

# PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile / Año 28 N° 113 / Marzo 2018

**Médicos de Olmué  
desmienten incumplimiento  
de labores**

**Los desaciertos de  
Fonasa**

**Las nuevas autoridades de  
salud en la región**

**Médicos residentes  
y la normalización del maltrato**



VIÑA DEL MAR YA ESTA  
A LA ALTURA DE TUS NEGOCIOS  
**OFICINAS . PLANTAS LIBRES**

**PROXIMA  
ENTREGA**

LIBERTAD  
**500**

BUSINESS . OFFICE . HOTEL



# Nuevas autoridades, nuevas ideas, nuevos proyectos y viejas preocupaciones

Una vez más nos vemos enfrentados a un cambio de mando presidencial en que, por tercera vez, hay además un cambio en el ideario político, con los consiguientes reemplazos de los mandos medios tanto en Santiago como en regiones. Y, con ello, cambios también en la concepción de toda una diversidad de proyectos, decretos, resoluciones del sector.

Hemos dicho reiteradamente que el Estado tiene una enorme deuda social con la ciudadanía en lo que a salud se refiere. Aún vivimos los beneficiosos efectos de las grandes políticas sociales de hace casi 50 años, las que fueron diseñadas por un sistema unificado de salud, con poder de decisión y que introdujeron un sentido de compromiso, de mística por el trabajo, y de "camiseta puesta" que aún se puede observar en algunos de los funcionarios más antiguos que laboran en nuestros hospitales públicos. No me es posible imaginar la realidad sanitaria que habrá en algunas décadas futuras, cuando se comiencen a evidenciar los resultados de las decisiones y políticas que se están aplicando hoy, con un sistema de salud fraccionado, con una organización

## Palabras del Presidente



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

casi caótica, y que no logra prevenir sino sólo curar; baste mencionar que una patología plenamente evitable como lo es el ataque cerebrovascular sea actualmente la primera causa de mortalidad en Chile.

El principal defecto de nuestra forma de elegir al presidente de la República es la corta duración del período presidencial, unido al impedimento de la reelección inmediata, lo cual desincentiva la elaboración y tramitación de proyectos de mayor magnitud; sólo hay que ver lo que ha sucedido con la construcción y renovación de hospitales.

Por las razones expresadas anteriormente es que precisamos reunirnos con con el seremi del ramo y con cada uno de los directores de los servicios de salud de nuestra jurisdicción (Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar-Quillota), todos recién asumidos, tanto para conocer sus ideas y planes de trabajo, como para plantearle nuestras inquietudes. Esperamos tener fructíferos encuentros con cada uno de ellos.

# Índice

1	<b>Palabras del Presidente</b> Nuevas autoridades, nuevas ideas, nuevos proyectos y viejas preocupaciones
3	<b>Editorial</b> Planes en salud y nuestra disposición
4	<b>Gremial</b> Las nuevas autoridades de salud en la región
7	Médicos residentes y la normalización del maltrato
12	Médicos del Cefsam de Olmué desmienten incumplimiento de labores
15	Los desaciertos de Fonasa
18	<b>Noticias</b>
20	<b>Semblanza</b> Dr. Benjamín Subercaseaux Sepúlveda
22	<b>Ética</b> Transgresiones a la ética médica de connotación sexual
26	Decisiones médicas al final de la vida
33	<b>Historia de la medicina</b> "Volver al campo" Dr. Camilo Cavalla
36	<b>Obituario</b>

**PANORAMA  
MÉDICO**

**PANORAMA MÉDICO** / Año 28 – Número 113 – Marzo 2018 // **Director:** Dr. Maximiliano Soto Díaz / **Colaboradores:** Dr. Eduardo Bastías, Dr. Juan Eurolo, Dr. Julio González, Dr. Juan Idiáquez, Dr. Fernando Novoa, Dra. Carmen Noziglia, Dr. Juan Vielma / **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 / **Producción & Publicidad:** (32) 2677982, reg.valparaiso@colegiomedico.cl, reg.valparaiso@gmail.com / **Sitio Web:** www.colegiomedicovalparaiso.cl / **Diseño e impresión:** Empresa El Mercurio de Valparaíso S.A.P. / Las opiniones vertidas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el sentir de Panorama Médico.

## Planes en salud y nuestra disposición

Hemos iniciado un nuevo año, algunos ejerciendo en hospitales, otros en clínicas, muchos en consultorios, y en tantos lugares donde llega este medio de comunicación gremial que vincula a los médicos de nuestra región. También hemos iniciado un nuevo año y planificación en nuestro Regional Valparaíso, y siendo ésta la primera edición tras la llegada de un nuevo gobierno, me parece oportuno transmitir la ansiedad y expectativas que siempre genera un cambio de administración. Tanto a nivel nacional como local han asumido las principales autoridades del área; es esperable que en el futuro inmediato también se genere recambio en autoridades hospitalarias y equipos directivos de salud.

El nuevo ministro, Dr. Emilio Santelices Cuevas, informó su plan de trabajo para este gobierno, destacando iniciativas legales como la ley de fármacos II, ley de isapres, ley del tabaco, ley del cáncer y ley de medicina digital. El plan también considera mejorar la capacidad quirúrgica de los hospitales, lo que en la práctica se traduce en una mejor gestión del uso de pabellones, incrementando el número de cirugías ambulatorias, y en algunos centros asistenciales programando cirugías electivas los siete días de la semana.

A nivel local tenemos varios proyectos hospitalarios pendientes, algunos de ellos actualmente en curso, como la primera etapa del Hospital Dr. Gustavo

### Editorial



**Dr. Maximiliano Soto Díaz**  
Director revista Panorama Médico

Fricke; en otros falta mucho por avanzar, tal es el caso del futuro Hospital Marga Marga. Haremos continuo seguimiento a estos avances y estaremos dispuestos a colaborar en éstas y tantas otras iniciativas que son de interés común (hospitales Biprovincial Quillota-Petorca, San José de Casablanca, Carlos van Buren, etc.).

Junto con todos estos proyectos y desafíos no puedo dejar de mencionar lo más importante en la prestación de servicios de salud: el capital humano. Es así como vemos con mucha alegría la continua incorporación de médicos a nuestros hospitales y consultorios. Damos la bienvenida a todos los médicos generales de zona que han optado por iniciar su carrera profesional en nuestra región, también a quienes han decidido unirse al pilar fundamental de la Atención Primaria de Salud en los consultorios de nuestra red, a quienes han comenzado su período de formación en sus respectivas becas de especialización, y a quienes ya han concluido dicha etapa y en abril iniciaron su Período Asistencial Obligatorio en hospitales y consultorios. A todos ellos les deseamos el mayor de los éxitos y mucho ánimo en una nueva etapa de sus vidas.

# Las nuevas autoridades de salud en la región

Tras el inicio de un nuevo gobierno, y especialmente cuando cambia también el color político de la nueva administración, vienen invariablemente cambios de autoridades en regiones. En nuestro caso, luego de iniciado el mandato de Sebastián Piñera, los primeros en salir fueron los directores de los servicios de salud, a quienes se les notificó la solicitud de renuncia a cuatro días de que asumiera el nuevo presidente.

La resolución ministerial tomó por sorpresa a las distintas reparticiones, tomando en cuenta que se trata de jefaturas concursadas a través del sistema de Alta Dirección Pública (ADP) y que en el caso del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota el Dr. Juan José Mendoza había asumido hacía apenas ocho meses.

En el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio asumió como subrogante Alis Catalán, quien se desempeñaba como subdirectora administrativa del Hospital Carlos van Buren; mientras que en el de Viña del Mar-Quillota lo hizo quien fuera hasta entonces director del Hospital Gustavo Fricke, el Dr. Leonardo Reyes.

En la secretaría regional ministerial de Salud la designación tomó algunos días más, hasta que el martes 20 de

marzo se dio a conocer que el nuevo seremi del ramo sería el químico farmacéutico Francisco Álvarez.

En cuanto a la dirección de Fonasa, la directora Zonal Centro Norte, Orielle Díaz, presentó su renuncia antes del cambio de mando y por el momento está en calidad de directora subrogante la jefa de Gestión Comercial, Rossana Jorquera.

En tanto, tras la salida del Dr. Leonardo Reyes de la dirección del Hospital Fricke quedó subrogando el ingeniero comercial y contador, Juan Carlos Gac.

El Regional Valparaíso ha tenido por años la costumbre de invitar a las nuevas autoridades regionales a sus reuniones de Consejo con el objeto de saludar e intercambiar ideas, puntos de vista y conocer sus proyectos y actividades, así como dar a conocer las aspiraciones y propuestas del Colegio en materias de salud pública regional, prevención y solución de posibles conflictos, buscando así establecer vínculos de colaboración y comunicación permanentes. Es así que al cierre de esta edición se comenzó a cursar invitación a cada nueva autoridad a las sesiones del Consejo Regional a fin de consensuar agendas de trabajo con cada una de ellas.



## Secretaría Regional Ministerial de Salud

En reemplazo de la kinesióloga María Graciela Astudillo (PC), el pasado 20 de marzo asumió el químico farmacéutico **Francisco Álvarez Román** (RN). Hasta su designación, el nuevo seremi de Salud se desempeñaba como farmacéutico clínico en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Álvarez es químico farmacéutico de la Pontificia Universidad Católica de Chile y tiene un Master en Salud Pública de la Universidad Andrés Bello. Se ha desempeñado tanto en el ámbito público como el privado. Tiene experiencia en farmacia clínica en paciente crítico, investigación clínica y docencia.

Tras su nombramiento manifestó que esperaba "poder trabajar en equipo no solamente dentro de la misma Seremi, sino con todos los actores de la salud para poder fortalecer la acción sanitaria y la salud pública". Asimismo, recalzó que estaba "abierto al diálogo con los gremios, la idea es poder fortalecer la salud de la región". (Foto: Seremi Salud).

## Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

La nueva directora subrogante del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio es **Alis Catalán Araya**, quien llega para reemplazar al Dr. Dagoberto Duarte.

Alis Catalán es contador auditor e ingeniero comercial de DUOC UC y de la Universidad de Valparaíso, respectivamente. Posee el grado de Master of Business Administration (MBA) por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, además de un Diplomado en Gestión de Recursos Humanos en Salud por la Universidad de Chile; Curso "Gestión de Servicios Asistenciales", Escuela Andaluza de Salud Pública, España, entre otros.

Anterior a su designación se desempeñaba como subdirectora administrativa del Hospital Carlos van Buren. También ha asumido responsabilidades como subdirectora administrativa del Hospital del Salvador, subdirectora de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital Van Buren y subdirectora administrativa del Hospital Dr. Eduardo Pereira. (Foto: SSVSA).



## Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

En el lugar del Dr. Juan José Mendoza, quien ocupaba el cargo desde junio de 2017 –al que llegó por Alta Dirección Pública– asumió en calidad de subrogante el **Dr. Leonardo Reyes Villagra**.

El Dr. Reyes es médico cirujano de la Universidad de Chile y tiene formación en Administración de Salud, Gestión de Proyectos, Atención Ambulatoria y Calidad. De su trayectoria destacan el haber sido subdirector médico del Hospital Dr. Gustavo Fricke en 1995 y luego director del mismo centro asistencial hasta 1998 y nuevamente en 2016, cargo al que accedió a través de Alta Dirección Pública. También fue subdirector médico de Atención Cerrada del Hospital Barros Luco y cuenta con amplia experiencia docente y publicaciones. (Foto: HGF).

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



Atención Personalizada y Preferente



Contactabilidad Garantizada de su Ejecutivo Preferencial



Asesoría Experta en Inversiones y Seguros



Oficinas Exclusivas Bci Preferencial



Inversiones y Financiamientos a través de Bci Miami



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



BancoBci



@BancoBci



600 692 8000



En nuestras sucursales

Para mayor información, lo invitamos a comunicarse con:

**María Soledad Kameid**  
Ejecutiva Banca Preferencial  
Celular: +56 9 9324 1132  
Mail: maria.kameid@bci.cl



## Médicos residentes y la normalización del maltrato

Amenazas, amedrentamiento, descalificaciones y sobreexigencia laboral son sólo algunas de las situaciones que a diario enfrentan los médicos que cursan alguna especialidad en la zona. El Capítulo Valparaíso de la Agrupación de Residentes Chile se encuentra trabajando con los servicios de salud y la universidad para erradicar estas prácticas.

El médico residente es, por definición, el profesional de la medicina que ingresa a un servicio clínico para formarse como especialista, en un programa que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación, que deben estar avaladas y supervisadas por una institución universitaria.

