

PANORAMA MÉDICO



Órgano Oficial del Consejo Regional Valparaíso del Colegio Médico de Chile / Año 29 N° 117 / Abril 2019



Colegio Médico expuso ante CIDH por contaminación en "zonas de sacrificio"

Dr. Johan Álvarez
y su trabajo en
Médicos Sin Fronteras

**Primer Curso de Salud Pública
del Regional Valparaíso**

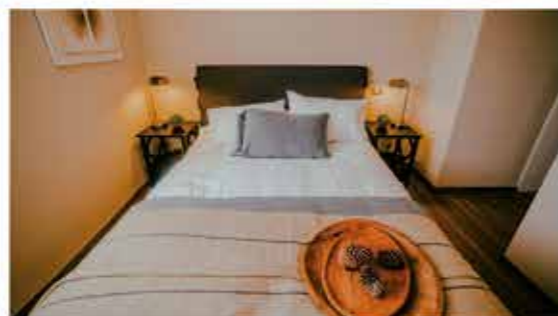
ÚLTIMAS UNIDADES

PACIFIC
BLUE
edificio

ÉXITO EN VENTAS

85%
VENDIDO

Av. Pacífico 5159.
Gómez Carreño, Viña del Mar



Playa Mansa
GRUPO INMOBILIARIO

Angela Catalán
T: +569 4463 2750. acatalan@playamansa.cl
Ma. Raquel Maira
T: +569 4238 6342. rmaira@playamansa.cl

f i You
www.playamansa.cl

Palabras del Presidente



*Dr. Juan Eurolo Montecino
Presidente Consejo Regional Valparaíso*

AG de Cirujanos: ¿David contra Goliat?

El Regional Valparaíso ha estado intentando desde hace varios años demostrar la hegemonía absoluta y el abuso sistemático que ejercen las isapres en el mundo del trabajo médico privado.

Desde su aparición, a mediados de los '80, estas instituciones han lucrado sin trabas legales ni escrúpulos. En la atención de sus afiliados, les han impuesto planes de atención llenos de exigencias y discriminaciones, tales como las famosas "carencias" y las "preexistencias", y el aumento del costo de dichos planes según edad y género. También han dañado significativamente el concepto de libre elección, imponiendo atenciones médicas en planes cerrados que impiden a los usuarios escoger el médico de su confianza, así como el centro médico y clínica donde desean ser atendidos u hospitalizados, amenazando con no pagar los costos de la atención si no siguen sus instrucciones.

Por el lado de los prestadores médicos, las isapres han tratado de imponer sistemáticamente aranceles lo más bajos posible, tratando de asimilarlos al arancel Fonasa, el cual todos sabemos que está subvalorado y en el cual, además, falta incorporar innumerables prestaciones, lo que deja en libertad a estas instituciones para fijar pagos arbitrarios o sencillamente no pagarlos.

También han violado flagrantemente la ley estableciendo la integración vertical con clínicas privadas, lo que está expresamente prohibido por el DFL 1 del Ministerio de Salud en su artículo 173, pues se produce un conflicto de interés grave si el prestador institucional es a su vez el pagador de la atención de salud.

Nada de esto ha sido corregido por las autoridades respectivas, a pesar de las denuncias que nuestro Re-

gional ha presentado tanto en la Fiscalía Nacional Económica como en la Intendencia de Prestadores, de las cuales ninguna nos ha dado respuesta directamente.

Las asociaciones gremiales de especialistas en nuestra región nacieron por la necesidad de salvaguardar la dignidad del trabajo médico y para lograr un pago justo. Ninguna AG tiene afiliados a todos los médicos de la especialidad, pero se había logrado cierto equilibrio – precario, pero decente – con estas instituciones en muchos de los puntos señalados. Ello, hasta que apareció la denuncia por colusión de la FNE en contra de la AG de Cirujanos y 111 de sus afiliados.

Sin entrar en los detalles de este largo e injusto juicio, es necesario señalar que a pesar de todos los intentos de la FNE por probar la colusión, ésta no logró ser establecida como tal, pues todos los acuerdos de la AG fueron reconocidos, aceptados y firmados por las isapres durante muchos años, y finalmente se optó por llegar a un acuerdo conciliatorio que, entre otras obligaciones, establece la imposibilidad de establecer bandas de aranceles como AG, sino que éstos deben ser negociados individualmente por cada médico. Esto significa que un médico solo y sin una adecuada capacidad de negociación se enfrentará a una isapre, con todo un equipo negociador profesionalizado. Lo más probable es que no logre aranceles mínimos, o lo que es peor, que su solicitud sea rechazada y quede fuera del sistema.

Es una pelea entre David y Goliat, pero en la cual Goliat ganará en casi todas las ocasiones. El Colegio Médico deberá preocuparse de las AG y discutir con éstas el nuevo paradigma que deberán asumir, pues creemos que esta lucha no ha terminado.

Índice

1	Palabras del Presidente
3	Editorial
4	Gremial EDF y Residentes: balances y desafíos
8	Masiva asistencia al primer Curso de Salud Pública del Regional Valparaíso
10	Experta en bioética expuso sobre la integridad profesional del investigador biomédico
12	Médicos APS de Valparaíso se aprontan a formar Capítulo Médico
13	Breves
15	Medio ambiente Colegio Médico expuso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos por contaminación en "zonas de sacrificio"
18	Facetas Dr. Johan Álvarez y su trabajo en Médicos Sin Fronteras "Uno vuelve cambiado de estas experiencias"
21	Ética Consideraciones éticas en relación a la práctica de medicinas alternativas y complementarias
24	Reflexiones sobre la participación del médico en eutanasia
27	Médicos escritores
32	Obituario

PANORAMA MÉDICO

PANORAMA MÉDICO / Año 29 – Número 117 – Abril 2019 / **Director:** Dr. Maximiliano Soto Díaz / **Colaboradores:** Dr. Eduardo Bastías, Dr. Julio González, Dr. Juan Idiáquez, Dr. Fernando Novoa / **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 / **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.

Editorial

Investigación, desarrollo y avances médicos



Dr. Maximiliano Soto Díaz
Director revista Panorama Médico

La investigación en materias médicas indudablemente genera y acelera el bienestar de muchos pacientes que, a la luz de nuevos descubrimientos y metodologías, logran superar patologías impensadas hace sólo algunos años. Sin embargo, el porcentaje del PIB que nuestro país destina a I+D es bajísimo si se le compara con el promedio de los 34 países que forman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En efecto, el *ranking* nos sitúa en el último lugar con poco más de un 0,4 del PIB, mientras que el promedio es de 2,4 e Israel y Corea se ubican a la punta con un 4,2.

La finalidad que persigue la OCDE desde su creación el año 1960 es buscar una coordinación de las políticas de los estados miembros en lo referente a economía y asuntos sociales. ¿Cómo es posible, existiendo consenso de los más disímiles sectores políticos, que cuando se discute el presupuesto de la nación no se eleve significativamente el porcentaje asignado a este propósito?

Los descubrimientos, mejora de procesos, patentes y otros provienen principalmente de otros países y nuestro país pierde la magnífica oportunidad de avanzar en lo económico y en el bienestar de sus habitantes. Al repasar los logros en investigación médica a nivel mundial observamos, dentro de otros, la vacuna contra el tifo, la edición genética, el cambio de ADN, la vacuna contra el virus del Zika (fase experimental), el ataque a las superbacterias, la detección temprana del cáncer, los parches y bombas de insulina, los tejidos 3D y las moléculas congeladas. Gran parte de estos avances se podrían haber logrado, junto a otros de sectores distintos a nuestro campo médico, si existiera la visión y voluntad política que se requiere para lograr el desarrollo que todos anhelamos.

EDF y Residentes: balances y desafíos

Con problemas y desafíos diversos, las agrupaciones locales de médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) y Residentes Chile, hacen un recuento del trabajo realizado en el último tiempo y definen los temas prioritarios para este 2019.

Para Residentes Chile, el 2018 fue un año de varios logros a nivel nacional. Entre ellos, la elaboración de un documento con las demandas históricas de la agrupación, que fue entregado a la entonces subsecretaría de Redes Asistenciales, Dra. Gloria Burgos, y al encargado del Departamento de Formación del Ministerio de Salud, Dr. Andrés Mercado, y dado a conocer al Honorable Consejo General. El escrito incluía, entre otros, el requerimiento de flexibilización del Período Asistencial Obligatorio (PAO), que mediante distintas gestiones y diversos actores, finalmente se materializó en la modificación del reglamento.

Asimismo, se logró articular una mesa de trabajo formal con el Departamento de Docencia en la Subsecretaría de Redes Asistenciales que sesionará mensualmente, y posicionar en la agenda nacional la necesidad de normar el posturno, tanto para regular la calidad del aprendizaje en la residencia como por seguridad para los pacientes.

