ha sido la gran diferencia entre hospitales de un mismo servicio de salud", sostuvo la Dra. Oliva.

La problemática descrita en el SSVQ se repite a lo largo de todo el país. Según señaló el coordinador académico de Residentes Chile, Dr. Eugenio Grasset, "a nivel nacional es el mismo desorden. Tenemos historias de un servicio que difieren de las historias de otro servicio, y dentro de un mismo servicio también son muy variables".

Respecto de las gestiones para tratar de buscar respuestas claras sobre esta materia, el Dr. Grasset dijo que éste es un tema que está recién empezando a visibilizarse, "entonces el ministerio recién está empezando a evaluar el contexto legal y los reglamentos que podrían o no organizar este asunto. Es un tema que recién a fines del año pasado y este año con más intensidad se está empezando a discutir, pero de manera mucho más secundaria o en una jerarquía de menor importancia con respecto

a todos los otros problemas que tienen los colegas en el PAO, como que no se les reconocen algunos derechos o servicios que no están preparados para recibirlos. Entonces, éste ha sido uno de los últimos temas emergentes con respecto al PAO y que se suma a todo el resto de las cosas que hay que ir mejorando para los colegas que están devolviendo su especialidad".

Por de pronto, el capítulo Valparaíso de Residentes Chile anunció que trabajará en conjunto con el Regional Valparaíso sobre esta materia, y que realizarán esfuerzos también para formar una mesa de trabajo con el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio para analizar el escenario que se da en este servicio.

En opinión del presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, "la desorganización del sistema de salud chileno ha hecho que las direcciones de los servicios de salud sean extremadamente autónomos en sus decisiones y como resultado de esto, ante una misma situación, algunos rechazan y otros aprueban, según la voluntad del directivo a cargo. Ese caos organizacional hay que resolverlo, hay que de alguna manera insistir con el gobierno y el ministerio en la necesidad de que se dicte una normativa acorde a la realidad nacional y que se fomente el acceso a las subespecialidades porque eso mantiene un estándar adecuado de atención médica".

Dra. Laura Hernández, presidenta nacional de la Agrupación de Médicos APS

La médica viñamarina reemplaza a la Dra. Inés Guerrero en la conducción nacional de la Agrupación de Médicos de Atención Primaria. Garantizar los tiempos para realizar reuniones clínicas en APS, aumentar el tiempo de atención e impulsar la formación de nuevos capítulos regionales son algunos de los objetivos de la nueva directiva.

Con 23 años de experiencia en Atención Primaria, al menos 6 como representante del estamento médico APS en Viña del Mar, y los últimos 2 como presidenta de la Asociación de Médicos APS de la Ciudad Jardín, en agosto pasado la Dra. Laura Hernández Norambuena se convirtió en la nueva presidenta nacional de la Agrupación de Médicos de Atención Primaria.

La acompañarán en este nuevo desafío las doctoras Ingrid Kremser como vicepresidenta, Leisli Salvatierra como secretaria general, Daniela Schmidt como prosecretaria general y Scarlett Alcaíno como tesorera.

Una directiva conformada sólo por mujeres. No es casual, dice Hernández, "sobre el 80 por ciento de los médicos de APS somos mujeres. Y en esta directiva también es digno de destacar que de las 5 colegas, 3 tienen niños pequeños y sin embargo decidieron igualmente asumir esta responsabilidad y esta representatividad. Eso es muy loable y habla bien del compromiso de los médicos de familia con la salud primaria".

Otro aspecto que destaca la nueva presidenta nacional de Médicos APS es que esta directiva está integrada por profesionales que además tienen la posibilidad del fuero por su dirigencia en asociaciones gremiales. "Eso importante porque asumir una responsabilidad de este tipo implica tener tiempo para dedicarle a esta actividad, y tiempos que generalmente se restan del horario laboral, que son bastante estrictos. La posibilidad del fuero a través de estas asociaciones gremiales incluye el resguardo de los tiempos para la actividad gremial".

OBJETIVOS PRINCIPALES

Acerca de los objetivos que se ha planteado esta nueva directiva, la Dra. Hernández señala que, en primer lugar, pretenden dar continuidad al trabajo desplegado hasta la fecha por la directiva saliente, así como las implicancias y evaluación del nuevo escenario generado por el cese del voto de las agrupaciones en el Consejo General, también el Concurso Nacional de Becas para médicos APS, los cursos para permitir la formación continua de los médicos del nivel primario y los estatutos de la agrupación.

Otro de los temas fundamentales es la organización de capítulos regiona-

les allí donde no se han conformado y fortalecer aquéllos que están activos, de manera de lograr que tengan una actividad más notoria, participen y se integren al trabajo que realizan los distintos Regionales.

En materia asistencial, "el tiempo para realizar reuniones clínicas en APS es una de las reivindicaciones urgentes. Asimismo con el tema de los rendimientos, donde la idea es subir de los 15 a 20 minutos cada atención; asegurar que se dispongan los tiempos para la capacitación continua de nuestros colegas; y también la participación en las actividades preventivas, promocionales y de tipo administrativas que tienen nuestros centros de salud".

A propósito de la carencia de médicos en APS y, por tanto, de horas médicas, la Dra. Hernández manifiesta que lamentablemente los centros de salud se ven obligados a destinar las horas médicas exclusivamente al tema asistencial. "Nosotros entendemos perfectamente que esa es una necesidad; sin embargo, creemos que eso no puede estar establecido *per se*, sino que hay que buscar estrategias para que los colegas puedan irse incorporando cada vez más a las decisiones y a la organización de la atención en los centros de salud".

39 años de Alma-Ata

El pasado 12 de septiembre se cumplieron 39 años de la declaración de Alma-Ata bajo el lema "Salud para todos en el año 2000", y "para quienes trabajamos en Atención Primaria la declaración del 78 tiene un valor fundamental porque allí es donde se marca la estrategia de la APS como algo vital para la salud de todos. Con Alma-Ata volvemos a las raíces de nuestro discurso en relación al tema de la participación comunitaria, que es algo donde el ministerio también está haciendo mucho hincapié a través de los servicios de salud y con leyes que protegen y estimulan esta participación comunitaria. En ese sentido, los médicos también estamos abogando por buscar este trabajo conjunto entre médicos, el estamento organizado y nuestros usuarios. A modo de ejemplo, en Viña del Mar existe una Mesa de Defensa de la Salud Pública que lleva trabajando casi dos años y que ha implicado que las brechas sean conocidas por estos tres estamentos, y que la forma como eliminamos o disminuimos esas brechas sean decisiones colectivas, entendidas por todos y con aportes de todas las miradas de quienes están directamente involucrados".

PUERTA DE ENTRADA Y RETORNO

Un tema que preocupa a la nueva presidenta de Médicos APS es que así como la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema de salud chileno, también se transforme en una puerta de retorno tras el paso por el nivel secundario.

"Una interconsulta, por ejemplo, no es solamente mandar a un paciente a realizarse un tratamiento al nivel secundario, sino que a través de esta interconsulta estoy preguntándole al colega del nivel secundario, que es más experto en tal patología, cómo resolver tal situación. Entonces, con esa mirada, el planteamiento es que después debiera haber una retroalimentación desde el nivel secundario hacia nosotros, pero eso no siempre ocurre. Entonces, quisiéramos de alguna manera convocar a que en conjunto construyamos esta puerta de retorno al nivel primario. Que un paciente, una familia, luego de pasar por el nivel secunda-

rio regrese para ser controlado adecuadamente, se haga sus chequeos habituales, etc. Si conseguimos eso, las posibilidades de que ese paciente permanezca en un estado de bienestar son más altas. Ahí tenemos que apuntar: prevención y promoción".

Para la Dra. Hernández, esta falencia que tiene el sistema también debieran asumirla los médicos de manera individual, "porque, a fin de cuentas, se trata de una relación entre colegas, de distintos niveles pero colegas al fin. Se ha avanzado un poco en eso. Hoy contamos con sistemas que nos integran más que antes, tenemos un sistema de referencia-contrarreferencia más o menos funcionando, pero lamentablemente no es algo que se aplique en todo el país y eso tiene que ver con la inequidad de la cual somos todos testigos, y que además permitimos que suceda. No podemos decir que las soluciones son fáciles, pero sin duda tenemos todas las posibilidades de mejorar", afirma.

Directiva 2017-2020

Dra. Laura Hernández, presidenta

Médico de Familia de Viña del Mar, desde hace 23 años en APS y al menos 6 como representante del estamento médico APS en Viña del Mar. Recientemente también fue reelecta en el cargo de presidenta de la Asociación de Médicos APS de Viña del Mar.

Dra. Ingrid Kremser, vicepresidenta

Médico de Familia, fue presidenta del Capítulo Médico en Cefam Enfermera Sofía Pincheira en Cerrillos-Santiago, donde trabaja desde hace 13 años. Fue prosecretaria de la Agrupación de Médicos APS.

Dra. Leisli Salvatierra, secretaria general

Médico de Familia en Rancagua, desde hace 19 años en la APS, fundadora de la primera Asociación de Médicos de los Centros de Salud de Rancagua, la primera Asociación de Médicos APS a nivel nacional. Presidenta de la Asociación de Médicos APS Rancagua y parte del Regional Rancagua del Colegio Médico.

Dra. Daniela Schmidt, prosecretaria general

Médico de Familia. Desde 2008 participa activamente en la Agrupación Nacional de Médicos APS, inicialmente representando a los médicos de Puerto Montt y posteriormente como parte de la directiva nacional como tesorera.

Dra. Scarlett Alcaíno, tesorera

Médico de Familia en Valdivia. Desde hace 12 años en APS y hace 7 años en la Agrupación de Médicos de APS, como representante del Capítulo Valdivia; actualmente es secretaria de la Asociación de Médicos de la Municipalidad de Valdivia, AMEDVAL.



Doctoras Leisli Salvatierra, Ingrid Kremser, Laura Hernández, Daniela Schmidt y Scarlett Alcaíno.