Eso es al menos en el papel, porque en nuestro país detrás de este proceso de formación de los residentes se esconden relaciones de poder implícitas y explícitas, inadvertidas o ignoradas por parte de las instituciones universitarias y de salud, con el agravante de olvidar su compromiso y la responsabilidad en la formación de estos profesionales. En este escenario, muchas veces los residentes son invisibilizados como colegas y profesionales en formación, considerándolos muchas veces como "mano de obra" destinada al cumplimiento de las metas asistenciales, con muchos deberes y pocos derechos.

"En general, lo que más se da es maltrato laboral, el que está totalmente normalizado en este grupo de profesionales", sostiene la presidenta del Capítulo Valparaíso de la Agrupación Residentes Chile, Dra. Andrea Quinchavil. "Hay especialidades en que el becado es amedrentado, e incluso se cuestiona su aprobación en distintas rotaciones, no por su preparación teórica o su calidad como profesional, sino por apreciaciones subjetivas (y muchas veces no atingentes) de los docentes a cargo". Asimismo, la profesional añade que no hay descan-

dos adecuados, a pesar de tener horario completo de 44 horas, al que además se agrega la jornada de turnos. "Hemos visto casos donde incluso no se respetaron las horas de lactancia, o es muy mal visto hacerlas. Hemos tenido casos de embarazadas haciendo trabajo nocturno o becadas a las que se les ha obligado a congelar el proceso de formación a causa de un embarazo, quedando desprovistas de contrato y, por lo tanto, de sueldo, de la posibilidad de pagarse cotizaciones, previsión y de acceder al derecho de pre- y posnatal, entre otros ejemplos. Esto, debido a la normalización del becado en calidad solamente de alumno, no como funcionario, y a la poca concientización de los buenos tratos y prácticas entre todos los profesionales por igual".

Hay un amplio espectro de actitudes hacia los residentes que se pueden considerar directamente "maltrato". Respecto de por qué se dan estas situaciones, la Dra. Quinchavil apunta principalmente a dos causas. Por una parte, "al no tener la calidad de funcionarios estamos en una situación de vulnerabilidad y desventaja respecto del resto de la dotación del hospital. El reconocimiento como funcionarios, a nivel de la dotación médica del hospital, sería una manera de



Dra. Andrea Quinchavil



igualar nuestros derechos como profesionales”.

Por otra parte, la profesional también afirma que hay una cultura profundamente arraigada no sólo en los médicos mayores sino incluso en generaciones más jóvenes, en la que se normaliza el abuso, maltrato e invisibilización del residente. “Hemos tenido casos de colegas a quienes incluso no se les permite siquiera opinar sobre un paciente, aunque él sea el médico que esté llevando el caso. El becado generalmente no es considerado un colega en formación, donde la prioridad debiera ser la docencia, generar equipos, promover buenos ejemplos de prácticas integrales en relación a los pacientes. Por el contrario, está muy instalada la idea de que el becado está para cubrir las necesidades asistenciales de los servicios, lo que a la larga va en desmedro de su formación como especialista. Lamentablemente, la actividad formativa teórico-práctica en éstas se ve sumamente mermada, en desmedro de una adecuada formación.”

#### ¿QUÉ HACER? ¿DÓNDE ACUDIR?

Ante esto, ¿qué alternativas tienen los residentes cuando ocurren estas situaciones? “Se desahogan con sus familiares y amigos, y no existen muchas otras vías para mejorar este tipo de situaciones en la actualidad”, afirma la Dra. Quinchavil. “Hay un muy bajo porcentaje oficial de

“Hemos tenido casos de embarazadas haciendo trabajo nocturno o becadas a las que se les ha obligado a congelar el proceso de formación a causa de un embarazo, quedando desprovistas de contrato y, por lo tanto, de sueldo, de la posibilidad de pagarse cotizaciones, previsión y de acceder al derecho de pre- y posnatal”

denuncias por maltrato porque actualmente no hay una vía de denuncia que sea segura y que le dé la confianza al becado de que va a ser respaldado por la universidad o servicio de salud si es que llega a denunciar. Hay que tener en cuenta que uno cumple un rol ‘docente’ y el otro un rol de ‘empleador’, y ambos deben asegurar que estas situaciones no ocurran”.

Llama la atención que problemas como éstos –que son de larga data, porque el fenómeno no es reciente– no hayan sido advertidos por la universidad o los servicios de salud. “En eso tenemos un foco especial este año, para subsanar el alejamiento importante de la universidad con respecto a sus becados en formación”.

La Dra. Quinchavil explica que desde

enero pasado la agrupación está teniendo una relación mucho más cercana con la Universidad de Valparaíso y los Servicios de Salud Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar-Quillota para resolver estos problemas. “De hecho, comenzamos a participar mensualmente en los Consejos de Escuela en la universidad para tener la oportunidad de plantear estos temas. A nivel de los servicios de salud tenemos proyectado hacer una concientización jerárquica, desde el director del servicio hacia abajo, de que existe el maltrato y que eso afecta directamente a la mantención de una brecha importante de especialistas en nuestra salud pública”.

Otro tema en el que Residentes Chile está trabajando es la elaboración de un protocolo sobre acoso y abuso para posgrado. “Este año también estamos trabajando con los dos servicios antes mencionados, y donde vamos a incorporar también a la Universidad de Valparaíso, en protocolos de posgrado sobre acoso y abuso. El tema está reglamentado para el pregrado, pero los becados quedan completamente desamparados. Y como es probable que eventuales denuncias sean contra médicos funcionarios del hospital, que sí están protegidos legalmente, entonces los residentes quedan en una posición muy vulnerable. Se requiere una adecuada reglamentación. Por eso es tan importante también el tema de la carrera funcionaria, porque dentro de la jerarquía médica hoy somos la parte más delgada del hilo, gracias a este pensamiento histórico-cultural de que los becados son inferiores en comparación al resto de la dotación médica del hospital”, afirma.

Con la creación de protocolos y vías seguras de denuncia de abuso y maltrato el Capítulo Valparaíso de Residentes Chile podría generar un referente nacional en estos temas.



Hay una cultura profundamente arraigada no sólo en los médicos mayores sino incluso en generaciones más jóvenes, en la que se normaliza el abuso, maltrato e invisibilización del residente.

Está muy instalada la idea de que el becado está para cubrir las necesidades asistenciales de los servicios, lo que a la larga va en desmedro de su formación como especialista.

#### Formación en riesgo

Al maltrato y abuso laboral en la etapa de formación como especialistas, también se suman críticas al actual funcionamiento de los procesos de residencia, donde no existen instancias serias para evaluar a los docentes, por ejemplo. “Hoy no existe feedback para que la universidad pueda conocer el real desempeño de sus docentes y en base a esa información ir mejorando la calidad de la formación. La docencia también se ha visto mermada por la falta de docentes especialistas en los turnos o incluso pasantías donde hay colegas en formación”.

La evaluación de las rotaciones es otro aspecto en el que se han detectado falencias. “Son pocas las rotaciones en que hay evaluaciones teóricas objetivas y generalmente queda a discreción del jefe de pasada si uno la aprueba o no. Hay poca seriedad en la evaluación de la rotación en las becas, las que muchas veces son poco uniformes y poco objetivas. Creemos firmemente que en eso deberían hacerse parte activa todas aquellas universidades que toman el compromiso de preparar a los futuros especialistas de nuestro país”, asegura la dirigente local de Residentes Chile.

El presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, manifiesta que a nivel regional el gremio reciben frecuentes denuncias de abusos de algún servicio clínico en contra de los residentes, pero aclara que “la mayoría de las denuncias son de tipo verbal debido al temor por eventuales represalias de los servicios clínicos y docentes denunciados. Es absolutamente necesario que las universidades tomen mayor conciencia sobre esta materia, que se repite en todo el país, y elaboren políticas de control y manejo del tema, y le den más apoyo y protección a sus alumnos de postítulo”. Asimismo, el facultativo estima que “se debiera elaborar, en conjunto con los directivos de los campos clínicos, una normativa que reglamente el trabajo de becarios y residentes, y establezca medidas a tomar si éstas son sobrepasadas infundadamente”.

Pasar los años de beca trabajando en ambientes laborales donde ocurren situaciones como las descritas sin duda tiene impactos negativos en la salud física y emocional de los médicos en formación. Y peor aún, porque como consecuencia de ello también se puede ver afectado su desempeño asistencial, lo que puede resultar en la evolución desfavorable de

un paciente u otros desenlaces más adversos.

Además de los efectos perjudiciales para la salud de los residentes –y eventualmente también para sus pacientes– también hay que agregar otra consecuencia indeseable para todo el sistema de salud chileno. Y es que a raíz del maltrato y vulnerabilidad en que se encuentran los becados, cada año disminuyen los médicos que entran a programas de especialidad en Chile y aumentan los que se van a formar al extranjero; un escenario que hace lejana la meta de cubrir la enorme brecha de médicos especialistas que hoy tenemos.

Y si a ello agregamos que al terminar sus becas, tras años de malos tratos y vulneraciones, los nuevos especialistas tampoco se sienten muy motivados para desempeñarse de manera efectiva y productiva en su Período Asistencial Obligatorio (PAO), y que además hay escaso incentivo para su permanencia en el sistema público tras el PAO, entonces el panorama futuro en materia de especialistas para nuestros hospitales públicos no es nada alentador.

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 WITH TECHNOLOGY

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



## Preparación para el EUNACOM

Curso online

Dirigido a médicos generales titulados en Chile o el extranjero

Más de 1.000 preguntas disponibles para estudio  
Ensayos generales de 90 y 180 preguntas

CURSO AUTOGESTIONADO. Al momento de inscribirse el alumno recibe acceso a todo el material, por lo que puede preparar tanto el examen de julio como el de diciembre

Arancel: \$250.000 (hasta en 3 cuotas, transferencia electrónica, depósito, cheque o efectivo)

CTA. CTE. BBVA : 010-01000-33962  
Colegio Médico de Chile - Consejo Regional Valparaíso  
RUT: 82.621.700-6  
reg.valparaiso@colegiomedico.cl

# Médicos del Cesfam de Olmué desmienten incumplimiento de labores

Los profesionales se reunieron con dirigentes del Regional Valparaíso para dar a conocer una serie de errores en la información que el municipio entregó a la Contraloría, entidad que ahora los obliga a reintegrar dineros por supuesto incumplimiento de sus jornadas laborales.

A mediados de enero de este año se dio a conocer el resultado del informe final de la Contraloría Regional de Valparaíso sobre supuestas irregularidades ocurridas en 2016 en el Cesfam Manuel Lucero de Olmué. En informe indicaba que ocho médicos que se desempeñaban en la época en este centro de salud habrían recibido remuneraciones por jornadas no trabajadas, montos que debían ser restituidos al municipio. Ante esto, los afectados aseguran que la conclusión a la que llegó la Contraloría responde a una deficiente entrega de antecedentes por parte de la Municipalidad de Olmué.

Así lo dieron a conocer al reunirse con dirigentes del Regional Valparaíso, a quienes entregaron detalles de los errores en las acusaciones en su contra, los que se deben a una negligencia del municipio al no ingresar oportunamente información al Sistema de Información del Personal del Estado (SIAPER).

Los profesionales explicaron que, por ejemplo, les están cobrando días en que estuvieron con licencia médica, "o sea, la información que dice que tal doctor faltó tales días a causa de una licencia médica no se subió a SIAPER.

Y nosotros no tenemos cómo fiscalizar que se haga porque muy pocas personas dentro de la municipalidad tienen acceso al sistema y menos lo va a tener un trabajador común y corriente", señalaron. Del mismo modo, les están cobrando días festivos, fines de semana, días en que los profesionales se encontraban con vacaciones o permisos administrativos. Incluso, están los casos de una doctora a quien le están pidiendo el reintegro de 68 días en los que ni siquiera trabajaba en el Cesfam, y de otro médico que trabajaba a honorarios 2 días a la semana, pero a quien le están cobrando todos los días de la semana por varios meses.

Junto a estas irregularidades, los médicos también acusaron una mala defensa por parte del municipio, pues dice que hubo al menos tres instancias para poder justificar las supuestas ausencias: la fiscalización que realizó la Contraloría, la respuesta al preinforme que el ente contralor emitió respecto de esa fiscalización, y la reconsideración al informe final (cuando se solicita el reintegro de los montos cuestionados), ninguna de las cuales fue adecuadamente respondida por el municipio a través de su asesor jurídico.