La agrupación también fue capaz de dar visibilidad a sus demandas específicas y compromiso con el funcionamiento de la red de salud. "Fue de gran importancia ser agentes activos en

la discusión de diferentes temáticas de interés público y también en la solicitud de cargos de continuidad para los agrupados que tras su PAO deseen permanecer en el servicio público, planteamiento que tuvo buena acogida por parte del Minsal", afirma la presidenta del Capítulo Valparaíso de Residentes Chile, Dra. Andrea Quinchavil.

En el ámbito interno, se elaboraron los nuevos estatutos de la agrupación, "que esperamos faciliten el ordenamiento general y la continuidad del funcionamiento, garantizando así un funcionamiento más democrático", y se crearon nuevos capítulos, como el de Chiloé, y se generaron equipos de participación para lograr la creación de capítulos en Puerto Montt y Aysén.

La agrupación también participó, a través de su presidente, por primera vez en el Congreso Mundial de Agrupaciones de Médicos Residentes que se realizó en Finlandia, instancia en la que se pudo conocer la experiencia de organizaciones similares en otros países y aprender de sus procesos. Cabe señalar que la próxima versión de este congreso – que tendrá como eje central el tema de los cuidados paliativos y la humanización del sistema de salud– se realizará en Santiago este 2019, por lo que se espera potenciar al máximo la participación de los asociados.

TRABAJO REGIONAL

Si bien el Capítulo Valparaíso de Residentes Chile también contribuyó con los procesos de carácter nacional, lo cierto es que en la región no faltaron temas a los que dedicar esfuerzos. Uno de ellos fue seguir fortaleciéndose, y "como la agrupación es joven, hay que hacer un esfuerzo no menor en identificar a todos los residentes para que se integren, organizar los capítulos, generar asambleas, espacios de debate, etc."

Además, y siguiendo con lo realizado en años anteriores, se abocó de lleno al tema del trato. "Fue una bandera de lucha importante. La mesa de trabajo que se había generado hace un año atrás con el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA) y Viña del Mar-Quillota (SSVQ), más la Universidad de Valparaíso y Residentes Chile, sesionó mensualmente y logramos una sensibilización de las autoridades respecto de la presencia de maltrato y acoso durante la formación de especialistas y la vulnerabilidad de estos profesionales al no ser considerados funcionarios". Esta mesa acordó una línea de trabajo que comprendió la sensibilización progresiva en esta materia en las distintas localidades donde hubiese residentes desempeñándose, con el fin de informar a los agrupados acerca de los protocolos establecidos por las distintas entidades para poder orientarlos y respaldarlos ante la eventualidad de una denuncia y para que tengan una manera segura, confiable y protegida de denunciar situaciones de maltrato.

"Éste es un tema que antes era tabú y que estaba muy arraigado en la cultura médica. Todavía lamentablemente existen colegas que defienden algunas actitudes de maltrato en la residencia como método de aprendizaje necesario para la forma-

ción de un becado. Son conductas adquiridas de vivencias que ellos mismos presenciaron durante su formación, entonces las defienden con ese argumento: de que ellos también lo vivieron. Incluso hay algunas autoridades que defienden estas conductas", señala la Dra. Quinchavil y agrega que "como Residentes Chile creemos que si bien la residencia es una época intensa, de sacrificio, de aprendizaje, no se justifican los malos tratos de ningún tipo para la formación de un especialista de calidad".

Además de las tareas de sensibilización respecto de este tema, también esperan contar con material informativo y de apoyo con los servicios de salud y la universidad para informar acerca de esta vía formal, confiable y segura de denuncia. Junto con ello, este mes de abril se abre la oportunidad también de difundir estos temas en el marco del proceso de inducción que se realiza a los nuevos residentes, "y así ir sensibilizando e informando desde el comienzo acerca de los canales de denuncia y de la necesidad de este cambio cultural que tiene que darse respecto del ambiente laboral en que se forman los especialistas".

ASIGNACIONES DE ESTÍMULO

Otro tema relevante para Residentes Chile es el de las asignaciones de estímulo para los especialistas, particularmente los que pertenecen al SSVSA, cuyas asignaciones difieren considerable de las otros servicios de la región y el país, y son un desincentivo para la permanencia de es-

pecialistas tras terminar su PAO. Según comenta la presidenta regional de la agrupación de residentes, lamentablemente los profesionales que toman los cupos CONISS (Concurso Nacional de Ingreso al Sistema de Servicios de Salud) "han ido disminuyendo, en parte, porque se hace cada vez menos tentador ingresar a un concurso en el que, primero, no vas a ser funcionario; segundo, había un PAO bastante estricto; y tercero, en el caso del Valparaíso-San Antonio las asignaciones están muy por debajo de las de otros servicios de salud. Es más, no solamente hay una diferencia abismante entre servicios de salud, sino también dentro del mismo servicio e incluso en un mismo hospital, donde tenemos especialistas con el mismo título que reciben distinta asignación de estímulo. Hay que destacar que esta asignación se entrega no por el tiempo que lleve trabajando el profesional, sino con el título de especialidad, entonces como Residentes Chile consideramos que es impresentable que a los PAO les paguen el mínimo de asignación (40%) mientras que otros colegas, en el mismo hospital, con la misma formación, pueden llegar a recibir 4 veces más".

La Dra. Andrea Quinchavil explica que durante gran parte de 2018 la agrupación estuvo trabajando con la entonces directora subrogante del SSVSA Alis Catalán, "y llegamos a elaborar una propuesta de nivelación de las asignaciones, entendiendo que hay una enorme brecha que es necesario disminuir y que tiene que ser una nivelación justa en relación al mismo

servicio de la región. Lamentablemente, con el cambio de director del servicio esto quedó en *stand-by*. Tuvimos una nueva mesa de trabajo, pero no hubo indicios de una pronta solución. El argumento esgrimido por la nueva autoridad es que es el Ministerio de Salud el que tiene que manejar estos recursos. Lamentamos mucho esta situación y esperamos que se pueda solucionar prontamente".

La nivelación de las asignaciones de estímulo, así como la sensibilización respecto de esta cultura de maltrato en la formación de los especialistas, son parte de las grandes tareas que deberán enfrentar los nuevos dirigentes de la agrupación, que tiene sus elecciones nacionales y regionales en mayo próximo.

"Residentes Chile tiene que seguir representando los derechos de nuestros agrupados. Esperamos que este año se pueda conformar un capítulo que continúe los lineamientos que se han venido trabajando en los últimos años, que logre ir afianzando esta organización entre los colegas, que acoja las distintas inquietudes de residentes y PAO, y que pueda mejorar la representatividad y comunicación con los colegas del Servicio de Salud Aconcagua, que es algo con lo que estamos al debe. También es importante que los colegas residentes y PAO apoyen a los dirigentes electos, participando de manera más activa en los debates y en la toma de decisiones para de esta manera poder conformar una agrupación más sólida".

Dr. Paulo Gnecco
Médicos EDF
S.S. Viña del Mar Quillota



Para los médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF), los últimos años no han sido del todo tranquilos ni exentos de problemas, situación que esperan se revierta este 2019.

En la jurisdicción Viña del Mar-Quillota, y según comenta el delegado EDF-SSVQ, Dr. Paulo Gnecco, el servicio de salud se ha caracterizado por la presencia de distintos

focos de conflicto que han ido cambiando año tras año; entre los más recientes se cuentan los del Hospital de La Calera y el Hospital de Cabildo. "Han habido problemas derivados de la relación a veces con los gremios, otras con la dirección de los hospitales, que hemos podido sortear relativamente bien. Ello ha implicado mucho trabajo de coordinación con las distintas directivas del servicio de salud y gran com-

promiso de los colegas en sus hospitales".

Respecto de la naturaleza de los conflictos, Gnecco explica que "algunos son por temas muy puntuales y otros que se habían arrastrado por largo tiempo. Por ejemplo, el de Cabildo, que fue el más significativo el año pasado, tuvo antecedentes que eran como de 5 años, que tenía que ver con el liderazgo negativo de la entonces directora, hasta que finalmente explotó. En ese caso, favorablemente, las pruebas aportadas y la organización que tuvieron los colegas y la directiva EDF, junto a la intervención y el apoyo del Regional Valparaíso, permitieron que se resolviera de la mejor forma".

Cabe señalar que en el caso de Viña del Mar-Quillota han tenido la dificultad adicional de la alta rotación de la máxima autoridad del servicio. Sólo en el último año han pasado 3 directores y en ese escenario es natural que cualquier proceso de

Dra. Andrea Quinchavil
Residentes Chile
Capítulo Valparaíso



resolución de conflicto se vea entorpecido. "Pese a aquello, hemos podido ir subsanando y resolviendo todos los problemas que se han presentado y esperamos que este año sea más tranquilo y que temas que pudieran llevar a paralización en los distintos hospitales de baja complejidad y consultorios donde tenemos generales de zona no se den".