La fallida denuncia de la FNE contra la AG de Cirujanos

La Fiscalía Nacional Económica acusó a los especialistas de haber "ejecutado un acuerdo destinado a fijar e implementar precios de venta de las prestaciones médicas de su especialidad". No obstante, el requerimiento no fue admitido por el Tribunal de la Libre Competencia, organismo que señaló que en la forma en que el requerimiento fue planteado "no es posible conocer y juzgar, de manera alguna, un acuerdo colusorio".

Sorpresa causó en la comunidad médica la noticia –destacada incluso en portadas de la prensa regional– de que la Fiscalía Nacional Económica (FNE) interpuso un requerimiento o "demanda" en contra de la Asociación Gremial de Cirujanos de la V Región (AG). La entidad económica decidió emprender esta acción ante el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (TDLC) tras cinco años de investigación y sin que, a juicio de la organización médica afectada, hubiese ningún indicador ni justificación para esta decisión.

LA DENUNCIA DE LA FNE

Con fecha 11 de julio el Fiscal Nacional Económico, abogado Felipe Irrázabal Philippi, presentó ante el TDLC un requerimiento en contra de la AG de Cirujanos, pidiendo su disolución y una multa equivalente a mil Unidades Tributarias Anuales (unos \$500 millones) o bien, la que el Tribunal determinara. En dicha presentación, la FNE acusó a la AG de haber "ejecutado un acuerdo destinado a fijar e implementar precios de venta de

las prestaciones médicas de su especialidad".

Dado que la AG nunca fue notificada de esta acción de la FNE, sólo fue posible tomar conocimiento de ella por el revuelo mediático de la presentación. El presidente de los Cirujanos, Dr. Arturo Paillalef, señala que "esta acción coincidió con la noticia de la investigación que, por orden de la Contraloría, debió iniciar la autoridad sanitaria por la integración vertical de las isapres", y agrega que "de hecho, nos sorprendió que la FNE, que declinó investigar la denuncia que hizo el Colegio Médico por la integración vertical de las isapres (VER RECUADRO), haya en cambio decidido accionar con tanta vehemencia en contra de nuestra AG".

La AG sostiene que, en todo este período, más allá de la consigna de la FNE en su demanda referida a un "acuerdo de precios", no ha recibido ninguna imputación concreta o directa de un evento específico en dicho sentido pues, en tal evento, sin ninguna duda se hubiese adoptado la medida correspondiente para su rectificación. Por el contrario, sus directivos mantienen el convencimiento de que esta orden gremial médica ha actuado siempre de buena fe y con absoluto apego a la legalidad vigente.

En este proceso, que comenzó en noviembre de 2012, destaca la activa colaboración de la AG con la FNE con los reiterados requerimientos de información realizados por la entidad, en una investigación que se ha prolongado por más de cinco años y que ha cruzado

ya tres presidencias: Dr. Jorge D'Albora, Dr. Guillermo Pardo y Dr. Arturo Paillalef.

EL REVÉS ANTE EL TDLC

El Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, por mandato legal, debe efectuar un examen de legalidad de todo requerimiento o demanda que se le presente, a fin de determinar si el reclamo es admisible. En este caso, el Tribunal estimó que la FNE era poco clara en su presentación, señalándole, en resolución del 20 de julio, que la calidad de "participante" de la AG en los hechos denunciados por la propia FNE "ha sido planteada de manera confusa en el requerimiento". El Tribunal señaló además que "en la forma en que el requerimiento ha sido planteado no es posible conocer y juzgar, de manera alguna, un acuerdo colusorio". El requerimiento de la FNE fue, por lo tanto, rechazado, y el TDLC ordenó a la FNE "dar cumplimiento" a lo dispuesto en la Ley en cuanto a exponer clara y determinadamente los supuestos hechos que denuncia.

La FNE insistió, presentando un recurso, el que también fue rechazado por el TDLC, en su resolución del 2 de agosto, en la que destaca, para sostener la inadmisibilidad de la pretensión de la FNE, que "aparecen manifiestas las razones de un pronunciamiento que inexorablemente impedirá el acogimiento favorable de las pretensiones deducidas". Ante ello, la FNE optó entonces por retirar el requerimiento en contra de la AG.

El 8 de agosto, el Fiscal Nacional Económico detalló ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados los alcances del requerimiento presentado ante el Tribunal de la Libre Competencia. En la instancia, en que estaba presente también el presidente de la AG de Cirujanos, el Fiscal Económico le indicó al dirigente gremial médico que mantendrá abierta la investigación respecto de la AG.

Para el abogado que representa a la AG, Alfredo Silva, la prolongación de la investigación por tantos años, y su eventual mantención, constituye una amenaza, cuando no de rechamente una infracción al debido proceso, puesto que "toda persona tiene el derecho a ser juzgado en un plazo razonable, y la Fiscalía Nacional Económica, que cumple una función pública, debe tener un plazo para investigar, el que no puede, como en los hechos ocurre actualmente, tender al infinito".

Para el presidente regional del Colegio Médico, Dr. Juan Eurolo, resulta preocupante que, ante las evidencias, esta situación aún no se haya resuelto. "Es evidente que la Fiscalía no tenía fundamentos para perseguir a la AG. Esta organización agrupa a los más destacados especialistas cirujanos de la región, y

quien crea que su propósito es buscar acuerdos de precios no conoce qué es lo que motiva a los médicos a reunirse".

El dirigente manifiesta, además, que fue precisamente esta AG la que, enero de 2012 –meses antes de que la FNE comenzara su investigación–, en su preocupación por ceñirse a la normativa vigente, impulsó la realización de un seminario dirigido a todas las AG de especialistas de la región para analizar el documento de la FNE, *Asociaciones*

Gremiales y Libre Competencia, "con el único fin de conocer las exigencias en materia de libre competencia que impone la ley y actuar conforme a ellas. Es cierto que frente a la asimetría de las isapres, como entidades altamente influyentes en la salud privada, los médicos deban buscar formas de organización para proteger su libertad de trabajo, pero también es cierto que la AG procura, en primer término, el prestigio y desarrollo de la especialidad, así como el bienestar y esparcimiento de sus asociados".

F.M.

Denuncia por integración vertical

En enero de 2013 el Colegio Médico Valparaíso presentó ante la FNE y la Intendencia de Prestadores (dependiente de la Superintendencia de Salud), sendas denuncias en contra de Banmédica por presunta integración vertical.

Un año después, la FNE comunicó que había resuelto archivar el expediente del caso, señalando que "la integración vertical entre prestadores e isapres puede producir efectos ambiguos, es decir, que no es posible determinar de un modo abstracto y general si dicha integración genera efectos negativos o positivos en términos de bienestar", lo que sin duda sorprendió a los dirigentes gremiales, por cuanto la FNE no desconocía la existencia de la integración vertical entre clínicas e isapres, pero igualmente desestimaba la denuncia de los médicos.

En cuanto a la Intendencia de Prestadores, ésta sólo informó que la denuncia había sido admitida a tramitación, sin que hasta el día de hoy se advierta el resultado de alguna investigación que se estuviera llevando a cabo.

Al presidente regional del Colegio Médico le llama poderosamente la atención que "la FNE destine cinco años para investigar a una asociación gremial regional que busca proteger una actividad profesional y que, en contraste, en apenas un año desestime la denuncia que el Regional Valparaíso hizo contra Banmédica por integración vertical. Nos parece por lo menos curioso".

De la misma forma, para el dirigente resulta preocupante que con toda la documentación entregada en su momento las denuncias contra la isapre no hayan prosperado, y teme que pudiera haber una relación más allá de lo meramente formal y legal entre quienes dirigen transitoriamente los organismos sectoriales llamados a fiscalizar y estos grandes grupos empresariales, "tal como se ha visto en otros casos en que quienes han ejercido estos cargos de vigilar el comportamiento de las empresas, cuando salen de sus cargos luego aparecen en los directorios de estas mismas empresas".



Fiscal Nacional Económico, Felipe Irrázabal (Foto: FNE).



OFICINAS & PLANTAS LIBRES LOCALES

LIBERTAD
500

BUSINESS . OFFICE . HOTEL

ESTRATEGICA UBICACION EN VIÑA DEL MAR PARA EL EXITO DE TUS NEGOCIOS

6 NORTE ESQ. AV. LIBERTAD VIÑA DEL MAR



47% VENDIDO

Las imágenes contenidas en este sitio web, con fines ilustrativos y todas las dimensiones, son aproximadas, no constituye necesariamente una representación exacta de un inmueble en venta. Se informa en virtud de lo señalado en la ley N° 19.472.



Lo que viene con la nueva norma de asignación de campos clínicos

La propuesta enviada a Contraloría para su aprobación y posterior puesta en marcha, termina con el actual intercambio monetario por alumno y da lugar a una contribución a través de conocimiento, transferencia tecnológica, apoyo en la gestión, capacitaciones y formación continua.

A medida que se incrementa la matrícula de educación superior, crece la necesidad de los planteles de contar con campos clínicos para que los estudiantes de sus carreras de la salud puedan complementar su instrucción teórica con la necesaria formación práctica. Por esto, los centros de salud pública son cada vez más demandados por las casas de estudio y en ese contexto, el Ministerio de Salud confeccionó una nueva norma técnica

-actualmente en revisión en la Contraloría de la República- en la que se establece la forma en que deberán asignarse los campos clínicos.

La propuesta busca modificar la actual norma 254 que rige desde 2012 y que regula la Relación Asistencial Docente (RAD) y la asignación de campo clínico, es decir, la entrega de hospitales y consultorios estatales a instituciones con carreras de salud para que realicen

actividades de formación.

En la actualidad, cada servicio de salud determina los criterios de selección para definir qué centro formador (universidades -públicas y privadas-, institutos profesionales y CFT) hará uso de sus campos clínicos (establecimientos de salud, tanto hospitalares como centro de atención primaria). La RAD se formaliza a través de un convenio de corto plazo y el



valor asignado al campo clínico fluctúa entre 1,5 a 5 UF mensuales por alumno.