Como si lo anterior no fuera suficiente, los médicos señalaron que, además, el fiscal a cargo del sumario administrativo que instruyó la Contraloría para perseguir responsabilidades –y que está actualmente en curso– es el cuestionado asesor jurídico del municipio. "La Contraloría dijo que no contaba con suficiente personal para realizar este sumario que ella misma instruyó y dejó que la misma municipalidad se encargara de él. Y el fiscal a cargo es nada más y nada menos que el asesor jurídico de la municipalidad, quien tiene gran responsabilidad en la mala entrega de información a la Contraloría", indicaron.

En el mismo sentido se pronunció el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, quien señaló la inconveniencia de nombrar al asesor jurídico del municipio como fiscal del sumario, porque se transforma en juez y parte de este caso. "A mí me parece también irregular, y lo digo como Colegio Médico, que la misma persona responsable de que las irregularidades debieran haber sido corregidas, es un abogado que nosotros pensamos que no debiera haber sido el fiscal de este sumario, y que debió haber sido recusado".

Por este caso –que está en manos de los abogados de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico (Falmed)– los médicos afectados arriesgan sanciones que incluso pueden llegar a la destitución de sus cargos y, con esto, la imposibilidad de ejercer en el sistema público por al menos cinco años. El Colegio Médico Valparaíso espera que ello no suceda y que se logren determinar responsabilidades en la deficiente entrega de información que perjudicó a los profesionales. De lo contrario, Eurolo anunció que el gremio apoyará a los médicos llevando el caso a la justicia. "Nosotros no podemos permitir que haya irregularidades que se consuman sin haber perseguido a los verdaderos responsables del problema", afirmó.

Al cierre de esta edición los médicos olmueños señalaron que el pasado 20 de marzo la Contraloría emitió un informe indicando una "reconsideración parcial" de los dineros que supuestamente debiesen ser restituidos, es decir que aún no procedía realizar descuentos, sin embargo cuatro días antes ya dos profesionales habían acusado descuentos en sus remuneraciones. En cuanto al sumario administrativo, éste sigue en curso y no les han dado fecha posible de término.

*N. del E.: la nota omite la identidad de los médicos afectados, pues dado que hay un sumario administrativo actualmente en curso, los profesionales temen eventuales represalias por sus declaraciones.*





**MAR y CIELO**  
PARA DISFRUTAR INFINITAMENTE  
DEPARTAMENTOS DE **1 y 2 DORMITORIOS**

TODOS CON VISTA AL MAR · EXCELENTES TERMINACIONES. INSUPERABLE UBICACION

TE INVITAMOS A VIAJAR  
CON TUS MILLAS



**PRECIOS DE LANZAMIENTO**

**BORDE COCHOA**  
APARTMENTS

Las imágenes contenidas en este aviso, son montajes fotográficos, bosquejos y croquis de contenido artístico, elaborados con fines ilustrativos que no constituyen una representación exacta de la realidad, al igual que el amueblamiento y decoración de los departamentos, no forman parte de las condiciones ofrecidas al comprador. Lo anterior en virtud de lo señalado en la ley 19.472.



# Los desaciertos de Fonasa

No sólo lo complejo del nuevo modelo de atención y las reiteradas "caídas de sistema" de la plataforma tecnológica de Fonasa han tenido descuentos a los médicos de nuestra región. Un tema aún más preocupante dice relación con los aranceles 2018 de Fonasa para la Modalidad Libre Elección (MLE). Y es que al menos los ginecoobstetras han observado una merma en algunas prestaciones.

**Además de la fallida puesta en marcha del nuevo modelo de atención –que tuvo descuentos a beneficiarios y prestadores–, tampoco los nuevos aranceles para la Modalidad Libre Elección fueron bien recibidos por el gremio.**

Según consta en el portal de la aseguradora estatal, en el caso de la cesárea se eliminaron dos códigos: 2004005 (cesárea con histerectomía) y 2004006 (cesárea c/s salpingoligadura), para reemplazarlos por un código único: 2004013 (cesárea), con los siguientes aranceles:

	2017		2018
	Cód 2004005	Cód 2004006	Cód 2004013
Nivel 1	\$ 195.020	\$ 174.720	\$ 124.470
Nivel 2	\$ 253.530	\$ 227.140	\$ 161.810
Nivel 3	\$ 312.030	\$ 279.559	\$ 199.159

El ginecoobstetra y vicepresidente del Regional, Dr. Kurt Cárcamo, comenta que "el arancel Fonasa de Libre Elección ya era bastante bajo el año 2017, mucho menor que un PAD, pero este 2018 es más bajo aún. Además, ¿cómo es posible que una cesárea normal tenga el mismo valor que una con histerectomía obstétrica?", se pregunta, sin poder entender los criterios que habría utilizado Fonasa para llegar a estas cifras. "Los honorarios que fijó Fonasa para la cesárea son francamente un insulto y una falta de respeto a nuestra especialidad. Es una burla y absoluta subvaloración del trabajo médico. Y aunque creo que en parte son responsables los colegas que aceptan trabajar por aranceles miserables, considero que no podemos permitir que nos traten de esta forma".

Para el especialista, no hay una correlación entre el arancel asignado a la prestación y los reales costos que ésta tiene para los prestadores. "Sólo nosotros, los que realizamos esta actividad, sabemos lo delicado, demandante y riesgoso que es nuestro trabajo, la inmensa responsabilidad que conlleva trabajar con el binomio madre-hijo y ser responsables de esas dos vidas, con la constante preocupación de la demanda médico-legal que se hace cada día más frecuente en nuestra especialidad. Nadie más que un obstetra puede entender la angustia y el estrés que se siente cada vez que debemos aplicar un fórceps, o cuando debemos correr a salvar una vida en una bradicardia mantenida, un desprendimiento, una inercia, una prociencia de cordón o una rotura uterina. Se nos aprietan las coronarias y

envejecemos un poco más con cada uno de esos eventos", sostiene. Todo ello sin contar con que, además, deben tener "disponibilidad completa, 24/7, noches, domingos, festivos, a cualquier hora".

"En este escenario, con aranceles a la baja, se va a dificultar mucho conseguir un cirujano y un ayudante, por ejemplo, en horas de la noche. No sé si en Santiago los colegas aceptan esto; me da la impresión que sí porque al parecer ellos están en otra situación, contratados por clínicas que les pagan un sueldo base y un porcentaje por cada prestación, pero en nuestra región es distinto porque trabajamos directamente por estos aranceles. ¿Pero con estos nuevos valores, quién va a querer atender por Fonasa?", se pregunta. "Y, peor aún, porque no olvidemos que estos aranceles luego las isapres los toman como referencia para definir el valor de las prestaciones".

Para el presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo, el tema de los aranceles de la aseguradora estatal no es nuevo. "Durante los últimos años, los gobiernos han reajustado los aranceles de Fonasa igual o por debajo del Índice de Precios al Consumidor (IPC), lo que atenta contra los costos reales que tiene una atención. Un reajuste bajo el IPC hace que los médicos sientan que son mal remunerados y por eso algunos dejan los niveles más bajos de la modalidad y otros directamente dejan el sistema, lo que perjudica a la población que más lo necesita. Puede parecer negativo a los ojos de la gente, pero el trabajo médico, como cualquier otro, se tiene que remunerar en su verdadero valor, ni

más ni menos", sostiene. "Y ésa es una medida con la que estamos seguros que aumentaría la inscripción de médicos para atender en la Libre Elección de Fonasa. Con todo, urge revisar el modelo de financiamiento de la salud, pues ésta no puede ser a costa de los honorarios médicos y menos del bolsillo de los pacientes más necesitados".

#### NUEVA PLATAFORMA TECNOLÓGICA

En relación al nuevo modelo de atención implementado por Fonasa, con el que pretenden eliminar el tradicional bono en papel que el paciente compra en las sucursales de la aseguradora, también hay varios reclamos. Además de la caída del sistema informático, los médicos critican lo engorroso de algunas modalidades de compra de bonos.

Cabe recordar que Fonasa tiene actualmente al menos cinco modalidades de venta de bonos:

- el **bono tradicional en papel** que se compra en las sucursales de Fonasa;
- el **bono i-med**, que se adquiere directamente en la consulta o centro médico donde atiende el prestador;
- el **bono web**, que se compra en el portal de Fonasa, ya sea desde un computador o *smartphone*, y que arroja una clave de activación que llega por mensaje de texto al teléfono, clave que luego debe exhibirse en la consulta o centro médico para activar el bono;
- el **bono Caja Vecina**, que debutó hace menos de un año (en mayo de 2017) y para el que primero hay que solicitar un prebono en la web de Caja Vecina y con el número de folio que arroja el sistema

## Algunos RECLAMOS DE LOS USUARIOS

**Héctor Argandoña** @HectorArgandoña  
 Indignante el "nuevo sistema" de @FONASA en que para comprar un bono hay que recorrer toda la ciudad porque en cada caja vecina no hay suficiente cupo, o porque no abren después de las 5, y que decir de sencillito.  
 Lo más irónico es que en la sucursal #Fonasa está vacío siempre.  
 12:42 - 14 feb. 2018

**Andrés** @Enbicilyfeliz · 1 mar.  
 Amigos de @ChileAtiende siguen vendiendo bonos de @Fonasa?  
**ChileAtiende Oficial** @ChileAtiende  
 En respuesta a @Enbicilyfeliz @FONASA  
 Hola Andrés, a partir de hoy 1 de marzo nuestras sucursales @IPSchile @ChileAtiende, ya no vende bonos @FONASA, pero sí entregamos el código (pre bono) para luego cancelarlo en una caja vecina o sencillito. Saludos.  
 8:57 - 1 mar. 2018

**Cristian Villegas O** @galford\_5  
 @FONASA sucursal de Quellón indican que no puedo pagar bono PAD para parto, me dicen que solo en sencillito y no hay en esta ciudad. La más cercana ciudad de castro, viajar solo para ir a pagar, pedir permiso en el trabajo, combustible, etc.  
 16:11 - 22 feb. 2018

De acuerdo a la explicación que da ChileAtiende, en el caso de esta red multiservicios los usuarios tendrían que hacer dos trámites: ir a pedir el código y luego buscar dónde pagar.

acudir hasta una sucursal Caja Vecina para proceder al pago (el comprobante de esa compra es el bono);

• el **bono Sencillito**, que se implementó recién en diciembre pasado, y que necesita previa inscripción en la web de Fonasa para obtener una clave de acceso. Luego, en un plazo máximo de 24 horas, el paciente recibe en su correo electrónico o por mensaje de texto el número de folio con el que debe ir hasta una sucursal Sencillito para proceder al pago (nuevamente, el bono propiamente tal es el comprobante de pago).

Si bien las nuevas alternativas se promocionaron apuntando a que con ellas se terminaba la necesidad de acudir personalmente a las sucursales de Fonasa y también las filas para pagar, lo cierto es que se agregaron alternativas donde los beneficiarios igualmente tienen que acudir a algún lugar para pagar el bono (Caja Vecina o sucursal Sencillito), donde eventualmente también tendrán que hacer filas.

Y en el camino pareciera que Fonasa olvidó que un porcentaje no menor de sus beneficiarios son adultos mayores, con escaso acceso a la tecnología; lo mismo sucede con los beneficiarios provenientes del mundo rural. ¿Cómo pretenden que accedan a la compra de bonos si las nuevas alternativas no hacen más que complejizarles el proceso? De hecho, antes de la caída del sistema ya se reportaban reclamos de usuarios porque, por ejemplo, las sucursales Caja Vecina no siempre tienen saldo para vender y los usuarios tienen que recorrer la ciudad buscando donde pagar el bono.

Y si estas nuevas modalidades de compra son complejas para algunos beneficiarios, los prestadores tampoco escapan a los inconvenientes.

El Dr. Cárcamo relata que "en el caso del bono web, los pacientes muchas veces por desconocimiento llegan con la imagen de la compra del bono en su celular, pero lo que necesitamos los prestadores es la clave de activación que arroja el sistema cuando se hace la compra. Con el bono Caja Vecina entregan un voucher similar a los que emiten las máquinas de pago con tarjeta de Transbank, que es un pequeño recibo de papel que cuesta leerlo, después uno tiene que ir al computador, poner el RUT del paciente, poner el n° de folio para que recién se active el bono. En definitiva, es todo bien complicado, tanto para los pacientes como para los prestadores", afirma.

Cabe señalar, además, que este voucher es de papel térmico, cuyo texto impreso dura sólo algunas semanas, por lo que hay que tener especial precaución en su manipulación.