En cuanto a los conflictos que obedecen a temas puntuales, éstos se refieren al afán de rendimiento cuantitativo a cualquier costo, en desmedro de la calidad de la atención. "Por ejemplo, ha pasado que en las campañas de invierno hemos tenido problemas en municipios que se dan sólo 6 minutos para la atención de pacientes. Aparte de que ello genera un estrés enorme en el personal, es difícil hacer adecuadamente un trabajo en 6 minutos. Es irracional. Está bien que se tengan necesidades asistenciales, y los generales de zona estamos ahí para tratar de resolverlas, pero también hay que tener un cierto margen de calidad para que la entrega de la atención y del recurso médico sea digna y justa para las personas".

Situaciones como la descrita generan cierta inquietud y discusión en torno al escenario que tienen que enfrentar los nuevos generales de zona que van a llegar. "Como directiva hemos ido poniendo ciertos signos de alerta respecto de los lugares que han sido conflictivos, de modo que los colegas conozcan la situación local y no lleguen a un lugar donde se van a exponer a una sobreexplotación injustificada. En este tipo de lugares, frente a los conflictos hemos ido avanzando desde conversaciones locales para resolver los problemas hasta las medidas más radicales y últimas que ha sido directamente cerrar las plazas, sacar a los generales de zona de ahí y no habilitarlas para que lleguen nuevos colegas".

Además, la agrupación se ha propuesto desarrollar un trabajo tendiente a "que los nuevos médicos EDF lleguen a desempeñarse a sus hospitales con las reglas claras. La idea es que los colegas conozcan tempranamente cuáles son sus derechos y deberes como generales de zona y se le respete en esta función, que nosotros creemos que es tan importante y que le

da vigencia a los generales de zona como política pública, y que puedan tener una estadía que sea satisfactoria no solamente para ellos sino también para las comunidades donde están trabajando".

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA

Una de las dificultades que se dio en 2018 fue el tema de las capacitaciones del Programa de Formación Continua que tienen que cumplir los médicos EDF en esta etapa. "Como hubo cambio de gobierno, el proceso de licitación de los cursos se congeló y tuvimos un retraso significativo. Se nos juntaron todas las capacitaciones al final del año, lo que también creó dificultades porque de un establecimiento no pueden salir todos los médicos conjuntamente".

Para este 2019 la agrupación espera que este tema pueda resolverse y darse con la inteligencia y logística que requiere, "porque finalmente esos cursos y capacitaciones lo que hacen es contribuir a entregar herramientas en áreas que a veces pueden ser deficitarias o necesarias de reforzar respecto al pregrado, y que aseguran así tener un recurso médico que esté actualizado en sus conocimientos y pueda entregar atención digna en determinadas situaciones, ya sea de urgencia o de atención electiva".

Para eso, el Dr. Gnecco confía en el buen funcionamiento del Departamento de Formación y Capacitación del SSVQ, donde él además es representante del Colegio Médico. "Ahí hemos podido anar ciertos criterios y definir algunas áreas que sería importante potenciar como en educación médica continua y esperamos que este año se mejore en relación con lo que pasó en 2018".

AGRESIONES AL PERSONAL

Un tema de especial preocupación para los médicos EDF, tanto a nivel nacional como regional es el de las agresiones. "Acá hemos tenido algunos casos, por suerte no de mucha gravedad, pero obviamente he-

mos actuado no solamente como agrupación sino también con el respaldo del Colegio Médico y Falmed. El año antepasado tuvimos una agresión en Limache y otros lugares. Afortunadamente han sido generalmente de carácter verbal, sólo una agresión física pero menor, por lo que si bien ha afectado a los colegas, y obviamente no es justificable, por lo menos no hemos tenido incidentes que lamentar como ha pasado en otras regiones con colegas que han sido encañonados, que los han amenazado de muerte, que lógicamente es mucho más dramático".

Desde ese punto de vista, el delegado EDF-SSVQ considera que en la zona hay una situación que ha sido bastante favorable en comparación al contexto nacional. "Además, estamos muy expectantes del trabajo que pueda hacer la directiva nacional respecto de este punto, porque quien asumió este año como presidenta nacional es la Dra. Carol Muñoz, que estuvo el año pasado encargada de tema agresiones por el Colegio Médico, lo que permite una continuidad en el trabajo en torno a este tema".

Por otro lado, también están a la espera de la ley que sanciona con penas de cárcel a quienes agreden tanto a personal de educación como de salud. "Obviamente eso es una cuestión reactiva. Nosotros creemos que lo fundamental para poder evitar las situaciones de violencia es la buena relación que se pueda establecer entre el médico y la comunidad". De ahí también la importancia de que los médicos no solamente sean vistos como recurso asistencial, que es la parte más importante de su trabajo, sino que también puedan estar involucrados en actividades de prevención y promoción con la comunidad misma, fuera de su box. "Es en esas actividades donde es posible forjar una relación mucho más cercana con la comunidad, conociendo, por ejemplo, a quienes trabajan en los distintos recintos educacionales de la comuna o en la municipalidad o en establecimientos comerciales, etc. Es creando relaciones bidireccionales con la comunidad que es posible tener una mejor convivencia para evitar situaciones de violencia".

del Hospital de Casablanca en que tuvimos algunas dificultades, pero tras el cambio en la dirección del hospital la situación mejoró".

Tampoco han tenido episodios de agresiones graves. "Hace un tiempo tuvimos un caso en San Antonio, no de agresión física, pero sí verbal y de maltrato hacia un médico", donde no ha sido necesario un trabajo más allá de la constancia y la aplicación del protocolo dispuesto para estos casos.

La representante de los EDF afirma que entre los temas que más han afectado a este grupo de médicos está el funcionamiento de la red, especialmente entre la Atención Primaria de Salud (APS) y el hospital de San Antonio. "Tenemos un tema pendiente con San Antonio. Es un lugar en que la red entre APS y el hospital no funciona del todo bien, donde prácticamente no existe comunicación y se hace difícil derivar pacientes al hospital o gestionar una ambulancia. Tendremos una reunión dentro de poco para poder abordar ese tema porque, además, el hospital tiene algunas falencias de especialistas, de equipos médicos y eso complica la derivación y muchas veces los pacientes tienen que ser traídos a Valparaíso. Queremos tomar parte más activa en la resolución de casos médicos del litoral y cómo funciona la APS. Es un tema en el que nos queremos involucrar directamente".

Cabe señalar que a diferencia de la jurisdicción Viña del Mar-Quillota, donde el médico EDF se desempeña principalmente en hospitales de baja complejidad, en el caso de Valparaíso-San Antonio, el profesional EDF lo hace mayoritariamente en Salud Primaria (consultorios y Cesfam de Valparaíso y San Antonio, y postas rurales del litoral) y en un solo hospital, en Casablanca.

Por otro lado, también les preocupa el retraso que el año pasado, por el cambio de gobierno, presentó el Programa de Formación Continua, y esperan que la situación se regularice y las licitaciones se realicen dentro de los plazos.

CICLO DE CAPACITACIONES INTERNAS

A falta de este Programa de Formación Continua, la agrupación organizó un ciclo de capacitaciones al interior del SSVSA. "Fue una inquietud que surgió desde los mismos colegas, en que tras realizar una encuesta en la que preguntamos cuáles eran

los tipos de atenciones que realizaban y en qué consideraban necesario tener alguna formación, pudimos definir los temas para este ciclo de capacitaciones internas".

La Dra. Pérez explica que esta actividad se realizó "a pulso", buscando ellos mismos a los expositores dentro del servicio y consiguiendo que el Departamento de Desarrollo de las Personas los apoyara con la logística y en conseguir los espacios para las charlas. Así, finalmente pudieron ofrecer capacitaciones en infecciones de transmisión sexual, interculturalidad y población migrante, salud mental, educación de adultos, habilidades relacionales y metodología de la investigación en APS.

El nivel de las charlas y la buena recepción que tuvo los tiene preparando una segunda versión para este año. "Queremos hacer un proyecto mejor organizado, con fondos y ojalá dejarlo para que continúe en años siguientes, quizá con nuevos temas y expositores, pero que sea una iniciativa que pueda permanecer en el tiempo. Nos gustaría dejar algo consolidado antes que nos vayamos, que sea como un legado de esta directiva".

Otra iniciativa que sacaron adelante fue un taller acerca de cómo presentar los antecedentes al concurso nacional de postulación a becas. "Ahí revisamos las bases del concurso y estandarizamos un poco los documentos que se requieren, los certificados, las firmas que se necesitan y revisamos los puntajes para que todos pudieran tener la mejor postulación posible".

La actividad tuvo muy buena acogida, por lo que antes de junio esperan repetirla. "Además que este año se postula con dos bases distintas porque los EDF que ingresaron desde 2017 en adelante tienen bases nuevas, así que queremos facilitarles el

proceso para que todos tengan una postulación sin inconvenientes".