La nueva norma termina con el trato directo para la asignación de un campo clínico y establece bases técnicas, y en lugar de una retribución monetaria propone la aplicación de una serie de parámetros de contribución. Así, en la postulación del centro formador por un campo clínico, se evaluarán tanto factores institucionales como de contribución (VER RECUADRO PAG. 18)

Para los médicos de la Unidad Asistencial Docente del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, doctores Benedicto Guerrero y Hugo Reyes, el cambio en la asignación del campo clínico es altamente positivo. "Actualmente, el otorgamiento de los campos clínicos se realiza por medio de un convenio de tipo directo. El centro formador acuerda con el servicio de salud y establecen un convenio asistencial-docente sin bases técnicas de asignación. Esta nueva norma viene a regular tal situación dado que se consideran elementos técnicos que nos parecen muy adecuados al igual que sus ponderaciones", afirma el Dr. Reyes.

En cuanto a la retribución, también valoran que no haya un intercambio monetario directo, y que en su lugar exista una contribución a través de la formación de especialistas, educación continua, cursos de capacitación, asesorías, innovaciones técnicas, cartera de servicios e investigación. "Esto es tremendamente importante porque un hospital que se dedica a la actividad docente tiene un mayor gasto, que varía entre 9 y 29 por ciento de su presupuesto según bibliografía disponible. Y

como hospitales públicos tenemos la obligación de dedicarnos a la actividad docente y formar al personal que va a trabajar con nosotros", agrega el facultativo, quien también es consejero general del Colegio Médico por Valparaíso.

Los médicos manifiestan que en el escenario actual este tipo de retribución se ha dado, pero no se consideran las necesidades de formación y capacitación de acuerdo al desarrollo de cada establecimiento, "salvo la excepción de algunos centros formadores que sí han significado un aporte porque que han permitido llevar adelante algunos programas importantes para el hospital. Dentro de eso están algunas universidades del área privada, que han tomado a su cargo la realización de algunos procedimientos y exámenes en el área de la fonoaudiología, algunos programas del área pediátrica, en que contribuyen distintas profesiones en el desarrollo del programa", sostiene el Dr. Guerrero. Tal es el caso de algunos programas para niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) en que el centro formador dispone

de un equipo multidisciplinario con psicólogos, fonoaudiólogos, kinesiólogos, terapeutas, servicio social, entre otros, "y todo eso contribuye a dar este tipo de atención en bastante buenas condiciones. Además, algunos también aportan sus propias infraestructuras para poder llevar a cabo esta labor. Un poco por ahí es lo que nosotros pretendemos que se haga. También están los programas de capacitación y formación continua de nuestros profesionales, no sólo médicos sino también enfermeras, tecnólogos médicos y otros. Así es como creemos que debiera darse la relación entre los centros formadores y los campos clínicos", afirma.

En ese sentido, el Dr. Reyes agrega que "lo que esperamos de la relación entre el centro formador y los servicios de salud, es que haya un compromiso de la entidad formadora con respecto al plan estratégico de desarrollo que tenga el servicio o establecimiento en convenio. Hacia allá consideramos que es hacia donde se tiene que apuntar".

Un tema que también queda zanjado con la asignación por bases técnicas es el de la cohabitación de centros formadores en un mismo campo clínico. El Dr. Benedicto Guerrero explica que "ahora va a quedar absolutamente claro porque con la nueva norma se resuelve de manera más transparente. Es más, establece que para hacer una ocupación completa de la capacidad formadora del servicio pueden asociarse hasta tres centros formadores y eso significa que tiene que ser a través de un documento formal en que se establece este tipo de sociedad. De tal modo que si un solo centro no es capaz de hacer ocupación total de un campo clínico tiene que dejar la posibilidad de que intervengan otros actores".

ALGUNAS APRENSIONES

Si bien los doctores Reyes y Guerrero mostraron su conformidad con el documento normativo que ingresó a Contraloría, consideran que hay varios aspectos preocupantes. Algunos están contenidos en la nueva norma y otros están asociados a su aplicación.

Por un lado, critican que desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales se hayan enviado a la fecha dos ordinarios con el cronograma de asignación de campos clínicos por bases técnicas y que ninguno se haya llevado a cabo. El primer ordinario (N° 1200) data del

22 de abril de 2015, y el segundo (N° 298), del 4 de febrero de 2016. "O sea, ya hay dos cronogramas fallidos", apunta el Dr. Reyes.

Por otro lado, "nos preocupa mucho que el ministerio contrató una asesoría externa para hacer el cálculo de la capacidad formadora de cada centro, y se aplicó un algoritmo que no se ajustaba a la realidad hospitalaria, por lo cual su aplicación debió suspenderse. Por ejemplo, al aplicarlo en el Hospital Gustavo Fricke, arrojó una capacidad formadora de 804 alumnos diarios, en circunstancias que este centro hospitalario sólo puede albergar un máximo de 431 estudiantes. Esto se replicó en todo el país y en todos lados fue lo mismo, el algoritmo prácticamente duplicaba la capacidad formadora. Los factores que se usaron para hacer el cálculo y los ajustes que se proponían estaban bien orientados, pero las ponderaciones son equivocadas. Según la nueva norma que se mandó a Contraloría para su toma de razón, es el ministerio el encargado de dar las directrices para hacer el cálculo, así que confiamos en que lo rectifiquen".

El nuevo cuerpo normativo también indica que el ministerio debe procurar el sistema de cálculo de los mayores gastos de cada centro asistencial. "Esperamos tener a la brevedad la información al respecto ya que es un elemento fundamental para la asignación de campos clínicos por bases técnicas".

Otra de las interrogantes que se plantean los facultativos es que la norma se refiere a las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), "pero lo vemos muy en el aire, porque para que haya una verdadera red integrada, se tiene que integrar a la Atención Primaria, pero ésta sigue corriendo por un carril diferente de lo que es la atención en hospitales. En la norma que se mandó a Contraloría no hay un imperativo para que los directores de los servicios de salud convoquen a las municipalidades y centros de Atención Primaria, entonces no visualizamos un funcionamiento adecuado como un verdadera red integrada".

La última de las preocupaciones es el tema de la gratuidad porque "no se ha tomado el peso a las consecuencias de formar gratuitamente profesionales que van a quedar cesantes. Confiamos en que se tome en cuenta en algún momento porque creemos que no tiene sentido gastar

los pocos recursos que tiene el Estado en formar profesionales que no van a poder aportar porque no van a tener dónde desempeñarse". Los médicos esperan que los ministerios de Salud y Educación evalúen las reales necesidades de profesionales de la salud que el país necesita con el objeto de asegurar su empleabilidad. El problema, añade el Dr. Guerrero, es que aunque esos profesionales puedan necesitarse en el sistema de salud, "no están los cargos para que todos ellos puedan aportar realmente".

F2M



Dr. Hugo Reyes



Dr. Benedicto Guerrero

Componentes de evaluación

Institucional (85%)

- Acreditación institucional (15%)
 - Acreditación de la carrera (10%)
 - Participación en plan de formación de especialistas (8%)
 - Aporte en cupos al Minsal (8%)
 - Desarrollo curricular (10%)
 - Uso de red asistencial en todos sus niveles de atención (15%)
 - Trayectoria de RAD con el campo clínico al cual postula (6%)
 - Supervisión docente por carrera (10%)
 - Adhesión a sistema de gratuidad (8%)
 - Domicilio en la región del campo clínico al que postula (10%)
- (los porcentajes de cada factor corresponden a las carreras de Medicina y Odontología; para otras carreras de salud se agregan factores adicionales, y se redistribuyen los porcentajes)

Contribuciones (15%)

- Investigación en distintos ámbitos de interés del servicio de salud (20%)
- Mejoramiento de espacios docentes (10%)
- Desarrollo tecnológico (15%)
- Apoyo a producción de servicios asistenciales (20%)
- Asesorías, auditorías, consultorías (10%)
- Capacitación y perfeccionamiento continuo (25%)

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



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

MOVE WHIT TECHNOLOGY

El único dispositivo EMS de cuerpo entero
comercializado legalmente en los EE.UU.



Facebook: E-Fitness
Instagram: @efitnesschile
Twitter: @efitnesschile

En Viña del Mar se discutieron aspectos éticos del aborto

El Departamento Regional de Ética del Colegio Médico convocó a dos expertos con visiones contrapuestas para exponer en la reunión ampliada denominada "Deliberación sobre aspectos éticos del aborto en Chile".

El mismo 21 de agosto en que el Tribunal Constitucional dio luz verde al proyecto de ley que despenaliza el aborto en tres causales en Chile, el Departamento Regional de Ética, encabezado por su presidente, el Dr. Julio González Pardo, realizó una reunión ampliada referente a este tema denominada "Deliberación sobre aspectos éticos del aborto en Chile".

Para ello, convocó a exponer al académico de la Universidad de Chile, fundador del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral Adolescente CEMERA y Maestro de la Ginecología Chilena, Dr. Ramiro Molina Cartes, y al ginecologista especialista en medicina materno fetal y profesor asistente de la Universidad de Chile, Dr. Eduardo Sepúlveda Swatson, quienes se refirieron a aspectos generales sobre el aborto, los conflictos éticos más frecuentemente discutidos y los principales valores éticos involucrados.

La primera exposición estuvo a cargo del Dr. Molina, quien profundizó respecto de la *lex artis* y se refirió a varios casos enmarcados en las tres causales en que en Chile hoy se puede practicar un aborto.

Por ejemplo, "en el caso de la mola hidatiforme, a nadie le cabe duda que esto hay que interrumpirlo porque si no tenemos un coriocarcinoma. Bueno, pero resulta que puede estar embrionada. Y en Chile la *lex artis* ha mantenido embarazos molares hasta 25 semanas de gestación aumentando el riesgo de muerte por hemorragia o degeneración de las células generando un coriocarcinoma. ¿Es ético?", cuestiona.