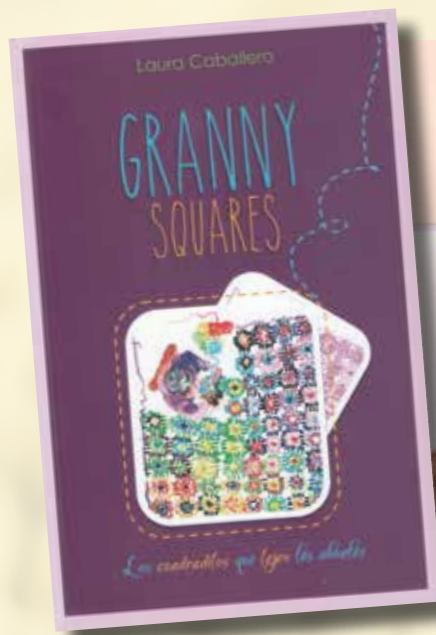
Por todos estos inconvenientes es que el Colegio Médico emitió hace algunas semanas una declaración pública en la que daba a conocer sus aprensiones al respecto y su preocupación por la

escasa difusión que el tránsito hacia esta nueva plataforma había tenido entre los médicos y beneficiarios del sistema.

Asimismo, en la declaración el gremio propuso "que el proceso sea de forma paulatina, permitiendo su evaluación y corrección periódica. Creemos que no podemos obviar que la digitalización debe sortear la brecha existente entre las nuevas herramientas tecnológicas y las habilidades de los usuarios y profesionales de la salud para incorporarlas satisfactoriamente. Compartimos la necesaria modernización de la institución y la continua búsqueda de beneficios hacia todos sus usuarios. Entendemos que su puesta en marcha no va a estar exenta de inconvenientes, por ello solicitamos prever y asegurar que el fin último del proceso se asegure".

Ante las críticas por lo complejo del sistema y por las constantes caídas de la plataforma tecnológica, el nuevo director de Fonasa, Marcelo Mosso, señaló que el inicio del nuevo sistema informático se postergaría hasta nuevo aviso.





## Dra. Laura Caballero presentó en Viña del Mar su primera novela

En el Auditorio "Dr. Patricio Cancino Ahumada" del Regional Valparaíso se realizó la presentación de la novela *Granny squares. Los cuadraditos que tejen las abuelas*, de la médica escritora Dra. Laura Caballero Canales y editado por Editorial Co.Incidir.

Para el Dr. Guillermo Witto, jefe del Departamento de Arte y Cultura del Regional, "es motivo de profunda satisfacción iniciar las actividades de este nuevo Departamento con la presentación de la primera novela de la doctora Laura Caballero, quien vuelve a su casa a presentarnos su libro".

Cabe destacar que la Dra. Caballero es médica titulada de la Universidad de Valparaíso. Se ha desempeñado toda su vida profesional como pediatra en el ámbito público, y actualmente trabaja en Los Andes.

Lo primero que la autora afirmó respecto de su libro es que "ésta es una novela que me representa mucho, en el sentido que es igual que yo: dispersa". La razón, según explica, es que "es una novela, pero también tiene recetas de cocina, cuentos cortos, cursos de tejido, etc. Porque yo creo que la vida es eso, no solamente historias, sino también lo que comemos, lo que hacemos, de dónde venimos".

Presentaron el libro Pitti Palacios y María Alicia Pino. Pala-

**La presentación del libro fue la primera actividad organizada por el Departamento de Arte y Cultura del Regional Valparaíso.**

cios es diseñadora e integra el colectivo "Arañitas solidarias" que elabora frazadas con *granny squares*, cuadrados tejidos con diversas técnicas, por lo que este libro es especialmente representativo de la actividad que realiza. "Al unirnos por el tejido necesariamente unimos nuestras vidas. En el tiempo que se le dedica a ello se conoce a las personas. Y el alma de *Granny squares* justamente trata de eso: la historia de una persona pero a través de muchas otras, todas distintas, que se logran enlazar en conversaciones y vivencias comunes. De alguna forma, cuando tejemos, tejemos la vida".

Para María Alicia Pino, editora general de Co.Incidir, la editorial que publicó la novela, aventurarse en este libro fue una experiencia muy nutritiva. "Desde el desafío de conceptualización, donde se realiza una síntesis de elementos tan diversos —en este caso, recetas, tejidos, historias— provenientes de un mismo

sujeto, la autora, quien a su vez expresa la síntesis de sí misma: Laura la escritora, la médica, la tejedora, la guisandera, la que se sienta por las tardes en el patio de su casa del ingenio a escuchar cómo dialogan los pájaros sobre el quillay. La observación y valoración de las historias de otras personas queda de manifiesto cuando Laura es capaz de asumir y relatar la intensidad de momentos y experiencias ajenas. Su atrevimiento al mezclar ingredientes en muchas ocasiones hornea los mejores bocados".

Cabe mencionar que la acuarela de la portada del libro es obra de la Dra. Andrea Muga, quien también participó en la actividad de presentación de la novela, junto con familiares, amigos y colegas de la autora.



La autora junto al Dr. Guillermo Witto, jefe del Departamento de Arte y Cultura.



## Regional Valparaíso fue el primero en Chile en tomar el nuevo Juramento Hipocrático

Presidente regional de la Orden tomó el nuevo juramento a la promoción 2017 de nuevos profesionales titulados de la Universidad de Valparaíso.

64 médicos titulados de la Universidad de Valparaíso fueron los primeros en Chile en suscribir nuevo Juramento Hipocrático, que en octubre de 2017 aprobó la Asociación Médica Mundial y que comenzó a regir a nivel global para todos los profesionales que ejercen la medicina.

El texto, que dejó de ser un "juramento" y pasó a ser una "promesa", actualiza los compromisos establecidos en Ginebra en 1948, que sentaron las bases de la versión moderna de este milenar juramento, al introducir dos conceptos clave. El primero de ellos es el de la autonomía del paciente, que se añade a los principios fundamentales de la ética médica que todo profesional adscrito a la misma debe aplicar, junto con el respeto a los Derechos Humanos. El otro es del cuidado del propio facultativo, quien ahora debe considerar a su propia salud, bienestar y capacidades como requisitos indispensables para prestar a las personas una atención adecuada y del más alto nivel.

### Promesa del médico

"Como miembro de la profesión médica:  
 Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad;  
 Velar ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente;  
 Respetar la autonomía y la dignidad de mi paciente;  
 Velar con el máximo respeto por la vida humana;  
 No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;  
 Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;  
 Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente y conforme a la buena práctica médica;  
 Promover el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;  
 Otorgar a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen; Compartir mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y el avance de la salud;  
 Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel;  
 No emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza;  
 Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor."



La "Promesa del médico" fue tomada a los nuevos titulados por el presidente del Consejo Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo Montecino.

## DR. BENJAMÍN SUBERCASEAUX SEPÚLVEDA

Un hombre al que  
no le importaba  
trascender y sin  
embargo, trasciende.

"Los Juanes"

Desde hace algunas semanas, específicamente desde el jueves 25 de enero del presente año, ya no está con nosotros nuestro querido colega, compañero, docente y amigo, Benjamín Juan Carlos Subercaseaux Sepúlveda, quien se encuentra recorriendo caminos desconocidos para nosotros.

Tuve la suerte de compartir toda una vida con él, desde que se acercó en estos lugares allá por el año 1965, para integrarse al segundo año de ese entonces, de la nueva Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, sede Valparaíso. Venía de haber estudiado un primer año en la Universidad de Concepción y un par de años en la Sorbona de París, donde acompañó a su padre adoptivo, el escritor Benjamín Subercaseaux Zañartu, quien fue nombrado agregado cultural de la Embajada de Chile en París.

Se integraba a un curso pequeño de los de esa época, integrado por alrededor de 25 alumnos, lo cual nos permitió poder compartir, con mayor o menor cercanía, en forma más integrada nuestros lazos de amistad. Esto se ha mantenido hasta la actualidad (aunque no con la frecuencia deseada) ya que muchos de nosotros ejercemos en esta región.

Obtuvimos nuestros títulos de médicos cirujanos en los primeros días del 1972, siendo la primera promoción de nuestra escuela que completaba toda su formación en Valparaíso.

El Benja fue en realidad un médico por casualidad, en parte para satisfacer los deseos de su padre. Su interés habían sido siempre las ciencias naturales. Su verdadera realización partió con el curso de Parasitología del tercer año en 1967. Allí encontró su camino, que le permitió satisfacer dos de sus grandes cualidades: la biología y la docencia. Ya desde el año 1968 era ayudante alumno de la cátedra de Parasitología, llegando a ser su primer profesor titular, con una exitosa carrera docente en la Universidad de Chile sede Valparaíso y su sucesora, la Universidad de Valparaíso, formando a cientos de colegas no sólo en la docencia específica, sino también como médicos y como seres humanos, como lo han testimoniado los mismos alumnos a lo largo de los años.

En 1982, confluimos en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Juan Idiáquez, Juan Eurolo y quien suscribe, en sus respectivas especialidades neurológicas. Desde entonces se estableció una profunda amistad, que se mantiene hasta la actualidad, autodenominándose el grupo de "Los Juanes", que se materializó en parte compartiendo una reunión-comida mensual. En el año 1996 invitamos al Benja a compartir una de nuestras reuniones comidas, en su calidad de director de la Escuela en ese entonces. Mostró inmediatamente interés por compartir en forma permanente, pero le indicamos que eso no era posible ya que el requisito básico era llamarse Juan. Sin pausa, respondió que se llamaba Benjamín Juan Carlos. No más discusión.

El Benja formó varios hogares, casándose en tres oportunidades. Primero con María Rosa. En su segundo matrimonio, con Sonia, adoptó a sus dos hijos que le suceden, Mónica y Benjamín. Algún tiempo después de su viudez ya estaba en campaña, ya que, fiel a su concepción que el hombre es gregario, estaba en busca de pareja, casándose por tercera vez, con Gloria, con quien compartió felizmente los últimos años de su vida.

No siempre fue un personaje agradable con quien compartir o litigar, por el irrestricto apego a sus principios, los cuales no transaba, apareciendo muchas veces como tozudo o incapaz de llegar a consensos. Pero nadie puede acusarlo de no comprometido, estando siempre dedicado a sus semejantes. Prueba de ello están su desempeño profesional, su carrera docente y su desempeño gremial.

Querido Benja, te extrañamos en nuestras reuniones comidas, pero estarás siempre presente en ellas, recordándonos de nuestros tiempos compartidos, nuestras penas y alegrías, nuestras dichas y sinsabores, como el blanco y el negro, un permanente testimonio. ¡Buen viaje!

Dr. Juan Vielma Pizarro

En 1996, Benjamín fue elegido director de la Escuela de Medicina y tuvo la responsabilidad de reanimar académicamente esta unidad. De este modo, se propuso establecer relaciones, convenios e intercam-



Algunas de las tantas reuniones de "Los Juanes".



bios con centros universitarios extranjeros; logró aumentar el número de campos clínicos públicos y privados, en Valparaíso y Santiago, así como incrementar las diferentes líneas de especialización. "Nuestros ingresos propios aumentaron en millones anuales, con los que pudimos hacer funcionar los proyectos. Nuestra Escuela fue la primera de Medicina en acreditarse en 2001, en el país y en la historia de la educación superior chilena", señaló en su momento. Además, se inició una importante implementación informática, antes inexistente, y se logró la participación de toda la comunidad en las ceremonias y reuniones-fiestas triestamentarias de acercamiento social.

Benjamín afirmó que todo esto "lo logramos con el concurso de gran parte de la comunidad de la unidad, quienes lo deseaban y comprendieron el plan, contribuyendo al esfuerzo y cambios que ello requirió".

Dr. Juan Idiáquez Cabezas

Con Benjamín nos unió y nos unirá por siempre, una larga y profunda amistad que se inició hace varias décadas. Además, el destino nos transformó en parientes políticos cuando Benjamín y mi hermana Gloria contrajeron matrimonio y nos transforma-

mos en cuñados. Este amor, virtualmente a primera vista, fue un verdadero tónico para Benjamín, quien recuperó energías y creatividad, y debo decir también que a su lado mi hermana vivió probablemente la etapa más feliz de su vida.

Una de las características que lo destacaron en vida frente a quienes lo conocieron fue su entrega al concepto de "enseñar", para lo cual adoptó un riguroso método para estudiar y preparar todas y cada una de las actividades que emprendió en ese rubro; su entrega era total, y le importaba mucho saber si los alumnos aprendían o no, si pensaban y creaban ideas; baste leer su libro *Apuntes de Parasitología Práctica* – publicación hecha para los estudiantes de todas las carreras de la salud, y cuya segunda edición, con varios aportes y actualizaciones, no alcanzó a salir en vida de su autor – para darse cuenta de la meticulosidad y precisión con que explica cada detalle.