PASANTÍAS "MES POR AÑO"

Un tema en el que también van a concentrar esfuerzos es en recuperar el beneficio de las pasantías "mes por año" que tuvieron años atrás y a través de las cuales podían ir a formarse a sus centros de derivación y luego volver a sus lugares de trabajo. "Tiene que ver con aprendizaje, pero también con la articulación de la red, con mejorar las derivaciones, por ejemplo. Eso se fue perdiendo poco a poco, y desde hace 2-3 años que no se hace del todo y ahora queremos recuperarlo. Ya presentamos el proyecto al servicio de salud y estamos a la espera de que ellos saquen la resolución para luego nosotros poder presentar a los colegas las pasantías. Es un tema en el que los EDF de Valparaíso sienten que están en desventaja, especialmente cuando ven que en otros servicios las pasantías sí se están realizando".

Dado el perfil urbano de los EDF en Valparaíso-San Antonio, y pese a los inconvenientes que han tenido, la Dra. Pérez espera "que los nuevos EDF de la jurisdicción se encanten con la Salud Primaria, porque después uno se va a hacer la especialidad y no vuelve a la APS. Cuando uno está en el hospital no se da esa relación tan estrecha con los pacientes porque los pacientes son de APS; uno los presta al hospital y después ellos vuelven al consultorio. Y es ahí donde se da el contacto más cercano, eso de conocer a las familias, su entorno, quien son vecinos o parientes, dónde trabajan, etc. Eso no lo vamos a ver en los hospitales. Y es lo más bonito de la APS".

Finalmente, la delegada EDF-SSVSA comenta que también esperan seguir fortaleciendo su agrupación. "Como Capítulo EDF, Valparaíso-San Antonio estaba un poco desorganizado, pero ahora hemos conseguido estructurarnos mejor. Estamos haciendo al menos una asamblea anual, en diciembre; este año esperamos sumar una reunión más. También pretendemos seguir construyendo nuestra relación con el servicio de salud y acercarnos más al Colegio Médico".

En el caso de la jurisdicción Valparaíso-San Antonio, la delegada de los médicos EDF-SSVSA, Dra. Mila Pérez, comenta que "el servicio de salud se ha ido adaptando paulatinamente a tener médicos EDF. Antes era un grupo muy pequeño, casi una situación peculiar dentro del servicio. En los últimos 3 años hemos hecho un arduo trabajo como directiva para ir haciéndonos parte y tomar peso al interior del servicio.

Ahora estamos trabajando más cercanamente con el Departamento de Capacitación y con el de Desarrollo de las Personas y de a poco se ha ido afianzando esa relación".

En materia de conflictos locales, si bien han tenido algunos, reconoce que son pocos. "Al principio, cuando hicimos el primer diagnóstico nos encontramos con muchos conflictos locales en las plazas, pero durante el año se fueron solucionando, como lo



Dra. Mila Pérez
Médicos EDF
S.S. Valparaíso San Antonio

Masiva asistencia al primer Curso de Salud Pública del Regional Valparaíso

La actividad –organizada por el Departamento de Salud Pública del Regional Valparaíso, en conjunto con la Universidad de Valparaíso– tuvo en su primera sesión a la presidenta del Colegio Médico, Dra. Izkia Siches, quien expuso acerca de los “Desafíos para la salud pública chilena”.

Con gran convocatoria comenzó el primer Curso de Salud Pública organizado por el Departamento de Salud Pública del Regional Valparaíso, en conjunto con la Universidad de Valparaíso.

En sus palabras de bienvenida a los asistentes, la presidenta del Departamento, Dra. Dora Silva, manifestó que “los problemas que tiene la salud pública en este país son una responsabilidad para nosotros muy importante, y decidimos que una buena actividad era invitar a los colegas a participar de un curso de educación médica continua. Queremos estar en la salud pública, queremos participar y mejorar las condiciones de salud de nuestra gente, también tiene que ver con la educación que recibimos, y de ahí la gran motivación de hacer este curso, para lograr imbuir a los colegas de esta mística con la salud pública, acercarlos, motivarlos y hacer crecer la salud pública de nuestro país”.

La sesión inaugural de este curso estuvo a cargo de la presidenta del Colegio Médico de Chile, Dra. Izkia Siches, quien



sostuvo que “El Colegio Médico y otras organizaciones médicas han sido muy relevantes en el desarrollo de las políticas públicas desde la creación del propio Servicio Nacional de Salud. No siempre nos hemos dedicado a la tarea gremial, sino que en nuestra institución los médicos siempre han estado mirando y pensando en Chile, y

también desafiando a las distintas autoridades a poder resolver los problemas. Y la idea es que aquí pase lo mismo y que este propio curso sea un semillero de activistas por la salud pública”.

En su exposición acerca de los “Desafíos para la salud pública chilena”, la Dra. Siches primero hizo un breve diagnóstico de la situación en Chile y señaló que “nuestro país cuenta con un sistema que tiene una estructura segmentada y fragmentada, con selección de riesgo, un gasto público insuficiente y con inequidad en el acceso. Este sistema segmentado hace que tengamos, por un lado, un sistema privado que preferentemente selecciona hombres jóvenes y sanos, mientras que, por otro lado, Fonasa tiene que acoger a adultos mayores con enfermedades crónicas, personas desempleadas y mujeres en edad fértil”.

Enseguida, se refirió al financiamiento del sistema, el que obtiene sus recursos de cotizaciones, aportes del estado y gasto de bolsillo, uno de los más altos de los países de la OCDE y que es considerado como una

importante barrera de acceso a prestaciones de salud.

A lo anterior se suma, además, la falta de regulación, que permite que, por ejemplo, las isapres puedan aumentar las primas en forma unilateral, forzando a los cotizantes a migrar a Fonasa cuando su riesgo de salud aumenta y su capacidad de pago disminuye, por encontrarse en una etapa laboralmente inactiva, y cuyas cotizaciones no se va con ellos al seguro público.

A continuación, la Dra. Siches se refirió a las propuestas contenidas en el documento “Construyamos acuerdos para la salud de Chile”, elaborado por el Departamento de Políticas de Salud y Estudios en 2018, en el marco del 70º aniversario de la fundación del Colegio Médico.

El documento presenta 10 líneas de acción, agrupadas en dos ejes estratégicos: prevenir y proteger. El primer eje contiene propuestas enfocadas en la prevención de patologías relacionadas con el medioambiente, la disminución del consumo de tabaco y alcohol, a una alimentación saludable y a una educación sexual integral; mientras que en el segundo eje se agrupan las estrategias relacionadas con la protección de quienes ya padecen enfermedades, como el financiamiento del sistema sanitario, un mayor y mejor acceso a medicamentos, políticas en materia de trasplantes, envejecimiento de la población y cáncer, entre otras.

La presidenta del Colegio Médico concluyó que urge una reforma estructural del sistema de salud. “Y esto tiene desafíos múltiples. Tenemos la idea de poder avanzar en estos acuerdos, pero queda mucho y necesitamos más gente dispuesta a transformar los centros donde trabaja, a desafiar al sistema sanitario. Aquí, en el Colegio

a nivel nacional y también en el Regional, van a encontrar un espacio para esos activistas. Los invito a que hagamos propios los desafíos sanitarios el país”.

Para cerrar, la Dra. Siches agradeció la invitación del Regional Valparaíso y su Departamento de Salud Pública por apoyar esta iniciativa. “Éstas son las actividades que esperamos se desarrollen en todo el país. Como Colegio hemos estado desafiando al gremio a recuperar este contrato social y también plantearnos desde la posición de qué ocurre con la salud en este país y como nosotros como médicos podemos potenciar a que ocurran estas transformaciones. Muchas de éstas son de consenso nacional, pero lamentablemente parece que esos consensos a la hora de materializarse, ya sea porque no tienen tanta visibilidad política o pública, o porque son esfuerzos de largo aliento, terminan siendo desestimados por los tomadores de decisiones. Es por eso que el gran llamado es que quienes participamos

dentro de los equipos clínicos tengamos una actitud mucho más propositiva y de alguna manera nos tomemos la salud pública, para que independiente del gobierno de turno efectivamente logremos avanzar”.

Esta sesión inaugural también contó con la presencia del presidente del Regional Valparaíso, Dr. Juan Eurolo; el secretario regional, Dr. Ignacio de la Torre; el consejero regional, Dr. Guillermo Witto; y el consejero nacional, Dr. Paulo Gnecco, quien además fue uno de los organizadores de la actividad.

Cabe mencionar que el curso se está desarrollando en sesiones mensuales, entre marzo y noviembre, será certificado por 60 horas pedagógicas, habiendo completado 75% de asistencia y aprobando el examen final. Además, cuenta con una plataforma web donde se publican las presentaciones y contenidos sugeridos por los expositores para profundización y lectura complementaria.



Doctores Paulo Gnecco, Guillermo Witto, Yuri Carvajal, Juan Eurolo, Izkia Siches, Aracely Banda, Dora Silva e Ignacio Hernández.