En ese sentido, manifestó que le ha tocado ver muchos y variados casos y "frente a un casos similares me han tocado diversas reacciones, mujeres que prefieren abortar y otras que quienes quieren llegar a término. Y lo que uno tiene que hacer en esos casos es informar y acompañar, pero depende de cada persona decidir. Yo no quisiera confundir el tema filosófico-religioso, que para mí es motivo de profundo respeto, pero no puedo tomarlo en consideración para aplicarlo a todos los seres humanos. Yo tengo que respetar a los que demás y las decisiones que toman".

Luego expuso el Dr. Eduardo Sepúlveda, quien se refirió a dilemas éticos o técnicos de las causales. "En el caso de la primera causal, riesgo de vida de la madre, es necesario definir qué es riesgo vital, pero quién lo define", se pregunta.

Del mismo modo, el especialista planteó varias interrogantes para la causal de inviabilidad fetal de carácter letal, "¿se incluirá asesoramiento previo cuando se le dice a una mujer que hay una malformación de alta letalidad?, ¿vamos a incluir dentro del asesoramiento la información completa y real respecto del potencial daño psicológico de esta paciente?, ¿le vamos a entregar información respecto de los métodos? Por otro lado, ¿cuándo vamos a ser capaces de hacer ese diagnóstico? Habitualmente lo hacemos después de la ecografía 11-14 semanas, y eventualmente, en Chile, después de la semana 22-24. Esto significa que la evacuación uterina, o el aborto terapéutico, habría que realizarlo al menos sobre la semana 14".

Además, indicó que "es importante y hay bastante evidencia en el mundo sobre que hay que ser muy cuidadoso con respecto a informar al paciente respecto de qué significan 'anomalías letales', porque cada día lo que entendíamos como anomalías letales son menos letales".

En tanto, respecto de la causal de violación, el Dr. Sepúlveda dijo no tener dilemas por cuanto "creo que es un tema más bien legal que técnico".

Al finalizar este bloque de exposiciones, los asistentes tuvieron la oportunidad de interactuar con ambos invitados, dando paso a un intenso y constructivo debate.

F2M



Dr. Juan Eurolo, presidente del Regional Valparaíso; Dr. Eduardo Sepúlveda; Dr. Julio González, presidente del Departamento Regional de Ética; y Dr. Ramiro Molina.

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



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

 **Bci** Preferencial

Infórmese sobre la garantía estatal de los depósitos en su banco o en www.sbif.cl. Los depósitos de Bci Miami no son asegurados por el FDIC.

Enseñanza de la ética médica en las escuelas de medicina

El viernes 18 de agosto de 2017 se llevó a cabo en la Universidad de Valparaíso una Jornada de Ética para Residentes de la universidad. En el marco de este evento, se realizó un almuerzo de trabajo al cual fueron invitados los expositores del curso además de docentes que participan directamente en la formación de humanidades y ética de los alumnos de medicina tanto de pre como de posgrado.

La intención de este almuerzo de trabajo era conocer la realidad local y nacional de la formación en ética y llegar a consensos en relación al necesario fomento de estos contenidos en el currículum regular de un estudiante de medicina, de acuerdo a los desafíos coyunturales de nuestra profesión en ese ámbito. Inicialmente se detallaron los programas de pregrado de la Universidad de Valparaíso, Universidad Católica y Universidad de Chile.

En la Universidad de Valparaíso se cuenta desde primer año con un bloque curricular de Profesionalismo y Práctica de la Medicina, cuya duración de 3 semestres incorpora entre sus principales contenidos antropología médica e introducción a la bioética, en continuidad con cápsulas de estudio a cargo de los docentes de Bioética según avanza los años, adaptando estos contenidos a lo que se vaya aprendiendo en los cursos clínicos (Integrados de sistemas y Clínicas), a fin de permitir una integración y aplicación clínica efectiva.

De la misma forma, la Universidad Católica también cuenta en su programa de estudio con ramos de humanidades, como son los Fundamentos Filosóficos de la Medicina que se continúan con Antropología y Ética Médica. Por último, en la Universidad de Chile desde segundo a cuarto año en la malla curricular se contempla Bioética y Ética Clínica.

Se reconoció que en pregrado todas las escuelas cuentan con contenidos en esta materia aceptables, aunque aún insuficientes tanto en su contenido como en los niveles en que se imparte, sugiriendo que probablemente los internados sean los espacios que más requieran

contar con ejercicios de deliberación guiada en situaciones clínicas en contextos reales.

A diferencia de lo que ocurre en pregrado, a nivel de posgrado el tiempo que se destina y los contenidos considerados son absolutamente insuficientes y se requiere una pronta rectificación.

La medicina es una actividad intrínsecamente ética. Esto ha sido reconocido por todas las escuelas de medicina del mundo moderno, lo que se exterioriza por la presencia de cursos formales de ética en el currículum de todas ellas. Lo que consideramos una grave falencia en nuestro medio es la mínima presencia de contenidos de ética a nivel de posgrado. No es posible que el contenido en la formación del especialista se limite en la práctica sólo a la capacitación técnica. Toda decisión técnica debe considerar la dimensión ética en cada paciente.

Los dilemas éticos que se deben abordar en cada especialidad son diferentes. A modo de ejemplo, los del dermatólogo son diferentes a los del obstetra o los del psiquiatra. Por lo tanto, además de aspectos generales a todas las especialidades se deben incluir aquellos más específicos a cada una de ellas.

Por las razones anteriores, estimamos que en cada uno de los

tres años se debiera considerar al menos 10 horas para revisar los dilemas éticos propios de cada especialidad. Por lo tanto, en los tres años de formación del especialista habría estado expuesto a un mínimo de 30 horas de contenidos de temas éticos y humanistas propios de la especialidad. La metodología no implicaría necesariamente destinar horas extra a cursos teóricos específicos. Cada programa podría integrarlo de la manera más práctica posible: por ejemplo, seminarios de casos, reuniones clínicas con deliberación bioética y documentarlos en un sistema de portafolios con ciertos requisitos en número de análisis por año.

Para la realización de esta propuesta será necesario que cada escuela de medicina cuente con un número mínimo de docentes que hayan realizado alguna capacitación formal en bioética.

Expositores y docentes

Jornada de Ética para Residentes
 Universidad de Valparaíso
 Agosto 2017



NOTA: Este documento fue redactado en actividad que contó con la participación de los doctores: Estebeni Baltra, Mauricio Besio, Liliána Contreras, Julio González Pardo, Marcelo Muñoz, Fernando Novoa, Rodrigo Salinas y Sebastián Vega.



Lava tu auto **donde estés**
y en lo **que estés**

Utilizando tu código del
Colegio Médico:

CÓDIGO:
COLMED

Obtén un **30% de descuento** en tu primer lavado

Y con **COLMED1** obtén un 10% en servicios futuros



¡Descarga nuestra App!



www.lavameapp.cl

AUTONOMÍA Y COMPETENCIA EN MEDICINA

En la medicina moderna se ha reconocido -contrario al paternalismo de la medicina hipocrática- que la autonomía personal es, por una parte, un derecho con que cuentan los pacientes para tomar decisiones en el ámbito de la salud y, por otra, la obligación del médico para respetar este derecho a todo lo largo del tratamiento. Esta conducta se deriva de un

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

principio de fundamental importancia que es la dignidad de las personas -de acuerdo a la filosofía kantiana-, la que cuenta con sólidos

fundamentos éticos y que en nuestro medio ha sido acogido lentamente en el ámbito legislativo.

Por muchos años, en nuestro país, aspectos que deben estar en el ámbito privado de cada persona para decidir han sido regulados por leyes emanadas de las creencias de una minoría conservadora.

El objetivo de este artículo es enfatizar que la capacidad de los pacientes la mayoría de las veces no es todo o nada ya que es relativa a una serie de factores. En particular, cabe destacar que el paciente no es un ser aislado, sino eminentemente social. Vive en un contexto que puede influir en su decisión por factores externos a sus propios intereses. Además, es necesario acentuar el hecho comprobado de que existe la



posibilidad de capacitar en cierto grado a las personas, independientemente de su edad, para que sean capaces de ejercer su autonomía a un mejor estándar de calidad y, por lo tanto, decidir racionalmente sobre las acciones que se van a realizar vinculadas a su salud. En la práctica, es indispensable tomar en cuenta los límites de la autonomía y considerar las dificultades para determinar estos límites en la práctica del clínico.

La autonomía consiste en la posibilidad de que la persona actúe según sus propias preferencias, intereses y/o capacidades, e independientemente, libre de influencias externas o interferencias no deseadas. La autonomía se opone a los modelos de dominación y opresión, condena la imposición heterónoma de principios y normas de conducta, rechaza la dependencia producto de negar reconocimiento moral a las personas, y condena el autoritarismo en la medida en que representa la negación de la capacidad de las personas para decidir de acuerdo a sus propios valores e intereses. Para ejercer este derecho en el área de la salud se requiere que la persona se encuentre en determinadas condiciones para poder ejercerlo íntegramente.

En aquellos casos en que el paciente no está en condiciones de ejercer este derecho debido a sus limitaciones para tomar decisiones, otra persona calificada estará encargada de adoptar tales decisiones, de acuerdo al mejor interés del paciente y no del suyo. Éstas son las denominadas decisiones subrogadas.

CAPACIDADES DEL PACIENTE PARA TOMAR DECISIONES

Para ejercer la autonomía los pacientes requieren contar con ciertas habilidades para poder tomar decisiones que de ninguna manera son todo o nada. Éstas son relativas a varios aspectos que habrá que considerar en cada situación. Aunque habitualmente existe coincidencia entre lo que estiman beneficioso el médico y el paciente, ocasionalmente se produce una colisión entre las dos opciones, lo que hace necesario, en primer lugar, investigar el grado de competencia que tiene el enfermo cuando se trata particularmente de opciones que son claramente beneficiosas para su salud, y los fundamentos en que basa su decisión. En algunos casos es recomendable solicitar el apoyo de expertos para evaluar las capacidades mentales del enfermo y la opinión de un comité de ética asistencial. Si el médico sospecha que el paciente no cuenta con las capacidades para decidir libremente, aunque haya aceptado lo que se le propuso, también debe considerarse la necesidad de evaluar sus reales competen-

cias para eventualmente estudiar la posibilidad de que lo represente un tercero.