Otra particularidad de su carácter, que es una cualidad, aunque para algunos fue su "defecto", es su inflexibilidad para defender y mantener sus ideas y principios a la hora de decidir asuntos y problemas importantes. Esto, unido a su muy buen tino, criterio y formación "a la antigua" le permitieron evitar desaciertos y errores.



Recibiendo el Premio "Doctor Carlos Reussi, Maestro de los Andes" que entrega la Asociación Médica Argentina (noviembre, 2014).



El día de su matrimonio con Gloria Eurolo.

También digno de destacar es su sentido de la dignidad personal, que se manifestó en su profundo desinterés por el lucimiento personal indebido y, a su vez, el rechazo a conductas que él consideró como impropias al rango que le correspondía. Fue un hombre absolutamente independiente de cualquier influencia que no compartiera y lo manifestaba sin temores. Fue sensible a la literatura, al arte, a la música. Creo que le importaba bien poco trascender; y esta conducta es justamente lo que lo hará trascender... los testimonios de sus alumnos son el mejor ejemplo.

Dr. Juan Eurolo Montecino



## Transgresiones a la ética médica de connotación sexual

*Dr. Julio F. González Pardo  
Presidente Departamento Regional  
de Ética*

Las transgresiones a la ética con connotación sexual han ido tomando importancia en nuestra sociedad actual, tal vez porque se han ido haciendo más frecuentes y muy especialmente por el rápido y amplio conocimiento que se tiene de ellas a través de los medios de comunicación y por la conmoción y el rechazo público que provocan, especialmente cuando provienen de personalidades destacadas de los poderes públicos o de las profesiones históricamente más respetables, como las del sacerdocio, la educación y la medicina.

En nuestro medio, los tribunales de ética del Colegio Médico se han visto últimamente enfrentados con mucha mayor frecuencia al estudio de graves denuncias de colegas de parte de pacientes, familiares, compañeros de trabajo y alumnos y discípulos que los exponen a situaciones muy dolorosas y vergonzosas que afectan no sólo a los implicados sino que también a todo su entorno familiar, profesional y social, además del hecho que en muchos casos coexisten procesos judiciales tanto civiles como penales.

Conscientes de la necesidad de alertar sobre este problema ético en la práctica médica destinamos la sesión del

Departamento de Ética del Colegio Médico Regional del 23 de octubre a revisar la literatura y la experiencia personal de todos sus miembros en docencia y formación médica, administración en salud, práctica clínica y de algunos de nosotros en tribunales y comités de ética.

En las grandes profesiones humanistas que están al servicio de las personas, como las de los sacerdotes, educadores y médicos sus miembros establecen implícita y formalmente relaciones fiduciarias de respeto y de confianza que no admiten que la natural afectividad y sexualidad de las personas afecten al ejercicio virtuoso de la profesión, traicionando la noble función social que ellos cumplen. En especial cuando las transgresiones de orden sexual son efectuadas bajo el amparo de la investidura y el poder de sus cargos con lo resultan especialmente censurables. Por eso normas muy estrictas han ido quedado registradas en diversos códigos y mandamientos a lo largo de los siglos y deben ser revisadas y actualizadas constantemente.

Es bueno, sin embargo, recordar que en clínica médica la empatía entre médico y paciente es un elemento muy positivo, fundamental para el éxito de una buena relación médico paciente. Autoridades bioéticas tan importantes como Pedro Laín Entralgo describen que siempre es necesario una correcta y neutral vinculación afectiva entre el médico y el paciente

a través del nacimiento de una sana amistad entre dos personas iguales en dignidad, pero en la que se reconoce que el enfermo se encuentran en una situación de vulnerabilidad, supeditación y dependencia física y psicológica que transforma en especialmente delicada y trascendental la conducta práctica de los médicos en todo lo que tenga connotación sexual.

Las transgresiones de orden sexual en las relaciones médico pacientes pueden ir de simples gestos o expresiones imprudentes de connotación sexual, que pueden ser mal interpretadas y causar daño a los pacientes, como algunos gestos amistosos desproporcionados e inoportunos como abrazos, caricias o besos, o insinuaciones y comentarios soeces y libidinosos, propuestas ofensivas hasta llegar a abusos sexuales de distinto tipo, sean ellas consentidas o no. Todas ellas constituyen faltas a la ética profesional pero ciertamente en sus formas más simples y sutiles son difíciles de reconocer y de objetivar, dependiendo mucho del contexto de lugar, circunstancia, modelos culturales locales y características psicológicas de los protagonistas.

En consideración al daño que se puede causar a los pacientes y a los mismos médicos que incurren en este tipo de faltas y lo doloroso y estresante que pueden llegar a ser los procesos de cuestionamiento y enjuiciamiento de los profesionales, de sus colegas y colaboradores y de la medicina misma, la prevención a través de la educación permanente y la frecuente deliberación acerca de estos temas es fundamental.

Ya en el Juramento Hipocrático se decía: "A cualquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres, libres o esclavos" y existen múltiples referencias históricas de preocupación por la conducta ética de los médicos en estas cuestiones y realmente ha sido sólo en el último medio siglo cuando ha llegado a convertirse en un problema serio y frecuente.

Probablemente ha sido, en parte, por la revaloración de la sexualidad en el subconsciente y la conducta humana a partir de Freud; por la pérdida del control religioso de la moral y las costumbres de las multitudes ocurrido con la irrupción del positivismo y el secularismo; por la toma de consciencia de los derechos individuales y la valorización del principio de autonomía; por la desacreditación del paternalismo; de la exacerbación del individualismo, del hedonismo y del placer en las libertades sexuales a partir de los años sesenta del siglo pasado y finalmente por el destape comunicacional y la judicialización en la medicina reciente.

Existe consenso en que los pacientes no tienen la formación ni la responsabilidad suficiente para evitar o frenar sus sentimientos y resistir las insinuaciones eróticas del médico por lo que, en condiciones de vulnerabilidad, fácilmente se "enamoran" de su terapeuta. Pero existe la convicción que el médico sí es

responsable, debería tener la formación adecuada para evitar insinuaciones o actos deshonestos, prevenir y controlar situaciones indebidas e inoportunas, reconociendo las señales de alarma que pudieran conducir a una "pendiente peligrosa" de relaciones románticas inapropiadas, aunque sean consentidas, ya que siempre son abusivas, dañinas terapéuticamente e inmorales.

En general se reconocen dos tipos de implicación médica en transgresiones de tipo sexual con sus pacientes: una por fracaso del manejo de los contenidos emocionales en la relación terapéutica, en la cual sólo existe un imprudente "cruce de límites" por deslizamiento imperceptible en una pendiente resbaladiza de transgresiones progresivas; otra en la cual hay contacto sexual abusivo en el contexto de una relación terapéutica y en cual se escoge premeditadamente a pacientes vulnerables y se utilizan prácticas fraudulentas para aumentar la seducción.



# LANZAMIENTO

Colegio Médico de Chile AG  
Médicos Colegiados y Cementerio Parque del Mar

PARQUE  
DEL MAR



Adquirir una sepultura de manera anticipada, otorga tranquilidad y beneficios a toda la familia.  
Infórmese sobre los beneficios y descuentos de la Compra Anticipada



Asesora Integral: Jimena Aguirre Teléfono: 9-61737543  
E-Mail: jimena.aguirre@parquedelmar.cl

Hakins ha señalado tres teorías explicativas de las transgresiones sexuales:

- Culturales: médicos y pacientes actúan de acuerdo a guiones sociales más poderosos que las prohibiciones existentes en los códigos de ética profesionales (v.g.: valores de la revolución sexual de los 60, con su apertura y desafíos a los estándares sexuales tradicionales). Aquí el paciente puede ser activo.
- Situacionales interpersonales: por mal manejo de las transferencias y contra-transferencias aparecidas en el contexto psicoterapéutico; por interferencia de otros vínculos existentes como sociales, laborales o comerciales (especialmente riesgosos en ambientes cerrados como recintos militares, hospitales, pequeñas comunidades rurales, etc.). Aquí el paciente es pasivo e ingenuo.
- Situacionales intrapersonales: las transgresiones son a consecuencia de rasgos psicológicos o caracterológicos alterados de los implicados que interactúan en situación de stress ambiental.

Perfil del médico o terapeuta vulnerable:

- Antecedentes biográficos: experiencias personales de abusos sexuales, formación profesional insuficiente, narcisismo.
- Condiciones de vida actual: crisis matrimoniales, crisis laborales, falta de contactos sociales, adicción al trabajo.
- Trastornos de personalidad: límite, narcisista, antisocial.
- Trastornos sexuales: pedofilia, sadismo.
- Deterioro neuropsíquico: alcoholismo, drogadicción, enfermedades mentales.
- Incompetencia profesional.

Perfil del paciente vulnerable:

- Antecedentes de maltrato en infancia, de depresiones mayores, de intentos de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas.
- Adicciones o stress posttraumático.
- Personalidad depresiva o límite.

Relaciones postterapéuticas: las vinculaciones sentimentales o sexuales tardías, cuando ya no exista contacto terapéutico, podrían ser tachadas como inconvenientes o antiéticas por persistir relaciones asimétricas entre médico y ex paciente. Los códigos de ética norteamericanos son bastante drásticos y las prohíben. Otras escuelas bioéticas recomiendan limitarlas por un año y aceptarlas posteriormente si existe plena autonomía y normalidad psicológica.



Relaciones con alumnos, colaboradores de la salud o familiares de los pacientes: aquí también rigen restricciones porque existe asimetría de poder y jerarquía lo que facilita igual el abuso; porque se erosiona la confianza debida entre las partes y se deteriora el modelo del profesional y su autoridad. Sin embargo, habría legitimidad si existe suficiente igualdad y libertad en las decisiones.

Consecuencias: en el 90% de los casos en que ha existido trasgresión sexual el efecto es sumamente negativo para los pacientes; existen consecuencias inmediatas nefastas como término abrupto de terapias, anulación de los efectos terapéuticos ya logrados y retroceso en la situación clínica de los pacientes; pero el daño a largo plazo es más serio con sentimientos de humillación, de asco, de suciedad, vergüenza, ansiedad, trastornos del sueño, alteraciones perceptivas, disfunciones sexuales, depresión, estrés posttraumático, intentos de suicidio, abuso de drogas y alcohol y problemas en futuras relaciones interpersonales. Para los médicos también es muy dañino ya que los hace perder la objetividad profesional, altera su desempeño profesional habitual, desorganiza su vida personal, lo hace entrar en colisión con las normas éticas de su profesión y lo arriesga a serios problemas judiciales.

Consideraciones éticas: hasta las más sencillas relaciones románticas o sentimentales entre médicos y pacientes son dañinas y traicionan la relación fiduciaria de nuestra profesión y el eventual consentimiento del paciente no exculpa a los médicos de su falta ética. Desde luego siempre habrá transgre-

sión al principio de no maleficencia; la distorsión de las transferencias altera la autonomía de los pacientes; la relación asimétrica y abusiva lesiona el principio de justicia; las consecuencias contraproducentes a corto o largo plazo anulan toda posible beneficencia de la relación médico paciente. Un problema especial constituye el conocimiento de la transgresión por parte de otros médicos ya que la confidencialidad no debe inhibir la denuncia del colega al Colegio Médico y a las autoridades competentes. Sin embargo, por la inseguridad y subjetividad de los testimonios hay que tener cuidado con no difamar, injuriar o calumniar a los colegas. Los artículos 17, 31 y 64 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile hacen escasa referencia a esto y en forma muy genérica. Sí lo hace el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial.

La prevención a través de una buena selección y formación de profesionales médicos es fundamental. Sin embargo, más que cursos y conocimiento de estrictas normas éticas estampadas en numerosos códigos internacionales, es el ejemplo permanente de sus docentes y de los médicos más antiguos y prestigiosos, sin lugar a dudas, sus mejores orientadores y maestros.

Pese a todo, creemos que todavía la mayoría de los médicos honran lo que pronunciaron al iniciar su carrera con el Juramento Hipocrático: "Si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro".