PROGRAMA CURSO DE SALUD PÚBLICA 2019

- 15 marzo: **Desafíos para la salud pública chilena**, Dra. Izkia Siches
- 12 abril: **Epidemiología con y sin números**, Dr. Yuri Carvajal
- 10 mayo: **Financiamiento en salud: discusión y propuestas**, Dr. Roberto Estay
- 07 junio: **Determinantes sociales en salud**, Dr. Mario Parada
- 05 julio: **Ley de aborto en tres causales**, Dra. Helia Molina
- 02 agosto: **Atención Primaria en Salud, ¿hacia dónde avanzar?**, Dr. Camilo Bass
- 13 septiembre: **Hospitales concesionados, ¿problema o solución?**, Dra. Vivienne Bachelet
- 11 octubre: **Industria farmacéutica y medicina basada en marketing**, Dr. Rodrigo Salinas
- 08 noviembre: **El derecho a la salud**, Dra. Soledad Barría





Experta en bioética expuso sobre la integridad profesional del investigador biomédico

El Departamento de Ética del Regional Valparaíso convocó a la Dra. Sofía Salas Ibarra para exponer en Viña del Mar acerca de las características éticas que debe tener el profesional que se dedica a la investigación.

“Características Éticas del Profesional Investigador” se denominó la Reunión Ampliada que en enero pasado organizó el Departamento Regional de Ética que dirige el Dr. Julio González Pardo.

Para esta nueva actividad, el Departamento invitó a exponer a la Dra. Sofía Salas Ibarra, experta en bioética e integrante del Departamento de Ética de la Orden. Salas es becada en Ciencias Fisiológicas, cuenta con un diplomado en Ética Clínica y Educación Médica (PUC), posgrado en Farmacología Clínica (Royal Postgraduate Medical School, Londres) y un diploma superior en Ética en Investigación (FLACSO, Argentina). Actualmente se desempeña como profesor investigador en el Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo.

En su presentación, la facultativa se refirió en primer lugar a la justificación ética

de la investigación en salud humana como la perspectiva de generar el conocimiento y medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas, y obtener resultados confiables que permitan tomar decisiones que repercutan en la salud de las personas y comunidades. Asimismo, destacó que, no obstante, estos valores no están por sobre la protección y respeto a la dignidad de los individuos.

Enseguida puso como ejemplo el caso de He Jiankui, investigador chino que hizo noticia el 2018 al afirmar haber obtenido, mediante la técnica de edición genética CRISPR, los primeros bebés modificados genéticamente. O Hwang Woo-suk, quien hizo creer al mundo en 2004 que había conseguido clonar células madre embrionarias por primera vez. El propio científico admitió haber falsificado algunos datos de sus investigaciones. El caso del “doctor clon”, provocó

numerosas reacciones y perjudicó la investigación en células madre embrionarias. O Piero Anversa, cuya investigación aseguraba que células madre regeneraban músculo cardíaco dañado. Fabricó o falsificó datos de 31 estudios. Los estudios no pudieron ser replicados, pero estimularon creación de empresas para implementar la tecnología. O Yoshihiro Sato, quien fabricó resultados respecto de la prevención de pérdida de la densidad ósea en docena de ensayos clínicos publicados en revistas internacionales.

A partir de estos ejemplos, la Dra. Salas señaló que los factores que hacen ética una investigación son el **valor social** (quiénes serán beneficiados, cuál sería el potencial beneficio para ellos, cómo podríamos disminuir potenciales impactos negativos), la **validez científica** (la capacidad del estudio para generar información confiable y válida), la **justa selección** (la asignación o distribución de los

beneficios de la investigación versus la carga que soportarán los participantes), el **balance R/B** (los sujetos no deben ser dañados, la investigación debe maximizar posibles beneficios, y minimizar posibles daños; y requiere evaluación sistemática de R/B), la **revisión independiente**, el **consentimiento informado** (información suficiente, capacidad para consentir y voluntariedad), el **respeto por los participantes y la colaboración**.

En cuanto a las consecuencias de las faltas a la integridad mencionó que los resultados fraudulentos ponen a pacientes en riesgo, se pierden recursos de salud en tratamientos ineficaces o inseguros, se vulnera el **fair play** en la carrera académica, se pierde la fe pública en la investigación. Sólo para ejemplificar este último punto cabe recordar las importantes consecuencias –que aún persisten– que generó el falso trabajo de Andrew Wakefield, que relacionó el autismo con las vacunas.

La Dra. Sofía Salas también se refirió a la Declaración de Singapur sobre la Integridad en Investigación (2010), que resalta que el valor y los beneficios de la investigación dependen de la integridad con la que ésta se lleva a cabo. La declaración plantea como principios fundamentales la honestidad en todos los aspectos de la investigación, responsabilidad en la ejecución de la investigación, cortesía profesional e imparcialidad en las relaciones laborales, y la buena gestión de la investigación en nombre de otros. Asimismo, describe 14 responsabilidades profesionales (VER RECUADRO) que son fundamentales para la integridad en la investigación, donde sea que ésta se realice.

Al cierre de su presentación, y a modo de conclusión, la Dra. Salas sostuvo que la integridad profesional de los investigadores es fundamental para contribuir a la confianza pública en la investigación. Asimismo, es importante que los mecanismos de control (CEC, pautas institucionales) funcionen, para así proteger a los sujetos que participan en ésta. La comunidad científica internacional debe dar garantías que cuando se traslada la investigación desde el laboratorio a su aplicación en humanos, se haga de manera responsable y segura. Y debe existir fuerte sanción a aquellos que violan los principios éticos de la investigación en seres humanos, incluyendo a los que hacen fraude.

Al finalizar la exposición hubo una activa participación de los asistentes, quienes pudieron consultar la opinión de la experta en diversas materias.

Así, por ejemplo, respecto de la revisión de fichas clínicas con fines investigativos, la Dra. Salas manifestó que ésta “debe obedecer a una necesidad científica bien fundamentada y analizada por un comité de ética, el que debe sopesar si aquello que se



pretende obtener como potencial resultado justifica una posible pérdida de la confidencialidad. El investigador tiene que tener súper claro por qué quiere hacer tal o cual investigación y debe convencer al comité de ética que su propuesta, que amerita de alguna manera cierta vulneración de confidencialidad, tiene una solidez científica tan importante que lo justifica. Asimismo, tiene que anticiparle al comité de qué manera va a evitar que datos sensibles lleguen a terceras personas, como la anonimización, por ejemplo”.



Doctores Estebeni Baltra, Sofía Salas y Julio González.

DECLARACIÓN DE SINGAPUR SOBRE LA INTEGRIDAD EN INVESTIGACIÓN

Responsabilidades

1. Integridad
2. Cumplimiento de las normas
3. Métodos de investigación
4. Registro/documentación de la investigación
5. Compartir resultados
6. Autoría responsable
7. Reconocimiento en publicaciones
8. Revisión por pares
9. Conflicto de intereses
10. Comunicación pública
11. Reportar conducta irresponsable
12. Respuesta a prácticas irresponsables
13. Ambiente para investigación
14. Consideraciones sociales (balance beneficios sociales vs riesgos inherentes al trabajo investigativo)

Médicos APS de Valparaíso se aprontan a formar Capítulo Médico

La agrupación de profesionales porteños viene trabajando desde hace algunos años en poder organizarse y esperan en mayo próximo constituirse formalmente.



Algunas de las reuniones de la agrupación.

Cerca de 30 son los médicos de Atención Primaria de Salud (APS) de Valparaíso que mensualmente se reúnen para tratar sus temas. "Tenemos un universo de 60 médicos, de los cuales 45 están en nuestra agrupación; de éstos, a las reuniones asisten 30", afirma el Dr. Juan Vargas, médico de familia del Cesfam Esperanza, quien junto a los doctores David Guerra y Sindy Montoya integran la directiva provisoria de la agrupación. El facultativo comenta que vienen trabajando desde hace algunos años en poder organizarse y esperan en mayo próximo constituir formalmente el Capítulo Médico.

La agrupación que forman actualmente ha conseguido ser "un espacio de integración para los médicos que se desempeñan en la APS en Valparaíso, de comunicación con los especialistas, de apoyo en el tema de interconsultas y contrarreferencias, y también para sostener una adecuada relación con el director del área de salud de la Corporación Municipal. Acá los médicos están en agrupaciones como la Confusam y Aprusam, pero echábamos en falta un espacio donde poder discutir nuestros problemas específicos. Este grupo se reúne desde hace varios años, y los últimos dos años pasamos de tener 6 o 7 colegiados, a ser 30, con lo que ya estamos en condiciones de formar un Capítulo Médico".