LA COMPETENCIA Y EL DERECHO PARA DECIDIR EN EL ÁREA DE LA SALUD

La evaluación de la competencia del paciente para tomar decisiones debe considerar el nivel de racionalidad que ha logrado adquirir. Esta condición, netamente kantiana en su formulación originaria, ha sido enriquecida por ulteriores desarrollos relativos a las posibilidades de la acción racional, en la medida en que va precedida de un proceso de singularización de los deseos o preferencias, seguido de otro proceso de jerarquización de las mismas, para decidir posteriormente. Esta compleja tarea, que cada sujeto realiza comprometiendo su capacidad de reflexión, comporta evaluar, calibrar, sopesar y finalmente asignar un orden de prioridades. Este proceso, que implica necesariamente la psicología del agente racional, se complementa con otra condición también central, que es la independencia.

Mientras que la racionalidad hace referencia a una condición estrictamente subjetiva, exclusivamente interna del sujeto, la independencia se mueve en un terreno dual. Por



un lado, la independencia es una condición interna en la medida en que se refiere a la aptitud del sujeto para distanciarse de influjos ajenos, de condicionamientos externos, de deseos y preferencias que no son las suyas. Esto no quiere decir que las preferencias no puedan configurarse fuera del sujeto, sino que para considerarlas propias las tiene que haber querido y escogido para sí. La independencia es, en este sentido, la aptitud para decidir por uno mismo, para no dejar en manos de otras personas elecciones relevantes. Por otro lado, la independencia tiene un aspecto externo en la medida en que nos habla de la posición que el paciente ocupa respecto de su entorno y del tipo de relación que tiene con las personas con las que interactúa. Es decir, este segundo sentido de independencia toma en cuenta el contexto y las relaciones, el trasfondo de significado del que se nutre la capacidad emocional, cognitiva y conductual de la persona. En este sentido, se hace necesario recordar que numerosos aspectos de la vida del paciente vienen condicionados por circunstancias que no están sujetas a decisión ni a revisión personal. Dichas circunstancias van acompañadas de "significados sociales" sobre los que en algunos casos no resulta fácil intervenir. Todo esto debe ser tomado en cuenta para evaluar la verdadera extensión de la independencia y del campo de decisión del enfermo.

En otras palabras, la condición de independencia debe plantearse incluyendo, en primer lugar, la capacidad del paciente para reflexionar sobre sí mismo, el entorno y las otras personas. En segundo lugar, dicha capacidad debe unirse a la aptitud para tomar distancia respecto del entorno de relaciones y significado dado. Esta doble dimensión de la independencia es necesaria para que el paciente cobre conciencia de su posición, de la distancia que lo vincula al entorno y a los otros. Por último, la condición de independencia debe entenderse como la capacidad para tomar decisiones sobre la base de las propias preferencias, habida cuenta del reconocimiento directo o indirecto

del entorno y las relaciones. Así definida la condición de independencia, se aprecia que encierra una importante dimensión relacional. Ser independiente no es apartarse o aislarse de los demás, sino más bien lo contrario: tomar en consideración el entramado de relaciones en el que se encuentra para poder posicionarse, definirse y decidir cuál es su propia disposición en ese marco. El ámbito familiar y de relaciones afectivas que rodean el desarrollo evolutivo en la infancia marcan sin duda la autonomía de los niños y niñas, en la medida en que se puede hablar de una incipiente autonomía. Progresivamente, el entramado de relaciones traspasa el ámbito familiar para abarcar contextos más extensos y variados. Así, las opciones de una persona, a medida que progresa en su desarrollo, darán cuenta de la red de relaciones de las que forma parte, así como de los ámbitos o contextos -familiar, de amistades, social, laboral, etc.- en los que actúa e interactúa. Todo este entramado relacional y contextual que rodea al paciente tiene una dimensión objetiva, externa, observable. Queda por delimitar el umbral a partir del cual se puede considerar que las opciones que tiene ante sí el enfermo son lo suficientemente relevantes, no distorsionadas, por ejemplo, por relaciones de subordinación o antecedentes de discriminación, como para potenciar la autonomía de los pacientes.

AUTONOMÍA RELACIONAL

La autonomía relacional es un nuevo estilo para lograr una mayor participación del paciente en las decisiones que se toman en relación a su salud. La manera tradicional de hacerlo es considerar la capacidad de un paciente promedio para esa situación y se determina si es o no es competente para decidir en esa circunstancia; o sea, una acción predominantemente individual. En cambio, la autonomía relacional resulta más holística ya que enfatiza que la relación se establece con un paciente particular, pero tomando en cuenta la experiencia que tiene con la enfermedad, el medio social, cul-

tural y ambiental en que se encuentra; de esta manera se procura que el propio paciente sea quien esté orientando los cuidados que recibe después de estar adecuadamente informado y considerando su realidad en forma completa.

Esto se califica como "medicina centrada en el paciente", considerando al paciente en un contexto más amplio que sólo sus capacidades para tomar decisiones racionales. Implica admitir que la autonomía no se dirime sólo en primera persona, que no es sólo un indicador de las habilidades cognitivas del sujeto racional, sino que el desarrollo de dichas capacidades está fuertemente condicionado por elementos externos al sujeto. Las personas son esencialmente segundas personas. Las personas vienen después y antes de otras personas. Las personas son esencialmente sucesoras, herederas de otras personas que las formaron y cuidaron de ellas. Este origen que señala la dependencia de los humanos de otros humanos, sirve para señalar la dependencia que tiene el paciente de otras personas ya que no decide exclusivamente de acuerdo a una conciencia racional que es individual. En este estilo, el médico adopta un rol menos paternal y es más bien un colaborador para que el paciente adquiera mayor seguridad y capacidad para tomar decisiones tomando en cuenta su realidad como ser social y no como individuo aislado.

CONCLUSIONES

En relación a lo expuesto se ve la necesidad imperiosa de repensar el concepto de autonomía en el estado actual de la relación médico-paciente. Existe un nuevo contexto con un abanico muy extenso de prácticas asistenciales en el ámbito sanitario.

Por un lado, aún muchos profesionales continúan siendo excesivamente paternalistas, pero es cierto que cada vez son menos. Frente a esto, lo que se ha extendido es la visión de la práctica sanitaria contractual, en la que sí se reconoce formalmente la autonomía del paciente, aunque no se reconoce tanto ética como jurídicamente.

A esta situación cabe añadir que el paciente muchas veces es el protagonista, desconocedor de cuál es su papel en todo este proceso. El paciente no ha sido capacitado para ejercer sus derechos y, aún peor, cuando los conoce y no quiere ejercerlos. La información que se le da la mayoría de las veces es insuficiente y llena de tecnicismos. Es por todo ello que se hace necesario reformular el concepto de autonomía para la medicina actual.



DÍA DEL MÉDICO 2017

Celebraremos con una entretenida velada, con música, premios y más.

¡Acompañenos!

IMPORTANTE: Recuerde que los cupos son limitados, por lo que será necesario confirmar asistencia. Por ello, es fundamental que actualice sus datos para que reciba oportunamente la invitación, que será enviada vía electrónica.

(32) 2677982 – reg.valparaiso@gmail.com

Fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso...

y algunos recuerdos

La Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso tiene su origen en la **Universidad de Chile**. En 1955, su rector, don Juan Gómez Millas, consiguió que por ley el presidente de la República transfiriera gratuitamente terrenos en Playa Ancha a dicha universidad con el fin de construir institutos y laboratorios de investigación médica.

En 1959 el rector señaló que antes de crear en Valparaíso una escuela de medicina debía contarse con personas preparadas en ciencias básicas dedicadas primordialmente a la investigación, que además impartieran la enseñanza. Es así como ese año, siendo decano de Medicina el doctor Hernán Alessandri

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

Rodríguez, se creó en el cerro Playa Ancha un centro de formación científica, al cual se le llamó Departamento de Ciencias de la Universidad de Chile en Valparaíso. Como vicepresidente ejecutivo se designó al destacado investigador doctor Bruno Günther Schaffeld, profesor titular de Fisiología y Fisiopatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Dos años más tarde, en 1961, el doctor Günther se hizo cargo de 25 alumnos, los cuales conformaron el primer año de Medicina de la Universidad de Chile, sede Valparaíso. Ellos cursaban los primeros dos años de la carrera en Valparaíso y continuaban sus estudios en Santiago a partir de tercer año.

No era fácil para las mujeres, en esos años, ser aceptadas en la carrera de Medicina. La visión imperante era que no necesitaban trabajar para subsistir y mantenerse, tarea propia de sus maridos, y si entraban a la universidad, quitándole el cupo a un hombre, en el curso de la carrera probablemente abandonarían los estudios. Se argumentaba que incluso si se recibían, al casarse no ejercerían la profesión, por lo que igualmente su paso por la universidad sería una pérdida con un costo social para el desarrollo del país. Por lo mismo, en la Escuela de Medicina no se admitiría a más de un 20 por ciento de mujeres. Ignoro si esta disposición constaba por escrito o no, pero lo escuché de los propios labios del doctor Günther, quizá para recalcar nuestra responsabilidad. En todo caso, ésa era aproximadamente la proporción que se daba.



Actual sede en Reñaca.