# Decisiones médicas al final de la vida

Dr. Fernando Novoa Sotta

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

En enero de 2014 el doctor Manuel Almeyda Molina solicitó colaboración al Colegio Médico para que le ayudaran a poner fin a su vida. En el escrito, el colega solicitaba ayuda a la colectividad para terminar con su vida, por sufrir una insuficiencia respiratoria y cardíaca terminal. Esta situación provocó que se convirtiera en oxígeno dependiente y, como resultado, una incapacidad para movilizarse e incluso para poder vestirse. Calificaba su vida como "indigna e insufrible". El Colegio respondió que no se podía acceder a lo solicitado de acuerdo a la legislación chilena vigente. Ante esta situación, el médico después de despedirse de su familia y amigos dejó de alimentarse y falleció dentro de pocos días.

Situaciones como éstas van a ser cada vez más frecuentes considerando la eficacia de las tecnologías actualmente disponibles para prolongar la vida de pacientes incurables y constituyen un complejo desafío ético. Durante los últimos años se han producido algunos debates públicos en nuestro país y también a nivel mundial sobre la manera de tratar algunos enfermos terminales que pedían morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir completamente la fase final de la enfermedad. Enfermos que sufrían situaciones extremadamente penosas o sus familiares han planteado a los tribunales de justicia poder poner fin a una vida que consideraban indigna y sin justificación alguna. Para muchos, y en modo creciente, de la misma manera en que el modo de vivir debe ser el resultado de una opción personal, así

también debiera ser el modo de morir.

Este tema merece una atención especial y no debe continuar siendo postergado indefinidamente en nuestra sociedad. Indudablemente, el tema no puede quedar sólo en manos de los médicos, pero dada la relación profesional que tenemos con los pacientes, sí debemos reflexionar y opinar al respecto.

## ALTERNATIVAS ANTE EL FINAL DE LA VIDA

Actualmente, es ampliamente aceptado—salvo excepciones de aquéllos que sostienen que la vida es un valor sagrado que debe ser defendido a todo costa—que retirar o no iniciar los tratamientos que mantienen la vida del paciente es una opción moralmente aceptable en algunas situaciones con el objeto de no prolongar la agonía previa a una muerte inevitable.

Esta conducta se denomina "limitación del esfuerzo terapéutico" o "proporcionalidad terapéutica" y consiste en no iniciar o suspender tratamientos como la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, la diálisis, la nutrición artificial (enteral y parenteral) o la hidratación al final de una enfermedad incurable. Incluso se puede suspender la alimentación cuando no es aportada en forma fisiológica y que el mantenerla puede prolongar el proceso de muerte. El objetivo de esta conducta es facilitar la evolución de la enfermedad hacia la muerte, sin prolongar inútilmente la agonía con tratamientos invasivos.

## EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

En la limitación del esfuerzo terapéutico es la enfermedad la que provoca la muerte, no directamente la acción del agente. Debe ser distinguido de lo que es aceptado en varios países actualmente que admiten procedimientos que provocan directamente la muerte del paciente, no por la enfermedad sino por la acción del agente, y que incluso el paciente puede no estar en situación terminal, pero sí experimentando un sufrimiento intratable. El padecimiento puede ser provocado tanto por un dolor físico sin tratamiento posible o por considerar que su calidad de vida es indigna e inaceptable. En la eutanasia (proveniente del griego *eu* y *thanatos*: "buena muerte") existe un vínculo causal directo e inmediato entre la acción realizada y la muerte del paciente. Esta definición, así de específica, implica llamar eutanasia sólo a la acción que es voluntaria, activa y directa, y llamar de otra forma a otras decisiones que se clasificaban como diferentes clases de eutanasia. Considerar que si se causa la muerte de un enfermo sin tomar en cuenta su voluntad (que sí podría expresar) o en contra de ella, hay que llamar a esa acción homicidio o asesinato, en lugar de "eutanasia involuntaria" como algunos denominan.

Además, es necesario diferenciar la eutanasia particularmente de lo que es el suicidio asistido. Eutanasia es la acción que realiza un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a

petición de éste. En cambio, el suicidio asistido se refiere a que un médico u otra persona le proporcione la ayuda y los métodos necesarios al enfermo, para que sea el mismo paciente el que ejecute la acción que va a provocar la muerte.

La eutanasia y el suicidio asistido (las dos modalidades de muerte médicamente asistida) son acciones muy parecidas porque ambas tienen la clara intención de ayudar a causar la muerte de un paciente, que es lo que éste quiere. Se distinguen entre sí porque en el suicidio asistido el médico se limita a proporcionar a la persona los medios para que se suicide, pero no realiza la acción que causa la muerte. Es mejor hablar de "suicidio médicamente asistido" para distinguirlo del suicidio asistido que sería la ayuda para que alguien se suicide, pero fuera del contexto médico. En este caso la razón por la que la persona quiere morir no proviene de una enfermedad y la persona que ayuda no es un médico.

También es necesario distinguir el suicidio, sin apellido, que es la muerte de una persona en que ella ha decidido terminar con su vida y ella misma es la que ejecuta las acciones con ese objetivo, sin colaboración de otras personas. Existe la opinión de que el suicidio es en el fondo un notable abandono de deberes por parte del suicida debido al impacto que produce su acción en el entorno familiar y además, se podría equivocadamente suponer una falta de



apoyo a la persona por parte de aquellos que le rodeaban.

## SITUACIÓN EN DIFERENTES PAÍSES

Holanda fue el primer estado del mundo en legalizar la eutanasia "activa" el año 2002. La ley holandesa considera eutanasia tanto la practicada por el médico como la ayuda al suicidio.

Inicialmente permitió que los adultos en situación incurable elijan poner fin a su vida, siempre que más de un médico certifique sufrimiento intolerable o enfermedad incurable. Además, antes de realizar cualquier acción, los profesionales deben consultar a un segundo médico independiente para que evalúe el caso. En 2014 el Parlamento votó a favor de aplicar esta ley a menores de edad en estado terminal, con el consentimiento de los padres.

En países como Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Francia, España y Australia es legalmente permitido el uso de diversos procedimientos para provocar directamente la muerte en situaciones de gran sufrimiento. Colombia es

el primer país latinoamericano que ha introducido a su Constitución una ley de eutanasia y suicidio asistido, y el único en el mundo donde la medida es reconocida como un derecho fundamental por el Tribunal Constitucional.

Hay lugares en que existe otro tipo de fórmulas legales, donde se aprueba el suicidio asistido, pero la eutanasia "activa" continúa estando prohibida. Es el caso de Suiza, donde el médico se limita a entregar la prescripción del fármaco letal, pero es la persona quien la ingiere bajo la ayuda de organizaciones no gubernamentales. El requisito ineludible es que quien ayuda no actúe por alguna motivación egoísta o de tipo personal o económico. Si esto se llegase a acreditar, el responsable sería perseguido penalmente.

En Chile, la legislación vigente establece que "la persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario", aunque enfatiza también que "en ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio".

# QUEREMOS ESTAR PRESENTES EN CADA ETAPA DE TU VIDA

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

PLAN

**COSTO \$0**

sin condiciones

Además contamos con Beneficios exclusivos con tus Tarjetas de Crédito y tasas preferenciales para los Créditos de Consumo y Créditos Hipotecarios que solicites.



CONVENIOS Banco de Chile



## CUIDADOS PALIATIVOS Y MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Un argumento en contra de la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido es que los médicos perderían el interés en dar cuidados paliativos a sus pacientes si tienen la opción de ayudarlos a morir, y se desincentivaría el desarrollo de estos cuidados. Sin embargo, las investigaciones realizadas en los lugares donde se permite alguna forma de muerte médicamente asistida demuestran que los cuidados paliativos han mejorado notablemente. De hecho, Oregón es el estado de EE.UU. que mejor atención proporciona a los pacientes en el final de su vida. En Bélgica, los cuidados paliativos se empezaron a desarrollar a principios de los 80, al mismo tiempo en que se empezó a discutir la legalización de la eutanasia, y ambas opciones se han visto como complementarias.

También se ha argumentado que antes de permitir la muerte médicamente asistida en un lugar debe asegurarse el acceso de todos los pacientes a los cuidados paliativos adecuados. Sin duda debe trabajarse para que llegue un momento en que cualquier paciente pueda recibir la mejor atención paliativa, pero parece cruel argumentar a alguien que quiere terminar con su vida por el sufrimiento que padece que mientras la meta de cuidados paliativos no se alcance, tampoco se le puede ayudar a morir. En el contexto de la atención paliativa, una opción legal para los pacientes que desean poner fin a su vida pero no quieren o no pueden optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es dejar de alimentarse e hidratarse (Voluntarily stopping eating and drinking).

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el conocimiento científico y práctico ampliamente consensuado, la buena praxis médica debe incluir el respeto a la voluntad expresada por el paciente, o quien le representa, y la aceptación de las limitaciones a la actuación médica que éste decida. Este respeto implica que una vez agotados unos niveles razonables de información, se respetará incluso el rechazo de una práctica asistencial que pueda comportar un beneficio para el enfermo.

Según encuestas en diferentes países, mientras hay un apoyo mayoritario de la población para permitir la muerte médicamente asistida, la mayor parte de los médicos se oponen y, sobre todo, la mayoría de las asociaciones médicas. Hay que reconocer que se entiende la oposición de los médicos porque se da por hecho que a ellos les corresponde aplicar la eutanasia o ayudar a un paciente a suicidarse. Pero esto no es considerar un aspecto central de lo que es la medicina. ¿Por qué ellos, que eligieron su profesión para luchar por la vida son los que deben terminarla? ¿Por qué no pueden ser otros, no médicos, técnicamente preparados para ejecutar el procedimiento? La respuesta es que en el acuerdo de la sociedad de que en ciertas condiciones muy especiales se debe permitir ayudar a morir, el consenso es que esta ayuda se dé a pacientes que están sufriendo por su enfermedad y no a cualquier persona que por diferentes razones desean terminar con su vida. Por tanto, los más indicados para ayudar a morir serían los médicos, no sólo porque tienen acceso y conocimiento para

usar los medicamentos que causan una buena muerte, sino porque la decisión de un paciente de adelantar su final se da en el contexto de la relación médico-paciente cuando su médico no puede ofrecerle nada más para evitar su sufrimiento.

## CONCLUSIONES

El hecho concreto es que el final de la vida ronda, y se hace presente en todo ser humano. Pensamos—considerando la evolución que hemos visto en la tendencia sobre la muerte intervenida en ciertas situaciones extremas— que dentro de algunos años las personas verán con extrañeza que un paciente que se da cuenta que no hay marcha atrás en su enfermedad, que sabe que lo que sigue sólo significa más sufrimiento, que quiere hacer uso de su libertad para decidir el momento y la forma de su muerte no cuenta con ayuda para morir acompañado y sin dolor cuando lo decida.

Las razones por las que las personas mantienen una u otra posición ética con relación a la eutanasia no deben estar en discusión porque son tan válidas unas como otras. Lo que no es válido es querer imponer a otros las convicciones personales o impedirles que actúen de acuerdo con las suyas. Las sociedades necesitan políticas que garanticen el respeto a la voluntad de todas las personas. Tenemos la experiencia de algunos lugares, que es invaluable, pero corresponde a cada país encontrar sus respuestas. Reconocer que se trata de una tarea muy compleja debería ser un incentivo para no postergarla más.



# La medicina en la Edad Media europea



Los franciscanos tratan a las víctimas de la peste (Jacopo Oddi, 1474).

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

Durante la Antigüedad Clásica, espacio de tiempo que abarca desde el siglo V a. C. al V d. C., la medicina adquirió por primera vez una dimensión científica. Su sistema, caracterizado por ser anátomo-fisiológico y basado en la doctrina de Galeno, se transmitió de manera gradual con el paso de los años hacia el Oriente. En el período conocido como Edad Media, que se inició en el siglo V d. C. con la llegada de los pueblos germánicos y la caída del Imperio Romano de Occidente, se inició una etapa en la cual la clase culta, depositaria de sus tradiciones, se concentró en el clero de la Iglesia Católica, caracterizada por poseer una visión jerárquica del orden universal. La Iglesia rigió espiritualmente a la nascente sociedad, dando también amparo material a los numerosos indigentes que acudían a

solicitar auxilio al abandonar sus cultivos debido a las invasiones bárbaras.

Así fue como San Agustín (354-430 d. C.), con la mirada puesta en la salvación eterna del alma, marcó el pensamiento de aquella época. En su concepción, el camino hacia Dios no estaba dado por la razón sino por la fe. De este modo, se desatendió el conocimiento de la naturaleza y, en consecuencia, el problema de la enfermedad se abordó desde una perspectiva cristiana de la vida. La enfermedad se consideraba ligada a la voluntad de Dios, castigo a pecadores, posesión demoníaca o consecuencia de una brujería, por lo cual la curación debía provenir exclusivamente del Señor a través de la oración y la penitencia. Por su parte, los pueblos germánicos, al irse

integrando a la sociedad medieval, fueron introduciendo elementos mágicos a la medicina popular.