Entre los desafíos que se han planteado está poder mejorar sus remuneraciones, que "son comparativamente más bajas que, por ejemplo, las de Viña del Mar". El Dr. Vargas relata que en la visita que hace algunos meses realizó al Cesfam el alcalde porteño Jorge Sharp, el edil manifestó a los

gremios su intención de elaborar un plan de mejora de sueldos. Con esto, los médicos esperan que el tema pueda comenzar a discutirse durante este año. "Lo menos que podríamos aspirar es que se igualen las remuneraciones con nuestros vecinos de Viña del Mar", afirma.

Asimismo, esperan mejorar el arsenal farmacológico y que los procesos se realicen adecuadamente. "A veces nos encontramos con que por una falla administrativa, como la falta de una firma, nos faltan medicamentos, y pasan algunos meses en que los pacientes crónicos no tienen sus remedios. Y eso, naturalmente, ha generado molestia. Consideramos que cosas como éstas no pueden suceder, sobre todo porque no se ha debido a falta de recursos sino a fallas administrativas, descuidos que perjudican a los pacientes".

El tema de las agresiones al personal de salud tampoco es ajeno a la comuna de Valparaíso y "han habido algunos casos de agresiones verbales y físicas tanto a médicos como al resto del personal de salud". En este aspecto dice que se ha hecho un trabajo de sensibilización con los usuarios, pero no se han tomado medidas concretas tales como presencia de guardias, botones de pánico o puertas de seguridad. Lo que creen de mayor utilidad es la presencia de personal de seguridad. "Hay guardia en la tarde, generalmente después de las 5, y hay noche, pero no lo hay en los momentos de mayor afluencia de público que es cuando se hace más complicado el manejo, entonces preocupa que no tengamos alguien que represente seguridad y protección para el personal", afirma.

CRÍTICAS AL SISTEMA

En relación al actual modelo de salud en el que está inserta la Atención Primaria, el Dr. Vargas critica la visión meramente asistencialista que se tiene del personal médico. "Se nos ve como obreros de la medicina, que simplemente estamos para atender pacientes. Y cuando tenemos una dirección de salud que está presionada por el Servicio de Salud para el cumplimiento de metas de atenciones, entonces dejamos de hacer prevención y promoción de salud con la comunidad, y eso significa que luego nos llenamos de pacientes que consultan por temas sobre los que debieran saber de antemano qué hacer". Ese mismo asistencialismo hace que también sea más complicado obtener permisos, por ejemplo para reuniones, "porque como está la idea de que el médico está para ver pacientes, no se piensa que las reuniones también son necesarias para la coordinación del equipo, planificar acciones para mejorar la salud y mejorar la gestión. Hay un tema ahí respecto de la concepción de salud que creemos que debe analizarse en forma global", afirma.

Otra crítica que desliza es el alto tránsito de los médicos en APS. "En los 19 años que llevo acá he visto que la mayoría de los médicos duran 3 o 4 años y luego se cambian de consultorio o se van a hacer una beca, y eso se debe, en parte, a la formación tradicional, que está fuertemente orientada hacia las especialidades. Pero lo que hacemos en Atención Primaria ayuda a que después tengamos menos pacientes en el hospital, donde se gastan más recursos. Por eso creo que la APS es un espacio que se debe cuidar más".

Dr. Jaime Contreras asume como nuevo tesorero regional

El 14 de enero pasado, en la primera sesión de Consejo Regional de este 2019, se realizó la elección del nuevo tesorero regional, función que recayó en el consejero regional Dr. Jaime Contreras Tenenbaum, quien reemplaza al Dr. Guillermo Witto Arentsen, quien dejó el cargo en diciembre de 2018.

El Dr. Contreras asume este importante desafío en un momento en que el Colegio Médico precisamente está modernizando su estructura de manejo financiero a lo largo de todo el país, con nuevos programas y nueva metodología.



Dr. Jaime Contreras.

Regional Valparaíso integra Mesa de Seguridad y Prevención de Agresiones del SSVQ



La sesión de constitución de la mesa de seguridad contó con la participación del consejero nacional Dr. Hugo Reyes (Foto: SSVQ)

Como parte de las medidas que está adoptando el Ministerio de Salud para abordar las agresiones que han sufrido funcionarios de la salud tanto en la red hospitalaria como en la atención primaria, se constituyó formalmente en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota la Mesa de Seguridad sobre Prevención y Tratamiento de las Agresiones a los Trabajadores del Sistema Público de Salud.

La reunión de constitución fue encabezada por la subdirectora de Gestión de las Personas del SSVQ, Pamela Miranda –en representación de la directora del servicio, Solene Naudon–, y en ella participaron representantes del SSVQ, Fenats, Confusam, Colegio Médico, de la Asociación de Municipalidades y de la Subsecretaría de Prevención del Delito.

En la oportunidad se realizó una presentación de los objetivos de la mesa, tales como: velar por la correcta aplicación

y permanente difusión de la norma general administrativa sobre agresiones a los funcionarios; elaborar un plan de trabajo anual que implique generación e implementación de medidas preventivas, propuestas de acciones de difusión y socialización para funcionarios y usuarios acerca del tópico de las agresiones y sus consecuencias, acciones para perseguir la responsabilidad de agresores y actuaciones en casos de incidentes y accidentes graves. También llevar un registro y análisis de los impactos de las medidas implementadas y hacer seguimiento del estado de las denuncias en la red, entre otros.

El Consejo Regional Valparaíso valoró esta instancia intersectorial de trabajo destinada a buscar estrategias preventivas e implementar protocolos de acción efectivos, y designó como representante para integrar la mesa al consejero regional Dr. Guillermo Witto.

Regional Valparaíso ofrece nuevo curso de preparación para el EUNACOM

Una nueva versión del Curso de Actualización en Conocimientos Médicos y Preparación EUNACOM puso a disposición de los médicos de la zona el Departamento de Educación Médica del Regional Valparaíso, en el marco de sus actividades de educación médica continua.

El curso está dirigido a médicos generales titulados en Chile o el extranjero que deseen actualizar sus conocimientos en las diferentes áreas de la medicina, con especial énfasis en medicina interna. Considera una preparación para rendir el EUNACOM de julio y diciembre, por lo que se incluyen conceptos de cirugía, ginecología y pediatría.

El curso tiene modalidad *online* y autogestionable, por lo que al momento de inscribirse, los alumnos tendrán acceso a todo el material disponible, el que está diseñado por profesionales médicos de la Región de Valparaíso, que tienen experiencia en las materias del curso y participan en la docencia de pre y posgrado de las universidades de la zona. Esta modalidad tiene la ventaja de habituar al estudiante en la metodología de estudio necesaria para enfrentar los distintos escenarios clínicos que se presentan durante su labor profesional.

Cada alumno contará con una clave de acceso a la plataforma web, donde podrá revisar el material y documen-

tos seleccionados por los profesores del curso para reforzar sus conocimientos. Además, la plataforma permite generar ensayos similares al EUNACOM, que cada participante deberá rendir en las fechas indicadas en el calendario y un espacio de consultas virtuales para resolver dudas con los especialistas y el profesor coordinador, quien monitorizará los progresos individuales y hará las recomendaciones necesarias para optimizar los logros de los estudiantes.

La información completa del curso se encuentra disponible en nuestro sitio web:
www.colegiomedicovalparaiso.cl

Falmed anuncia cambios en su nómina de abogados para Valparaíso



El pasado 24 de enero, el presidente del Regional Valparaíso Dr. Juan Eurolo recibió la visita de una delegación Falmed encabezada por su presidenta, Dra. Bárbara Puga; la gerente general, Macarena Renard; el abogado jefe de Falmed nacional, Juan Carlos Bello; la abogada jefe de Falmed Valparaíso, Isabel Salas; y la abogada de Falmed Valparaíso, Adriana Latorre.

En la cita, se anunció el traslado a Santiago de la abogada jefe de Falmed Valparaíso, Isabel Salas, para ser reemplazada en el cargo por la jurista Adriana Latorre. Además, se informó la incorporación al equipo jurídico local del abogado Alejandro Aguilar.

Juan Carlos Bello, Adriana Latorre, Isabel Salas, Juan Eurolo, Bárbara Puga y Macarena Renard.

Colegio Médico expuso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos por contaminación en “zonas de sacrificio”

En representación de la Orden, participó la Dra. Juanita Fernández, quien fue invitada a integrar la delegación que expuso en la ronda de audiencias públicas de la CIDH realizada en Sucre, Bolivia.

A mediados de febrero se realizó en Sucre, Bolivia, la 171ª sesión de audiencias públicas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), instancia a la que acuden organizaciones de la sociedad civil del diversos países para presentar los casos en que consideran que los derechos humanos están siendo perjudicados. En lo que concierne a Chile, se expuso la situación de riesgo inminente a la cual está expuesta la población de las llamadas “zonas de sacrificio”, particularmente en lo que a su salud se refiere.

La delegación que presentó el caso chileno estuvo integrada por Alejandra Donoso, abogada de la ONG Defensoría Ambiental; la Dra. Juanita Fernández, en representación del Colegio Médico; y Katta Alonso, presidenta de la agrupación Mujeres en zonas de sacrificio en resistencia y habitante de la localidad de Ventanas, Puchuncaví.