NUESTROS CONVENIOS



Conozca más detalles en www.colegiomedicovalparaiso.cl

Las materias estudiadas en **primer año** eran Biología, a cargo del equipo encabezado por los odontólogos Nelly Lafuente y Juan Pinto; Química, a cargo del científico José Sierra y de los profesores Armando Peña y Ernesto Fernández; Física, con los profesores Máximo Latrille y Eliana Agneses; y Matemáticas, con los profesores Osvaldo Arellano, Teresa Ricotti, Aldo Díaz y los hermanos Bernardo y Guillermo León de la Barra.

El doctor Günther era un entusiasta estudioso de las raíces etimológicas del lenguaje científico, lo que lo llevó a editar junto con su ayudante Gabriela Díaz un texto de etimología griega destinado a explicar los términos más usados en la práctica médica. En consecuencia, se ofreció el curso optativo de Griego.

En **segundo año** se estudiaba Fisiología, a cargo del doctor Günther y pasos prácticos realizados por Gabriela Díaz, quien años después sería profesora de Fisiología en el área occidental de la Universidad de Chile en Santiago; Bioquímica, con los profesores Francisco Abarca y Jaime Schwencke;

Histología, con los doctores Ricardo Maldonado, Walter Gutmann y Herbert Karlsruhe; para Neurohistología viajaba desde Santiago el profesor invitado Walter Fernández; y Anatomía, que funcionaba en el Hospital Enrique Deformes, cátedra a cargo del doctor Carlos Medina, y pasos prácticos a cargo de los médicos Hugo Venegas, Jaime Cubillos, y de los dentistas Tomás Goya y José Guzmán Farren, quien posteriormente sería decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Antofagasta.

Me permito destacar que era un lujo estudiar en Playa Ancha en aquella época, tanto por sus profesores de excelencia y el tamaño reducido de los cursos, como por el hermoso edificio bien equipado y ubicado en un entorno privilegiado, con un cuidado jardín a la entrada, un bosque de eucaliptus al frente y vista al mar desde la altura.

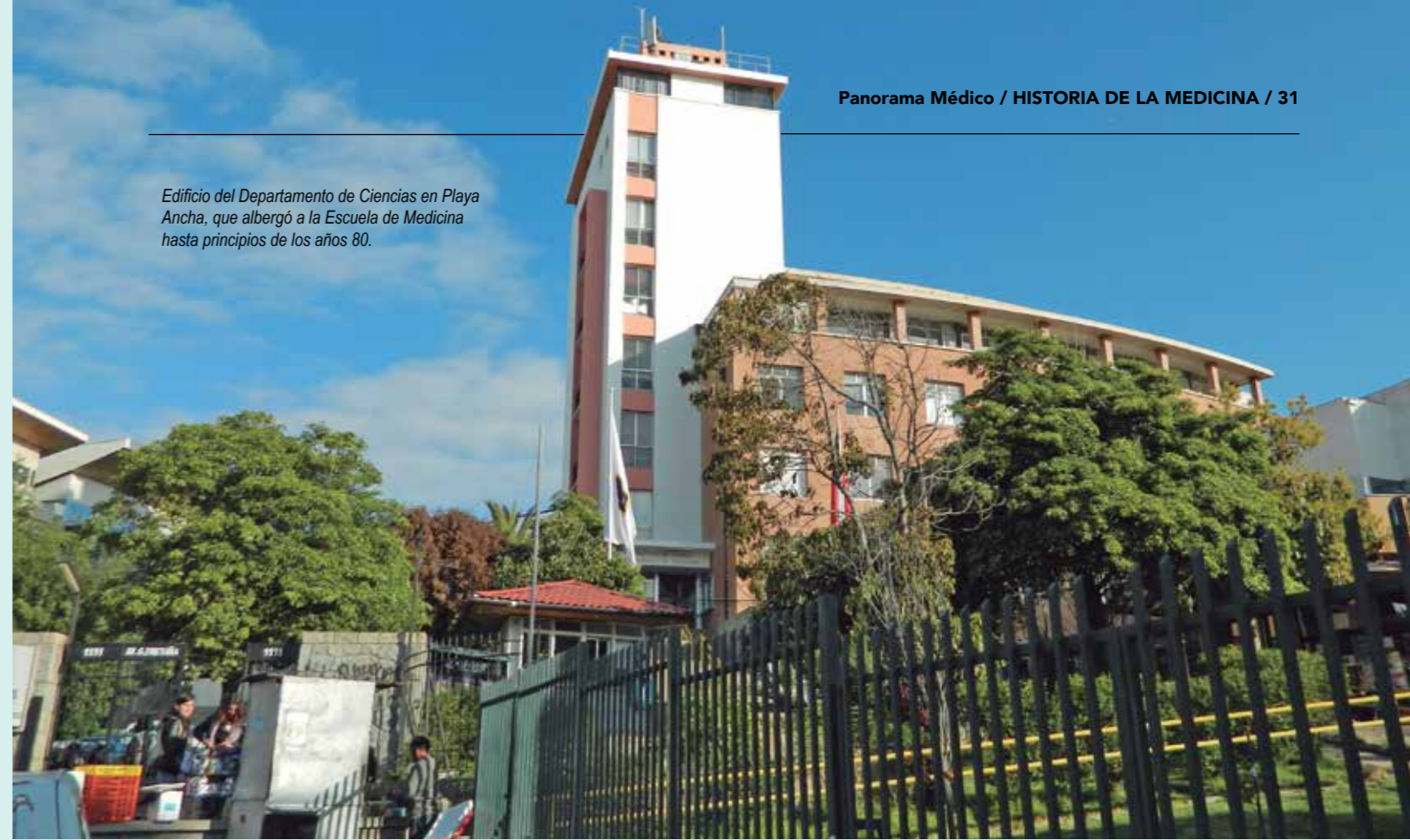
Al ser promovidos a **tercer año** los alumnos debían continuar sus estudios en Santiago, don-

de en 1963 el doctor Amador Neghme sucedió en el Decanato al doctor Alessandri. Así aconteció con las cuatro primeras promociones que iniciaron sus estudios en Valparaíso.

En 1966, el doctor Günther fue sucedido como vicepresidente del Departamento de Ciencias por el doctor Parmenio Yáñez, quien fue designado director interino *ad honorem* de la Escuela de Medicina de Valparaíso, la que se creó por Decreto Supremo N° 6591 del 11 de julio y por Decreto de Rectoría N° 002351 de 9 de octubre de 1966.

A su vez, una comisión nombrada por el rector (don Eugenio González Rojas había sucedido a don Juan Gómez Milla en 1963) emitió un informe que contemplaba la constitución de la Universidad de Chile de Valparaíso, uno de cuyos cinco departamentos era el Departamento de Ciencias y Profesiones de la Salud. El doctor Pedro Uribe Concha fue nombrado director de esta Escuela de Medicina, la cual funcionó en una casa de Playa Ancha separada del Departamento de Ciencias. Este último continuó impartiendo las asignaturas correspondientes a las ciencias básicas, con cuyos profesores hubo que realizar reuniones de coordinación e integra-

Edificio del Departamento de Ciencias en Playa Ancha, que albergó a la Escuela de Medicina hasta principios de los años 80.



ción en forma regular. Naturalmente fue necesario ir incluyendo nuevas asignaturas cada año.

En 1967, el curso que había ingresado dos años antes pudo realizar el **tercer año** en Valparaíso, comenzando a asistir al Hospital van Buren. Tenían como profesores de Cirugía a los doctores Svante Törnvall, Carlos Patillo y Pedro Uribe Concha, de Medicina Interna al doctor Carlos Silva Lafrentz, de Parasitología al doctor Roberto Gajardo Tobar, y de Microbiología a la doctora Alicia Vera. Al año siguiente, 1968, a los alumnos de tercer año les correspondió asistir al Hospital Deformes; allí el doctor Sergio de Tezanos-Pinto era profesor de Medicina, quien además impartía la asignatura de Introducción a la Medicina –que comprendía Historia de la Medicina y Ética–. También se introdujeron las asignaturas Sociología, Psicología Médica, Higiene Ambiental, Fisiopatología, Epidemiología, Patología General, Anatomía Patológica, especialidades, etc. Y así se continuó año a año hasta completar la carrera en Valparaíso.

Esta labor se llevó a efecto en coincidencia con el proceso de reforma universitaria que se inició en la Universidad Católica de Valparaíso y que tuvo lugar entre los años 1968 y 1973.

Cabe señalar que Valparaíso había contado con profesionales médicos destacados desde la segunda mitad del siglo XIX, cuando a este puerto llegaban inmigrantes europeos y desde el cual comenzaron a embarcarse rumbo a Francia, Alemania y Estados Unidos jóvenes

médicos en busca de perfeccionamiento o especialización. En la primera mitad del siglo XX, los principales hospitales de Valparaíso contaban tanto con miembros académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile como con profesores extraordinarios, lo que permitió que a partir de 1927 no pocos estudiantes porteños comenzaron a realizar el **internado** en los hospitales San Juan de Dios, San Agustín –posteriormente Carlos van Buren y Dr. Enrique Deformes, respectivamente–, Hospital de Niños –más tarde Hospital Jean y Marie Thierry– y Hospital Alemán. Es así como al obtener la Licenciatura, pudieron realizar el Internado en la ciudad-puerto los alumnos de la Universidad de Chile de Santiago que así lo deseaban. Una parte de los estudiantes que había debido continuar sus estudios en Santiago regresó a hacer el Internado a Valparaíso; sin embargo su titulación era en Santiago.

A fines de 1971 se tituló en Valparaíso la primera promoción de médicos que realizó la totalidad de sus estudios en esta ciudad.

En 1976 se dio el nombre de Facultad de Medicina a la Facultad de Ciencias de la Salud, que quedó compuesta por diversas Escuelas.

El 11 de febrero de 1981 se promulgó la Ley de Universidades y la Sede de Valparaíso de la Universidad de Chile obtuvo su autonomía, creándose la Universidad de Valparaíso, en la que quedó incorporada la Facultad de Medicina.