Los monjes y diversos sanadores ambulantes, o aquéllos establecidos en aldeas, utilizaban métodos empíricos que se mezclaban con fuerzas provenientes de las reliquias de hombres considerados santos. La vida de estos últimos y la historia de sus milagros fueron una fuente de conocimiento de las enfermedades más difundidas en la Edad Media, siendo los medicamentos un complemento de las curaciones espirituales. Según esta visión, los sufrimientos debían ser soportados con resignación, fe y oración. Debido sin duda a que los remedios existentes en esa época eran escasamente efectivos y



Un hospital en 1123.

poco podían hacer para calmar los dolores de los pacientes, se asignaba gran valor al consuelo ofrecido y a la misericordia de Dios. Las difíciles condiciones de vida en esos años, incluyendo la escasez de alimentos y las precarias condiciones higiénicas imperantes, hacían que la enfermedad y la pobreza estuviesen fuertemente vinculadas.

La lepra, por ejemplo, que constituyó uno de los mayores problemas sanitarios, era una de las enfermedades más temidas de la época. Quienes la padecían eran confinados a chozas alejadas de la ciudad, en las cuales los enfermos aguardaban a familiares o a benefactores que les llevaran comida. Si por algún motivo o necesidad debían salir, era obligatorio que portaran una campana que advirtiera a las personas sobre su cercanía, a fin de que la población se pusiera a buen resguardo. Para albergar aisladamente a estos enfermos se fundaron las llamadas leproserías o casas de San Lázaro, alejadas de los centros urbanos.

La preocupación cristiana de la Iglesia por los pobres, los enfermos, los peregrinos y toda clase de necesitados cristalizó en iniciativas de auxilio organizadas para atender a los enfermos en un contexto

de aproximación médica y espiritual. La caridad, manifestada por la atención de hospitales, hospicios o enfermerías, se veía en ciudades, pueblos y a lo largo de las calles que recorrían los peregrinos, y eran un lugar de reposo, además de un lugar donde se realizaba el acto de curar enfermos y aliviar sufrimientos. Así, anexas a los monasterios los monjes establecieron hospicios o enfermerías –*infirmarium*–, cuya tarea era acoger a los enfermos, a los pobres, a los ancianos y a todo tipo de necesitados, aproximándose a ellos con espíritu de caridad y ofreciéndoles un lugar de reposo, comida y protección. Esta es la llamada medicina monástica, propia de la Alta Edad Media. El primero de estos monasterios fue fundado por monjes benedictinos en Montecasio en el año 529. Tras la peste que azotó Europa en el siglo VI –llamada “peste de Justiniano” por el emperador reinante– y la conquista de Italia por los lombardos, muchos habitantes dejaron sus hogares y buscaron protección estableciendo sus viviendas en las cercanías de los monasterios.

En el siglo IX se originó la Escuela de Salerno, situada cerca de Nápoles y del monasterio de Montecasio. Fue el centro más célebre de enseñanza de la medicina

hasta los siglos XI y XII, en el período que precedió a las universidades. Sus profesores eran poseedores de los saberes y tradiciones de los clásicos, enriquecidos con los nuevos conocimientos de farmacología, concibiéndose la medicina como basada en la física –la *physis* del hombre, vocablo que perdura en la palabra inglesa *physician* para referirse al médico–. La herencia de todas las enseñanzas imperantes, incluyendo las alejandrinas, las bizantinas, las árabes y aquéllas provenientes de la medicina cristiana occidental, fue compilándose en las obras de traductores y comentaristas tales como el famoso Constantino el Africano.

A fines del siglo XI se creó la Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén para asistir a los Cruzados y en 1198, la Orden Hospitalaria del Santo Espíritu, que desde Montpellier, Francia, se extendió a numerosos países europeos. La medicina monástica se prolongó oficialmente hasta el Concilio de Clermont, en 1130, donde se prohibió a los monjes practicar la cirugía.

A comienzos del nuevo milenio se comenzó a producir un cambio de mentalidad de la sociedad. Fundamental para el inicio de esta transformación



Médico con frasco de orina (manuscrito medieval).

fueron los pensamientos de San Anselmo (1033-1109), que enunció el principio *fides quarens intellectum*, o “la fe busca al intelecto”, que comenzó a producir un cambio en la visión medieval, y de Santo Tomás de Aquino (1224-1274), que vio en la razón una potencia independiente de la fe y, aceptando a Dios como un ser racional, concluyó que su obra también lo es. Al integrarse la palabra de Dios y la razón humana como caminos complementarios, se originó el pensamiento escolástico.

Como conocemos, durante toda la Edad Media las epidemias se sucedieron como terribles flagelos y a finales de este período el tema de las “pestilencias” fue centro de debates médicos y científicos. Entre las muchas enfermedades infectocontagiosas persistía la lepra, la malaria –endémica en algunos lugares–, y se sucedían el tifus –no se diferenciaba entre tifus exantemático y fiebre tifoidea– y las pandemias de influenza y de otras enfermedades menos identificadas. La peste bubónica o “peste negra”, después de estar ausente en Occidente desde el siglo VI, reapareció, presentándose nuevamente a partir de 1347, siendo descrita en la literatura de la época por Boccaccio (1313-1375) en el *Decamerón*, ya en vísperas del Renacimiento.

La medicina escolástica, propia de la Baja Edad Media (siglos XI al XV), utilizó el criterio de autoridades clásicas, tales como Hipócrates y Galeno, para la discusión de casos médicos, incorporando también el estudio de las obras de los sabios y célebres Rhazés (865-925) y Avicena (980-1037). Durante este período, la medicina se enseñó en las escuelas catedralicias, a cargo del clero secular. Se comenzó la construcción de hospitales, que en muchos casos eran también hospicios.

En este contexto vieron la luz las primeras universidades, que fueron a su vez sede de estudios médicos. Ellas nacieron como corporaciones de profesores y estudiantes bajo la protección del Papa, del

Emperador o de algún Municipio, evitando con ello la autoridad de señores feudales o preladados. Protegidas por diversos fueros, entre las prerrogativas de las universidades se contaban el autogobierno y la potestad de conferir títulos. El rótulo de “universidad” apareció por primera vez en el Estudio General de Salamanca, en 1254. Las grandes sedes de estudios médicos fueron las de Bolonia, Padua, París y Montpellier. Las universidades de Oxford y Cambridge, notables en filosofía y teología, demoraron algo más en destacar en el área de la medicina y sólo en el siglo XIV se crearon centros en Roma, Pavía y Ferrara en Italia, Aviñón y Orleans en Francia y en Viena, Heidelberg, Colonia, Lovaina, Basilea y otras ciudades del Sacro Imperio Romano Germánico.

En esta época, las técnicas para diagnosticar incluían el examen del paciente incluyendo la palpación del pulso y la observación de las heces, pero además tuvieron importancia la uroscopia y la astrología. En efecto, se realizaba una minuciosa observación del aspecto de la orina, la que también se calentaba, pues desde la tradición hipocrática era considerada un espejo del organismo. Hoy puede resultar curioso, pero durante cientos de años el vaso de orina fue el signo distintivo del médico, tal como hoy lo es el estetoscopio. Dispuesta a no pasar nada por alto, la medicina también incorporó elementos astrológicos, orientados a establecer la influencia del macrocosmos sobre el microcosmos del organismo humano, incluso en el amplio sentido de la patología ambiental.

En los umbrales de la Edad Moderna –que se inició en el siglo XV–, aquellos

cirujanos que habían recibido instrucción y certificados para ejercer ya eran capaces de curar abscesos, fístulas y fracturas, estando en condiciones para afrontar operaciones incluso más difíciles. Sin embargo, en general, las intervenciones de hernias, de cálculos vesicales por vía perineal y la punción de cataratas con técnicas e instrumentos que venían en gran parte desde la Antigüedad, eran campos quirúrgicos más bien dejados al ejercicio de expertos, personas hábiles en estas técnicas, si bien carentes de formación escolástica.

En la sociedad occidental se han producido cambios de actitud ante la enfermedad y la muerte que han ocupado un lugar diferente en la vida de las personas. A partir de la concepción de los seres vivos como compuestos por humores y la elaboración de esta teoría, se comenzó a entender que la muerte se producía cuando dejaban de circular los fluidos vitales del organismo, especialmente la sangre y el aire, porque ellos albergaban el alma o principio vital que animaba el cuerpo –idea filosófica anterior al cristianismo–. Un alma espiritual independiente, que se servía del cuerpo como un vehículo, quedaba libre después de la muerte. Respecto del cuerpo, en la Antigüedad Clásica se había procurado apartar a los muertos y los enterramientos se realizaban en lugares apartados de los sitios habitados; el cristianismo introdujo una coexistencia con ellos, comenzando por los entierros en cementerios y al interior de las iglesias.

El gran cambio de la medicina actual, producto en gran parte del avance de las ciencias y de la eficacia de la medicina contemporánea, echa de menos la actitud de acogida hacia el enfermo por el entorno que lo rodea.

## Médicos escritores

**E**l doctor Camilo Cavalla tiene trayectoria literaria. En junio de 2017 publicamos en *Panorama Médico* su cuento “La Casona”, ganador del segundo lugar del Concurso de Cuentos del Colegio Médico Regional Valparaíso. En esa oportunidad señalamos que su afición por las letras se inició bajo la influencia de su padre, el doctor Antonio Cavalla, quien lo indujo a participar en talleres de literatura.

Volvió a merecer el segundo lugar en el concurso del año 2017, esta vez con su cuento “Volver al campo”. Se trata de un drama oscuro donde la ficción se aproxima a la realidad en una frontera difícil de precisar. Podría ser la recreación de un suceso verídico, considerando su similitud con hechos reales que nos han sorprendido y afectado en tiempos recientes. Los méritos literarios del relato fueron descritos en los debates del jurado que otorgó los premios en este concurso. Se señaló que su estructura está bien desarrollada, logrando una tensión adecuada que llega a su clímax en un desenlace que induce una respuesta emotiva. Las descripciones se destacan por sus matices visuales, que permiten al lector imaginar las escenas como si se estuviese presente.

Este cuento confirma el oficio literario del doctor Cavalla, así como su riqueza sensitiva expresada en inquietudes sociales.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

# Volver AL CAMPO

Dr. Camilo Cavalla

A esa altura y estando tan cerca del suelo, sólo lograba ver los calcetines desteñidos de la gorda Francisca, "Ballena loca" le pusimos en la casa. Todos la odiábamos. Siempre nos obligaba a tomar las pastillas agarrándonos las mejillas con sus dedos regordetes. La última vez me apretó tan fuerte que las chiquillas me volvieron a decir Chilindrina, por los cachetes rojos que me dejó la Ballena.

El suelo tenía olor a madera húmeda de tantas veces que dejamos el aseo de la casa a medio hacer. La mopa mojaba el piso, pero nadie se acordaba de volver todo a su lugar. Casi nunca me acuerdo del campo, al final he pasado más tiempo en la casa que cuando andaba sola por los pastizales escondiéndome del tío Juan. Pero ese olor a madera me hizo acordarme del establo donde me escondía con mi perro. Siempre andaba contento, moviendo la cola por si le caía un hueso. Venía corriendo desde lejos cuando lo llamaba con un chillido, el tonto creía que yo tenía algo para comer, pero después de poner sus ojos de pena, igual me movía la cola porque sabía que le haría un cariño o lo apretaría un poco para que chillara como un chanchito.

El día que me llevaron los pacos es-

taba escondida en el establo, sentía de lejos como me llamaban a grito pela'o, pero después de los gritos, se escucharon los pasos. Me metí bajo los palos medio podridos del lavadero, era un espacio chiquito donde limpiaban a los animales antes de faenarlos y hasta allá llegó mi perro, me miró con su carita de siempre y empezó a mover la cola con alegría. Tenía de esas colas flacas que parecen varillas por lo duras y de tanto moverla empezó a golpear la viga de madera que sonaba como un tambor. Le pedí que se callara pero pensó que era un juego. Me agarraron de las mechas y a mi perro lo vi arrancar lejos cuando le dieron un puntapié.

Nunca más lo vi. Seguro que la Ballena loca también lo mando a matar.