En primer lugar, la abogada de la Defensoría Ambiental explicó a la Comisión que el concepto de “zona de sacrificio” existe desde la década del 70 y que el informe del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) de 2014 reconoce al menos 5 zonas: Tocopilla, Mejillones, Huasco, Quintero-Puchuncaví, y Coronel. En ellas, se dan situaciones como “devastación ambiental, desarrollo industrial concentrado y exageradamente cerca de donde viven las personas, múltiples vulneración de derechos humanos, empobrecimiento de las comunidades. Por lo tanto, hay injusticia ambiental evidente por cuanto los beneficios de las industrias se reparten difusamente entre la sociedad toda, mientras que los costos ambientales son soportados por personas en situación de vulneración social y económica”, argumentó.

La abogada sostuvo que “el origen de estas zonas de sacrificio se explica por una aprobación desmedida de industrias contaminantes y peligrosas, una escasa e insuficiente fiscalización por parte del Estado y en un marco de deficiencia y laxitud normativa (...) además de instrumentos de gestión ambiental francamente deficientes al igual que la institucional ambiental. Las industrias contaminantes no se hacen cargo de sus externalidades negativas y el Estado no ha exigido la debida diligencia a las empresas por tanto, ha incumplido sus deberes de respeto, garantía y promoción de los derechos humanos”.

Por su parte, la Dra. Juanita Fernández, entonces presidenta del Departamento de Derechos Humanos, Medio Ambiente y Biodiversidad del Regional Valparaíso (VER RECUADRO), manifestó que “como médicos nos preocupa la salud de la población. Antofagasta, Quintero, Huasco, por ejemplo, tienen presencia industrial contaminante hace más de 50 años y muestran daño acumulativo. Los casos de Antofagasta y Puchuncaví-Quintero resultan emblemáticos, porque son zonas en la que la actividad industrial contaminante lleva





Katta Alonso, Alejandra Donoso y Juanita Fernández.

funcionando más de 50 años y muestran el daño acumulativo que el tiempo de exposición al riesgo puede causarle a la salud de la población en otras zonas del país, de seguir en esta misma senda. A su vez, Quintero cuenta sólo con un hospital pequeño, cuya pobreza de recursos no se condice con la enorme riqueza que genera el complejo industrial adyacente y no está preparado para atender emergencias de este tipo. Es importante aclarar que la afectación por contaminantes no es ni puede ser homogénea, siempre habrá mayor susceptibilidad a menor edad de exposición, en embriones, en pacientes de avanzada edad o con patología crónica previa".

RENUNCIA AL CARGO

En enero de este año y junto con entregar la memoria del trabajo realizado durante 2018, la Dra. Fernández presentó su renuncia –a contar del 1 de marzo– al cargo de presidenta del Departamento de Derechos Humanos, Medio Ambiente y Biodiversidad que desempeñaba desde 2013. "Estimo que luego de un año 2018 tan interesante y lleno de acontecimientos, hemos llegado al fin de un ciclo. Al menos en lo personal estimo que he entregado mucha energía y trabajo. Me parece que es necesario un cambio, una inyección de energía nueva que en este momento no estoy en condiciones de entregar. Creo que el Departamento debe ser liderado por otros colegas, más jóvenes, más llenos de proyectos, que completen los pendientes y profundicen lo ya realizado", indicó.

Agregó que "la afectación por contaminantes es más susceptible para embriones, para adultos mayores. Hoy ya no es posible negar la relación directa entre contaminación y patologías graves de la salud. Como médicos nos resulta inaceptable que importe más la ganancia económica que la salud y el medio ambiente. En consecuencia, coincidimos en la necesidad de recomendar al menos la Homologación de las Normas de Calidad primaria y secundaria con las normas de la OMS".

Katta Alonso, en tanto, explicó que se han visto "en la obligación de recurrir a esta instancia debido a que en Chile se vulneran en forma permanente y sistemática los derechos humanos de los habitantes de las zonas de sacrificio, lugares que concentran un alto número de empresas peligrosas y contaminantes como son termoeléctricas a carbón junto a fundiciones de cobre y de hierro, cementeras, plantas químicas, terminales de gas, de petróleo, minerales, plantas de explosivos y celulosa, todas ellas a corta distancia de los lugares donde habitan nuestra comunidades. Vivimos rodeados de familiares que padecen y fallecen de cáncer, muchos de nuestros niños sufren problemas cognitivos y neurológicos, presencia de metales pesados, altos índices de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Sin recurrentes intoxicaciones masivas producto de emisiones de contaminantes industriales, como la ocurrida hace sólo 5 meses con más de 2 mil personas atendidas en los centros de salud, sin que hasta hoy el estado nos

haya informado de las causas que provocaron este hecho. Nuestras autoridades cerraron las escuelas y no las industrias que emitieron estos contaminantes".

Alonso fue la encargada de solicitar a la CIDH sus buenos oficios para que el Estado de Chile adopte algunas recomendaciones tales como seguimiento y monitoreo permanente y tratamiento a la población infantil, homologación de las normas de calidad de aire a los parámetros que recomienda la OMS, reposición de la norma de calidad de arsénico respirable, implementación de normas de calidad de suelo mar y agua dulce, y que todas las empresas de estas zonas ingresen a estudios de impacto ambiental. "Lo que pretendemos es poder vivir por fin en un ambiente limpio y libre de contaminación, que nuestros niños tengan el derecho de crecer sanos y seguros y, así, restaurar nuestra dignidad, identidad, cultura y trabajo, recuperando la pesca, agricultura, ganadería y el turismo", concluyó.

Las posturas de la sociedad civil fueron contestadas por el Estado de Chile, representado por José Ignacio Vial, jefe de gabinete del subsecretario del Ministerio del Medioambiente, y Daniela Godoy, jefa de la División de Políticas Públicas del Ministerio de Salud, además de un representante de la Cancillería, quienes entregaron información sobre las principales medidas tomadas y legislaciones involucradas en materias medioambientales, en especial en cuanto a las crisis. Pese a que descartaron que



La Dra. Fernández durante su intervención.

el concepto "zona de sacrificio" sea el que corresponda, reconocieron que hay problemas graves en las localidades.

En la réplica a la intervención de los representantes del Estado chileno, las organizaciones civiles manifestaron que las medidas señaladas por el Estado no se hacen cargo de la reparación. "No basta con el esfuerzo que se haga por mejorar la atención de salud de la población si no se actúa sobre las causas que inciden en los daños producidos. Eso es básico (...) En específico, en la crisis que se produjo hace 5 meses, hasta el día de hoy no tenemos por parte del Estado un informe detallado de las causas ni los elementos que produjeron los casos de contaminación (...) Vemos que hay un discurso que estamos muy agradecidos de que exista, pero en la práctica no es mucha la ayuda; o falta o es deficiente", sentenció la Dra. Fernández.

Del mismo modo, la CIDH consideró que Chile ha actuado de manera "pasiva" respecto a las vulneraciones de derechos humanos que tienen lugar en aquellas zonas de sacrificio, postura que fue apoyada por Birgit Gerstenberg, representante para América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).

Gerstenberg, quien visitó Quintero en octubre de 2018, en el marco de la intervención del INDH a propósito de los episodios de contaminación que gatillaron la crisis medioambiental, dijo que presencié en terreno la afectación a los derechos humanos y el deterioro en la calidad de vida de los habitantes.

Gerstenberg explicó a la CIDH que "la normativa ambiental en Chile que garantiza el derecho de toda persona a vivir en un medio ambiente libre de contaminación y que regula la obligación de

las empresas de someter sus proyectos industriales a evaluación ambiental data de 1994 y su aplicación no es retroactiva. Consecuencia de ello, muchos procesos productivos iniciados antes de 1994 operan sin ser evaluados ambientalmente, sea privados o estatales. El país no se posee legislación de calidad ambiental de arsénico, cadmio, cobre y plomo y las normas de emisiones no están ajustados a los estándares de la OMS".

En seguida, se refirió a algunas de las recomendaciones que varios mecanismos internacionales de promoción de los DDHH, incluyendo durante su reciente Examen Periódico Universal (EPU, enero 2019), han formulado al Estado chileno:

- Acelerar la implementación de programas de recuperación socioambiental y desarrollar normas de calidad ambiental de acuerdo con los estándares internacionales de la OMS.
- Enmendar con medidas adicionales el plan de acción nacional sobre empresas y derechos humanos para garantizar su implementación sólida en el sector empresarial, a fin de reducir los impactos negativos tanto en los derechos humanos como en el medio ambiente.
- Garantizar la participación ciudadana en los procesos de evaluación ambiental que puedan tener impacto en sus derechos humanos.
- Elaborar reglamentos y direc-

tivas claras para la evaluación del impacto social y ambiental que puedan tener los proyectos e explotación de recursos naturales, particularmente aquéllos que se desarrollan en territorios indígenas.