En 1983 se terminó la construcción de la nueva sede en calle Hontaneda, en terrenos adquiridos a la Congregación Claretiana, ubicados detrás la iglesia Corazón de María, a los pies del cerro El Litre, en el plan de Valparaíso. Este nuevo recinto albergó a la Facultad de Medicina hasta 2016, año en que se trasladó a su actual ubicación en Reñaca.

En 2005 se inició en la ciudad de San Felipe la carrera de Medicina, con el mismo plan de estudios y bajo la dependencia de la Universidad de Valparaíso.

En consecuencia, este 2017 la Escuela de Medicina cumplió 51 años desde su fundación como tal, siendo la Universidad de Valparaíso heredera de la Universidad de Chile, fundada en 1842 y cuyo primer rector fuera don Andrés Bello.



Dr. Bruno Günther Schaffeld.



Dr. Pedro Uribe Concha.



En calle Hontaneda estuvo la tradicional sede de la Escuela hasta febrero de 2016.

Médicos Escritores

Es grato comentar otro cuento del médico escritor Dr. Jorge Coghlan de Rosa, esta vez con ocasión de su tercer lugar en el último Concurso Literario organizado por el Regional Valparaíso.

Su estilo fluido, su tratamiento literario impecable y el humanismo siempre presente en el desarrollo temático, hacen que sus cuentos sean fáciles de leer y entusiasmen, para proseguir la lectura sabiendo que se aproxima un desenlace que no nos dejará indiferentes.

Existen muchas definiciones de la palabra cuento y una de las más acertadas es la del escritor argentino Enrique Anderson quien la describe como "una idea narrada por la acción de personajes, de tal manera que produce en el lector una respuesta emocional". El estilo del Dr. Coghlan cumple siempre con este requisito conceptual.

Panorama Médico ha publicado con anterioridad otros dos cuentos destacados de este médico traumatólogo: "Los finaos no penan" (N° 88, diciembre 2011) y "El panteón de los niños" (N° 97, marzo 2014). En relación con este último, expresamos que el tema contiene elementos de fondo que van más allá de la anécdota. Para "El hoyo diecinueve", el cuento que comentamos en esta edición, se podría repetir esta apreciación. En este relato en primera persona, se incorpora al lector a una escena biográfica donde un médico recibe la visita de su profesor universitario. La situación económica del académico jubilado involucra otro elemento emocional muy cercano a la realidad. El simbolismo del hoyo 19 es propio de la rica capacidad creativa del doctor Coghlan, de quien sería muy bien acogido un compendio impreso de sus cuentos.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

El hoyo diecinueve

Dr. Jorge Coghlan de Rosa

Todavía recuerdo la última vez que vi a mi querido profe. Había sido una tarde fría. De aquellas tristes y oscuras, en que el invierno lagrimea sobre la ciudad dejando caer una llovizna débil pero tupida. De aquellas que sin contribuir a limpiar las veredas, moja los abrigos y le quita las ganas de hacer cosas a los habitantes. Los campesinos italianos llaman a estas precipitaciones *inzuppavillano*, porque imperceptiblemente van mojando por fuera y por dentro a las personas hasta empaparles totalmente sus vestiduras y su voluntad.

Por eso mismo, la consulta había estado lenta. La agenda, que en un principio se había mostrado llena y con horas extra, se había ido raleando en virtud de los caprichos del clima. Muchos pacientes habían faltado. La mayoría sin siquiera avisar. Había sido una tarde cansadora. La espera, la falta de actividad, las horas vacías, desgastan y agotan. Cumplido el horario, me quité el delantal y me dispuse a retirarme presuroso. Justo en ese momento, entró una de mis secretarias. La más antigua. La más perceptiva y avizora.

—¡Doctor! Espere, no se vaya. Lo busca un abuelito.

La miré, algo desazonado, pero su semblante me indicó que aquella visita podía ser algo especial. No puedo negar que resulta bastante pesado tener que postergar el ansiado regreso a casa. El descanso, la cena, el noticiero, la esposa, los hijos y mi perro tendrían que esperar

un poco más.

—Dice que es un colega suyo, que fue su profesor.

—¿A ver? Hágalo pasar, Martita.

Junto con decir aquello, yo mismo me apresuré a abrir la puerta de mi oficina.

Sentado en una de las sillas de la sala de espera, una encorvada y familiar figura, arrebujada en un anticuado abrigo de *tweed*, se incorporó. De uno de sus hombros, colgaba un pesado bolso de cuero con unos palos de golf.

—¡Profe! ¡Qué gusto de verlo! ¡Tanto tiempo que ha pasado! ¡Pase, pase por favor!

—¡Quiubo, maestríto! ¿Como le va?

El mutuo abrazo no se hizo esperar. Martita, que se había quedado parada expectante en el pasillo, solicita ofreció:

—¿Les traigo unos cafecitos, doc?

Sin esperar respuesta, desapareció a prepararlos.

El hombre tomó asiento. Lo encontré envejecido. Hacía ya mucho tiempo que no lo veía. Sin embargo, su arrugado rostro y sus ojos se-



niles detrás de sus gruesos anteojos denotaban cierta alegría. Seguramente mi presencia despertaba en él algunos recuerdos gratos. Tal vez buenos, quizás alegres, o al menos divertidos. Esperé que hablara. Me pareció descomedido preguntar por el motivo de su visita, aunque ya lo sospechaba. Él tampoco parecía encontrar el punto de inflexión que le permitiera ir al grano. Ambos comenzamos nuestro diálogo al amparo de las clásicas y cordiales banalidades, degustando el café que, ni corta ni perezosa, la Martita nos había traído.

-¿Y esos palos, profe?

- Por esto vengo, ¡y por el gusto de verte! He sabido que te va muy bien y que sigues en el hospital. Que sigues trabajando con becados y alumnos. ¡Eso es lo más lindo, chiquillo! No lo dejes nunca.

-No pienso dejarlo, profe. A pesar de todas las dificultades que hay, hacer docencia me encanta. Y lo mantiene joven a uno, que ya no lo soy tanto... ¡Ja, ja, ja! ¡Hay una cantidad de muchachos nuevos! Y cada día mejores. Responsables, estudiosos, dedicados. No como éramos los becados suyos. ¿Se acuerda que me pasaba retando porque me arrancaba a jugar tenis?

Me miró por sobre sus anteojos. Esbozó algo así como una sonrisa socarrona.

-A pesar de eso, y de lo díscolo que eras, fuiste muy buen becado, a tu manera. Siempre rendiste excelentes exámenes. Claro que, el respeto por el horario nunca fue lo tuyo. ¡Sobre todo a la hora de irse! Los otros chiquillos también eran por el estilo, pero salieron todos buenos. Cada uno con su manera de ser. Tenían personalidad y sabían vivir la vida. ¡Hasta hoy!, según me han contado.

-¿Y usted, doctor? ¿Qué ha sido de su vida? Hace mucho tiempo que no lo vemos en las reuniones de la sociedad. Sería bueno que empezara a ir de nuevo. Sus opiniones siempre son relevantes y podría enseñarles mucho a los jóvenes. Van muchos becados e internos de medicina que nos han escuchado hablar de usted, y que se beneficiarían con sus consejos.

Su semblante se enristeció. Su figura pareció empequeñecerse cuando se inclinó en la silla. Me pregunté si acaso no estaría incómodo en tan frío e impersonal mobiliario, pensado para conversaciones más breves y escuetas.

-Gracias por tus palabras... ¡Lo que pasa es que las reuniones las

hacen en lugares tan apartados! No hay movilización para allá. Yo ya no manejo. Ya no me dan licencia. Mi auto se lo regalé a mi yerno porque él lo necesitaba para trabajar. No le ha ido muy bien. Los tiempos están difíciles, tú sabes. Además, yo prefiero caminar. A los viejos nos hace bien. Actualmente, vivimos solos con mi viejita. Arrendé un departamento cerca del consultorio. Un concejal amigo me ofreció unas horitas ahí. Así que voy dos mañanas a hacer policlínico. A la gente le sirve. Tú sabes. Con la falta de especialistas que hay, hasta este viejo sirve de algo. Y a mí, económicamente me ayuda bastante.

-¿Y su casa, profe? ¿La vendió?

Recordaba la hermosa residencia con amplios espacios en que solía citarnos al grupo de becados para hacernos docencia. Nos reunía en su amplia biblioteca, con suscripciones a las revistas que sin egoísmo nos prestaba para que las llevaráramos para estudiar. Eso sí, bajo amenaza de muerte si no las devolvíamos. Luego de la cena, que con su señora solían brindarnos con mucho cariño, pasábamos al living, donde culminaba la jornada con una entretenida charla donde las historias y las anécdotas que todos relataban provocaban risas, levantaban el ánimo y creaban lazos fuertes, que en esos tiempos felices parecía que iban a ser eternos e imperecederos.

Se puso serio. Me miró directamente a los ojos.

-Esa casa ya nos quedaba muy grande. Y mi esposa, la Luisa, está enferma desde hace ya bastante tiempo y no está en condiciones de hacerse cargo de un lugar así. Por eso decidí pasársela a mi hija y su familia, y ellos me pagan un pequeño arriendo. Bueno, cuando pueden. Como te dije, las cosas están difíciles y los niños hoy en día salen caros. Pero también eso es una buena ayuda para mí. La enfermedad de Luisa me sale cara. Y tú sabes lo que son las jubilaciones.

Vaya si lo sabía. Hacía ya tiempo que me había resignado a que mi destino sería morir trabajando, o al menos hasta donde las fuerzas me lo permitieran.

-Mira, chiquillo, te vine a ver porque me acordé que tú nos contabas que jugabas al golf. Con tu tío, el internista, en Santo Domingo si no me equivoco. Estos palos los compré cuando hice mi pasantía en Texas. Allí jugaba con mi profesor y con otros colegas. Son excelentes. Mira la marca. Y están casi nuevos porque cuando regresé a Chile ya no volví a jugar. En este país es muy poco el tiempo libre que a uno le podía

quedar en esos tiempos; había que partir de cero y ganarse los porotos.