Con las chiquillas pensamos que si la Ballena se duerme por un rato largo o mejor para siempre, quizás nos podríamos escapar por la pared del fondo. Total, las de la casa roja son puras cabras chicas que no se van a atrever a avisarle a la gorda. Pero aquí estoy, viendo los calcetines desteñidos y esas zapatillas blancas llenas del barro del patio. Todos sabemos que no es enfermera, pero siempre se presentó como si fuera, como si eso le diera un mayor respeto.

Cuando descubrió que las pataletas las podía controlar con su técnica

"especial" fue probando con cada una. Primero fue con la Andrea, la de la cola de caballo. La agarró en el mismo suelo, con una mano la tomó del pelo largo y con la otra mano de las muñecas flaquitas y se fue sentando despacito hasta que la pobre Andrea sólo se le veía la cara y el resto era una enorme ballena vestida de celeste y zapatos blancos.

Se levantó después de un rato y le dijo a la gorda:

–Nunca más señorita– con la cabeza gacha pasó en silencio delante de nosotros y se fue a su camarote sorbeteándose los mocos mientras lloraba entrecortado.

Pasaron unos días tranquilos, pero con la Teresa fue más bruta y a la pobre chiquilla la tuvimos que levantar entre dos. La Ballena le rebotó al sentarse encima y se le quebraron los lentes en el suelo. Antes de un mes, ya a todas nos había tocado pasar por lo mismo, así que nadie hacía pataletas.

Nos tomábamos los remedios y quedábamos mirando las nubes en el patio hasta que era hora de acostarse y, a veces, cuando teníamos suerte, fumábamos a escondidas. Yo no siempre me tomé los remedios, después de sacar la lengua para recibirlos, escondía la pastilla en el hoyo de una muela podrida que me sacaron hace tiempo. Si la gorda no

miraba, después las botaba en el lavamanos.

Me acuerdo cuando llegó la tía Emilia, no era tan gorda como la Ballena, pero me dio tanta rabia que llegara contenta, que fui directamente a decirle:

–¡Eres una gorda fea!

Tenía cara de susto y me miró para abajo mientras la Ballena me amenazaba otra vez.

–Cuando te pille te voy a pegar– le grité mientras se metían a la casa principal. Las chiquillas me felicitaron; total, éstas no duran una semana y si nadie está contento no sé porque viene a reírse por aquí.

La tía Emilia en el fondo no me caía mal, se llevaba bien con las enanas de la casa roja. Yo la miraba del otro lado del patio y creo que más de alguna vez me quiso hablar. Pero a mí no me vienen con cuentos, yo sabía que se iba a ir antes de un mes, así que prefería echarla yo misma.

Esta mañana, por fin vino con su cara redonda a hablarme. Me trajo un regalo que yo sabía que era mentira. Se sentó

conmigo en la esquina del patio, igual fue buena onda, no me dijo nada, y eso que era evidente que recién había fumado con mis compañeras. Me extendió un papel lleno de timbres y rayas. Yo no sé leer, pero clarito estaba mi nombre y unos números pintados de negro.

–¿Pa' que me entrega esto si sabe que no sé leer?– le dije enojada.

–Esto significa que te puedes ir al campo otra vez– me dijo la tía Emilia.

Me paré de un salto y le empecé a pegar. Yo sabía que todo era mentira, seguro que todo lo inventó la Ballena pa' hacerme rabiar. Le aforcé como mil cachetadas, mientras la tía Emilia se defendía con las manos.

Salí corriendo del patio y me fui a la casa. Siempre que corríamos por la casa, el piso de madera crujía como quejándose. Me tiré de güata y le empecé a pegar al suelo, lo quería romper con las manos, las patadas hacían crujir la casa. Ahí fue que llegó la gorda a gritarme desde afuera de la casa. Pero yo no escuché a nadie. Sólo pensaba en gritar más fuerte para que todos desaparecieran, tenía la cara roja de rabia y ya no sentía las manos de tanto golpear la madera.

Entonces la Ballena se sentó arriba mío y todo se quedó en silencio. No pude seguir gritando. Me quedé muy quieta pero no me creyó, logré girar la cabeza contra el suelo y sólo veía los pies enormes de la gorda, entre gritos entendí que llamaba a la tía Emilia. Alcancé a tomar un poco de aire cuando sentí más presión sobre mis costillas. Abría la boca pero no entraba nada, giré la cabeza, pero seguía sin poder sentir ni siquiera el olor a madera.

El corazón me empezó a latir cada vez más fuerte, casi se me sale por la boca como si fuera mi perro corriendo por el pastizal, quizás así empuje lo suficiente para sacarlas a las dos de encima, pero no, ya no siento las manos, me cosquillean los labios y empiezo a ver borroso.

Me imagino que mi perro ya llegó a mi lado, porque el corazón me empezó a latir más lento, estoy quietecita y prometo que si me dejan volver al campo no volveré a pegarle a nadie.

Pero poco a poco estoy dejando de ver los calcetines desteñidos. Se fue todo a negro, como el dibujo que había hecho cuando recién me trajeron aquí.



## OBITUARIO

### Dr. Luis Simonetti

El Dr. Luis Simonetti Astengo nació en Viña del Mar, el 28 de enero de 1928. Cursó Preparatoria en el Instituto Rafael Aritzía de Quillota, y Humanidades en el colegio de los Sagrados Corazones de los Padres Franceses de Viña del Mar.

Estudió Medicina en la Universidad Católica y luego de especializó en Obstetricia y Ginecología en el Hospital José Joaquín Aguirre. Completó su formación en Madrid junto al profesor José Botella Llusá y en Roma con el profesor Maurizio. Además, se perfeccionó en Demografía y enfermedades maternas transmisibles en el Servicio del profesor Lauffe en Pittsburgh, Estados Unidos.



Desarrolló intensamente la especialidad en la Clínica Miraflores y el Hospital Naval, donde ejerció la jefatura entre 1973 y 1984. Tuvo participación docente en la Universidad de Valparaíso y una nutrida actividad académica y científica.

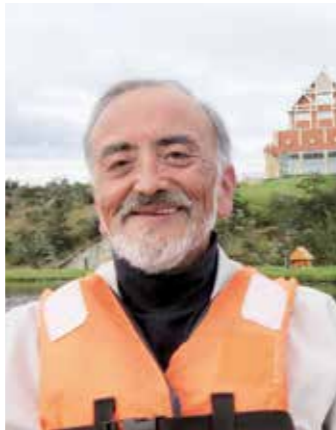
Amigos, colegas y pacientes lo recuerdan como un gran ser humano, y destacan el profundo respeto que demostrada hacia los demás.

Casado con Mónica Quintana Palacios, tuvieron seis hijos y 23 nietos. En su período de retiro tuvo gran actividad familiar, hasta su partida, el pasado 17 de enero de 2018, a días de cumplir 90 años.

### Dr. Benjamín Subercaseaux

El Dr. Benjamín Juan Carlos Subercaseaux Sepúlveda nació el 4 noviembre de 1943 en Santiago. Tras cursar un año de Medicina en la Universidad de Concepción y otros dos en la Universidad de la Sorbona en París –donde llegó acompañando a su padre, el escritor Benjamín Subercaseaux Zañartu, quien había sido nombrado cónsul vitalicio en la capital francesa–, llegó en 1965 a la Universidad de Valparaíso, para integrarse a segundo año de Medicina.

Se tituló en 1972, formando parte de la primera promoción de esta casa de estudios que realizaba toda su formación en Valparaíso. Tras titularse se especializó en Parasitología, formación que incluye cursos de medicina tropical y parasitología



en Brasil y Costa Rica. En 1994 fue nombrado profesor titular de la cátedra de Parasitología en la Universidad de Valparaíso. Entre 1995 y 2002 fue director de la Escuela de Medicina y entre 2003 y 2008 se desempeñó como director de Posgrado y Postítulo de dicho plantel. Tras culminar su gestión directiva volvió a la docencia, tanto en el campus de Valparaíso como en el de San Felipe, donde en 2017 recibió el "Premio a la Trayectoria Universidad de Valparaíso".

Se casó en tres oportunidades. Con María Rosa en primeras nupcias. En su segundo matrimonio, adoptó a los dos hijos de su esposa Sonia, Mónica y Benjamín. Su tercera esposa fue Gloria, con quien compartió los últimos años de su vida.

### Dr. Carlos Molina

El Dr. Carlos Molina Bustos nació el 13 de julio de 1939. Se tituló de médico cirujano en la Universidad de Chile (1964) para luego especializarse en Ginecología Obstetricia en la misma casa de estudios (1969), tras lo cual se comprometió profesionalmente con la salud pública. Fue subsecretario de Salud entre 1970 y 1973. Durante su exilio en México se especializó como salubrista.

En los años 90 fue director de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central, desempeñándose también como profesor del posgrado en Salud Pública de la Universidad de Chile.



Entre 2004 y 2009 trabajó en la unidad de patrimonio del Ministerio de Salud. Paralelamente cursó el programa de Magister en Historia de la Universidad de Chile (2007). Su tesis se publicó el 2010 bajo el título *Institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989*.

Entre 2012 y 2015 fue profesor de la carrera de Pedagogía en Historia y Ciencias Sociales de la Universidad de Viña del Mar. Desde 2016 fue profesor invitado del Magister en Estudios Históricos del Instituto de Historia y Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso.



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

Tarjeta de Crédito Red Compra

## DENTO-REÑACA

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

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

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

32 2589515 Cel. 9 9552 5938

Balmaceda 183 / Of. 201 / Reñaca



**Convenio Colegio Médico Valparaíso**

- 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.

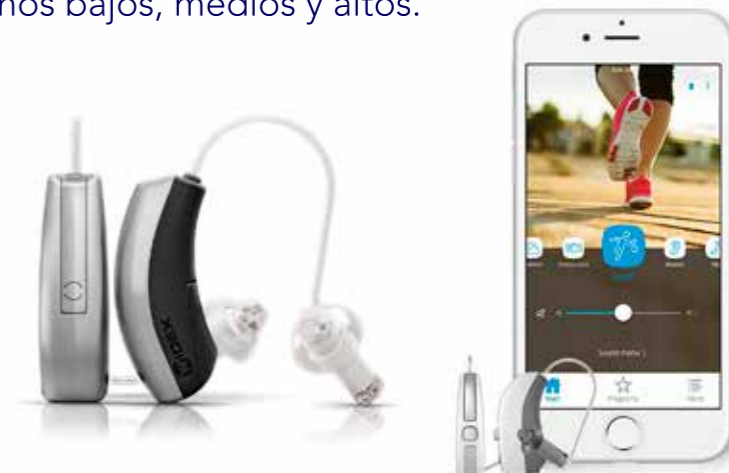
[contacto@resolaud.cl](mailto:contacto@resolaud.cl) / [www.resolaud.cl](http://www.resolaud.cl)

## Audífonos Adultos y niños

Tratamiento de tinnitus, ZEN

**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.



## Te invitamos a vivir la experiencia Itaú Personal Bank

Una propuesta única con soluciones diseñadas para ti

- Sucursales exclusivas Itaú Personal Bank
- Asesoría experta para que manejes tus inversiones
- Soluciones digitales para acceder a tu cuenta estés donde estés, con facilidad y seguridad
- 40% de dcto. los jueves y 20% de dcto. todos los días, en restaurantes seleccionados, pagando con tu tarjeta de crédito de Itaú Personal Bank<sup>(\*)</sup>

Para más información [www.itauc.cl](http://www.itauc.cl), haz click en “productos” y luego en “hazte cliente”

(\*) Aplica para compras efectuadas en los comercios señalados con tarjeta de crédito de Itaú, personas naturales sin giro comercial. Descuentos deben ser solicitados directamente al comercio al momento de la compra. Descuentos no acumulables con otras promociones. Excluye propinas. Para conocer locales, descuentos y otros detalles ingresa a [www.itaubeneficios.cl](http://www.itaubeneficios.cl). Promoción 20% de descuento todos los días, vigente del 01 de marzo hasta el 30 de abril de 2018. Promoción 40% de descuento los jueves, vigente todos los jueves desde el 01 de marzo hasta el 30 de abril de 2018 (ambas fechas incluidas), máximo descuento mensual de \$200.000 por cliente titular. La entrega de los bienes y prestación de servicios no bancarios ofrecidos, como asimismo los descuentos en el comercio, son de exclusiva responsabilidad de los comercios que los otorgan, no cabiéndole a Itaú Corpbanca intervención alguna en su entrega o en la ulterior atención que ellos demanden. El pago con tarjetas de crédito puede tener costos asociados. Consultar al emisor para mayor información.