Le dí una ojeada a los palos. El saco se veía que había sido de buena calidad. Ahora el cuero lucía tieso y resquebrajado. Había sido lustrado en un intento por hacerle recuperar su pretérita apariencia. Los palos se veían bien, pero eran anticuados. Imposible jugar con ellos en serio en la actualidad. Por lo demás, mi tío había muerto hace tiempo y desde entonces yo ya no había vuelto a jugar. El anciano me observaba.

-Yo sé que no son muy modernos, pero créeme. Eran de lo mejor en su momento. A mí me gustaría mucho que tú te quedaras con ellos. Por último como adorno. O como recuerdo mío. A mí me ocupan espacio porque mi departamento es chico. Y de seguro, en lo poco que me queda de vida, ya no voy a volver nunca más a jugar. Como no sea, claro, el hoyo diecinueve.

-¿El hoyo diecinueve? Hasta donde sé, son dieciocho no más. Disculpe si pecho de ignorante, profe.

Su rostro se iluminó con picardía. Siempre había sido una persona bromista y de buen humor, con la chanza a flor de labios.

-¡Ja, ja, ja! ¡Son diecinueve!, pero para el último hoyo no necesito los palos. Ahí es donde me van a ir a dejar cuando me llegue la hora de irme de este mundo. ¡Ojalá que esa jugada la pueda hacer de un solo golpe, y no de a poco! ¡Ja, ja, ja!

No me hizo mucha gracia la broma. En ese momento volvió a entrar la Marta para retirar las tazas. Me miró; seguro que con su proverbial perspicacia y su oído de lince ya estaba enterada del motivo de la visita. Aunque yo ya lo tenía decidido, y si bien por lo general no necesito que nadie me reafirme, su mirada le otorgó certeza a mi decisión.

-Ya, profe, se los compro. Me gustan. Está todo bien bonito. Gracias por considerarme. Me van a servir mucho.

Desde detrás de sus anteojos recibí su mirada agradecida. El hombre siempre había sido muy inteligente y perceptivo. No había perdido esas cualidades con la llegada de la senectud.

Concluidos los detalles de la venta, nos despedimos con un abrazo y mutuas promesas de no perder el contacto. Le ofrecí llevarlo hasta su departamento, pero me manifestó que su yerno lo estaba esperando. Lo vi alejarse a paso lento por el pasillo del centro médico y salir a través de la gran mampara de vidrio. Afuera llovía. Aparte de mi auto, no

había ningún otro vehículo en el estacionamiento. Abrió su paraguas y se encaminó al paradero de buses a esperar locomoción. Por un momento tuve el impulso de ofrecerle nuevamente transporte. Pero no lo hice. Comprendiendo sus razones, me alejé en mi coche en medio de la noche lluviosa. Fue la última vez que lo vi.

Meses después, al regresar de mis vacaciones, me enteré que había abandonado este mundo súbita y cortésmente, sin pena ni gloria. Tuvo un modesto funeral privado, al que por ser día de semana, o por no haberse enterado a tiempo, ningún colega asistió. Olvidado más temprano que tarde, el viejo profesor de medicina se fue a jugar su hoyo diecinueve en los campos de la eternidad.



OBITUARIO

Dr. Jorge Contreras Acuña

El Dr. Contreras nació en Chillán, el 16 de agosto de 1938. Realizó sus estudios primarios y secundarios en el Colegio Seminario Chillán de los Padres Jesuitas. Posteriormente, realizó un año de bachillerato en Biología, para luego continuar la carrera de Medicina en la Universidad de Chile. Tras titularse, en 1964, cursó la especialidad de Pediatría.

En 1967 ingresó como pediatra el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, donde llegó a ser jefe de Neonatología, jefe del Servicio de Pediatría y subdirector médico subrogante. Asimismo, se desempeñó en el Servicio Médico de Carabineros de la Ciudad Jardín, donde fue jefe de Servicio, y también en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, donde fue jefe del Departamento de Programas de las Personas y director de la Oficina de Educación. Además, ejerció como profesor auxiliar de Pediatría y tutor de becarios de Pe-



diatría en la sede Valparaíso de la Universidad de Chile.

Casado con Laura María Rebeca Carrasco Linford, tuvo dos hijos: Lilly Marcela y Jorge Pablo, quienes lo bendijeron con 4 nietos.

"El esfuerzo, rigurosidad, superación y responsabilidad, junto a una gran vocación de servicio a los enfermos, fueron la tónica de tu trabajo diario. El resultado: realizar un trabajo bien hecho, dando un servicio de excelencia a los demás, al mejorarles sus vidas o incluso salvándolas. En no pocas ocasiones me tocó ir caminando por la calle contigo y se te acercaba una madre para saludarte con mucha alegría, comentándome tú después que con el equipo de profesionales le habían salvado la vida a su hijo tiempo atrás" (extracto de la carta de despedida que su hijo leyera en su funeral).

Dr. Sergio Valdovinos Fuenzalida

El Dr. Valdovinos nació en Santiago, el 18 de octubre de 1947. Tuvo una infancia itinerante, debido a la carrera diplomática de su padre. Buenos Aires, Ecuador y Washington fueron algunos de los lugares en los que pasó su infancia y adolescencia. En 1962 regresó a Chile y tras terminar sus estudios secundarios ingresó a estudiar Medicina a la Universidad de Chile, titulándose en 1974.

Ingresó a las Fuerzas Armadas, avanzando en su carrera como oficial de Sanidad Naval hasta el grado de Capitán de Corbeta, para luego continuar como médico civil en el Hospital Naval Almirante Nef y el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Tuvo una ardua labor como cirujano, inspirado por su entrega y fuerte compromiso con sus pacientes. También se desempeñó como profesor de anatomía, y formó a varias generaciones de internos, dejando un gran legado de conocimientos y vasta experiencia.

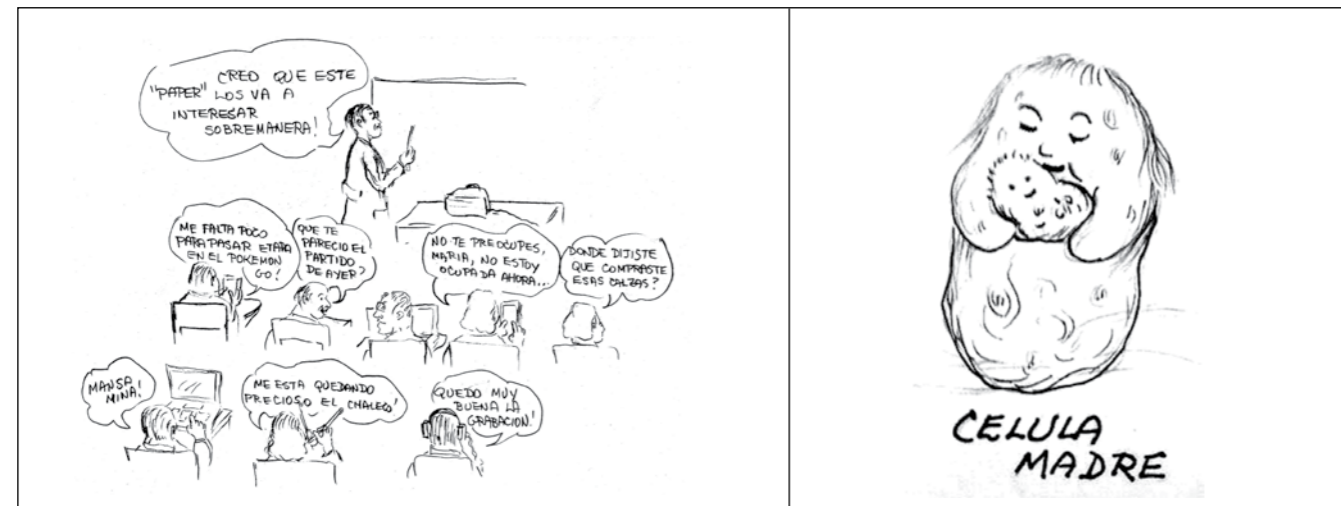


Le gustaba viajar y conocer distintas culturas. Su gran pasión fueron la ópera y la música clásica. Participaba de la temporada oficial de ópera del Teatro Municipal de Santiago y asistía a los conciertos de la Universidad Santa María.

Espléndido dibujante y caricaturista, dedicaba su tiempo libre a dibujar situaciones humorísticas relacionadas con la medicina, la actualidad y diversos temas, las que la gente que lo rodeaba pudo disfrutar. Aficionado a la filatelia, también era coleccionista de distintos elementos: figuras de búhos, puros, pipas y libros de arte, entre otros.

Casado con María Luisa de Luján, tuvo dos hijos: Jorge Ignacio y María Pía, quienes heredaron su amor por la ciencia y las artes.

Su lamentable deceso tuvo lugar el 3 de agosto de 2017, a los 69 años, y luego de cuatro décadas de entrega profesional.



Una par de las tantas caricaturas del Dr. Valdovinos

DENTO-REÑACA
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

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

Tarjeta de Crédito Red Compra

www.dento-renaca.cl
contacto@dento-renaca.cl
32 2589515 Cel. 9 9552 5938
Balmaceda 183 / Of. 201 / Reñaca



Audífonos Adultos y niños

Tratamiento de tinnitus, ZEN



Convenio Colegio Médico Valparaíso

CONECTIVIDAD directa a tus audífonos, sin accesorios, disponible para Iphone y Android.

AJUSTES EN TU MANOS Regula el volumen, realiza ajustes a tus audífonos, controla los tonos bajos, medios y altos.

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

Solicita tu prueba de audífonos sin costo al 32-2695695

- Casa Matriz: Av. Libertad 127 Viña del Mar (entre 2 y 3 norte).
- Nueva Sucursal: Edmundo Eluchans 3047 / Of. 44 Edificio Reñca Norte / Viña del Mar.

contacto@resolaud.cl / www.resolaud.cl



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

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



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.