• Velar por que las empresas, especialmente las empresas industriales y las industrias extractivas cumplan efectivamente las normas nacionales e internacionales sobre el medioambiente y la salud, y que el cumplimiento de esas normas sea objeto de una vigilancia efectiva y las infracciones den lugar a sanciones y reparaciones adecuadas.

• Chile debe garantizar el acceso a la justicia y a remedios efectivos a las comunidades afectadas. Asimismo, se recomienda que el Estado chileno reconsidere el retiro del Acuerdo de Escazú y otorgue la debida protección a los defensores ambientalistas.

Cerró las intervenciones la comisionada Esmeralda Arosemena de Troitiño (presidenta de la CIDH), quien manifestó que "la propia denominación 'zona de sacrificio' conlleva un mensaje: estamos allí sacrificando derechos, se muestra lo que representa para la población lo que tienen que sacrificar, el sacrificio de las vidas". Junto con ello, sugirió que, "en esta integración de comunicación sociedad civil y Estado, se pudieran dar respuestas de una manera más directa, de una manera que realmente impacte, y empecemos a buscar una posición de obligatoriedad respecto de que tenemos de velar por la protección de los derechos humanos, particularmente en esas zonas", concluyó. (Fotos:OEA)



Birgit Gerstenberg, representante regional del ACNUDH.



Campaña de vacunación contra la fiebre amarilla en Kinshasa, República Democrática del Congo (RDC) (Foto: Dieter Telemans).



DR. JOHAN ÁLVAREZ Y SU TRABAJO EN MÉDICOS SIN FRONTERAS

Hace algunos años conocimos al Dr. Johan Álvarez Leiva liderando Medicina Todo Terreno (MTT), la organización médico-humanitaria –la primera en Chile– que por varios años se dio a la tarea de identificar y colaborar en la reducción de las situaciones de desigualdad, exclusión e inequidad en salud tanto en Chile como en otros lugares de Latinoamérica. Su interés por la labor humanitaria lo llevaron a sumarse a la organización internacional Médicos Sin Fronteras (MSF), donde participa desde 2015.

“Desde que entré a estudiar Medicina siempre tuve interés por profesionalizar mi carrera hacia la labor humanitaria. MTT fue uno de los tránsitos en ayuda a Latinoamérica, pero siempre tuve en la mira trabajar en una organización internacional como MSF que tiene varias décadas de trabajo humanitario y un sólido principio de independencia. Postulé y como tenía un *background* que era relevante en este ámbito, quedé inmediatamente”.

Su primera misión fue en lo que califica como “uno de los países más duros para aprender”: República Centroafricana (RCA), que por más de 20 años ha sufrido reiteradas crisis políticas y mili-

“UNO VUELVE CAMBIADO DE ESTAS EXPERIENCIAS”

tares, y donde su población tiene enormes dificultades para conseguir atención médica, debido al desplazamiento forzoso a causa de los grupos armados y a las carencias de un sistema de salud de pocos recursos.

Allí, fue responsable de coordinar las actividades médicas en el Hospital de Kabo, en la región Ouham, principalmente como referente técnico para apoyar y reforzar las competencias del personal local de cara a las diferentes situaciones clínicas y sanitarias que ocurrían en el hospital y en las zonas rurales cercanas.

“Me tocó enfrentarme a cosas que sólo había escuchado alguna vez a otros, pero que acá estamos lejos de vivir: un país en conflicto armado, con grupos de guerrillas y donde continuamente hay epidemias o flujo masivo de heridos. Entonces, fue entender que la medicina puede ser súper plástica, y entender

que todo lo que había aprendido en la escuela de medicina o en los servicios de urgencia en los que había trabajado, era sólo una parte de sistematizar el trabajo de un médico y que en el fondo había muchas más formas de trabajar”.

Dentro de todo lo que le ha correspondido hacer en las misiones en las que ha participado, el Dr. Álvarez señala que lo más duro fue la atención de víctimas de tortura. “Me ha tocado en dos contextos, uno en RCA donde la tortura es parte de la guerra entre los distintos grupos armados, y también en México a través del programa Migrantes que trabaja un centro de atención integral de víctimas de torturas. “Para mí fue un desafío desde el punto de vista médico atender a víctimas de tortura y tratos inhumanos porque no se trata únicamente de un problema de salud física. Es también un problema sociológico y antropológico que crea heridas visibles e invisibles”. Fue fuerte, porque el grado de crueldad de los relatos... efectivamente, la realidad supera cualquier ficción”.

Del mismo modo, las fiebres hemorrágicas representan una realidad difícil de enfrentar, tanto por la atención a los pacientes como por las secuelas. “A ve-



El equipo de MSF prepara la campaña de vacunación contra la fiebre amarilla en Kinshasa, RDC (Foto: Dieter Telemans).

ces uno se ve enfrentado a una realidad en la que estamos luchando contra una enfermedad, como el ébola, por ejemplo, que tiene alta letalidad, y donde si bien hay muchas escuelas conocidas, hay otras aún en estudio, entonces nos enfrentamos a tratar de salvar una población, pero asumiendo que la vamos a dejar en una realidad que es súper dura. Eso también me costó bastante”.

El Dr. Álvarez reconoce que “lo más difícil es decidir dónde intervenir frente a la escasez de recursos. Necesidades siempre vamos a encontrar, así que muchas veces tenemos que priorizar, y parte de mi labor es también ayudar en la toma de decisiones, de evaluar qué problemas médicos podremos hacer frente. Creo que eso es lo más complicado, la priorización. Muchas veces es dolorosa porque te gustaría poder ayudarlos a todos. A veces sabes que si uno de tus pacientes estuviera en otro país sí podría acceder a tratamientos y ahí te invade la sensación de rabia, de injusticia. Pero, por otro lado, sabes también que por algo estás ahí tratando de colaborar”.

Frente a la necesidad de priorizar recursos limitados y optar por colaborar con un problema médico o no con otros, es inevitable el sentimiento de frustración que produce no poder dar asistencia a todo el que lo necesita. Ante esto, “MSF tiene una unidad de soporte psicosocial a la que uno puede acceder en cualquier momento, pero yo creo que también va mucho en la resiliencia que cada uno ha podido desarrollar en la vida en general y en los mecanismos propios de recuperación”.

Asimismo, cree que enfrentar este tipo de situaciones no es tan diferente a lo que pueda sentir a diario el personal de salud de muchos hospitales chilenos. “Creo que el sufrimiento de un paciente que está en un hospital de acá esperan-



Una familia en el centro de vacunación de la región de Mfumu Nkento, RDC (Foto: Dieter Telemans).

do atención y el de un niño que tal vez está esperando un programa de nutrición en África, no se pueden poner en una balanza. El sufrimiento es el mismo, el pesar es el mismo. Y lo mismo con la frustración que surge cuando nos encontramos con algo que no podemos hacer. Ya sea en una posta de un hospital en Chile o en África, la situación de atender a una persona que está sufriendo es la misma al fin y al cabo. Al igual que aquí, tenemos que quitarnos esa capa de superhéroe que cree que lo puede hacer todo y aceptar la vulnerabilidad cuando no puedes hacer algo y reconocer que te afecta el sufrimiento de un paciente. Cuando uno lo vive con normalidad y entiende que estas cosas pasan, se desencadenan de una manera mucho más positiva y espontánea”.

Pero frente a la necesidad de trabajar con recursos escasos, aflora la creatividad. “Por ejemplo, estábamos en un país en conflicto armado donde la priorización es la atención a las víctimas de estos conflictos más los sobrevivientes de epidemias como la malaria, cólera, etc., y dentro de ese contexto recuerdo la llegada de un niño de unos 14 años que ya no caminaba, y que la comunidad lo había desahuciado. Cuando lo veo me doy cuenta de que en realidad tenía una psoriasis muy avanzada y probablemente una artritis reumatoide juvenil. Empezamos a tratar la artritis con lo que teníamos ahí, que eran corticoides orales en pulsos, pero para la psoriasis en realidad

era súper poco lo que podíamos hacer, así que con exposición al sol y medicina tradicional, como el uso de aceite de karité, sacamos al niño adelante y recuperó su piel. Fue un caso bonito porque a ese niño de verdad habían considerado que

PROFESIONALIZACIÓN DE LA LABOR HUMANITARIA

Respecto de por qué decide dejar nuestro país y desarrollar la labor humanitaria en el extranjero, refiere que “en Chile, y en general en América Latina, todavía se piensa que la asistencia humanitaria, la gestión humanitaria o médico-humanitaria es como un voluntariado, o que se maneja así, desde la voluntad y el pulso. Y en realidad no es así. Diría que está igual o más sistematizado, igual o más estudiado que un cirujano que se dedica, por ejemplo, a la cirugía bariátrica endoscópica”. Es más, cree que la labor médico-humanitaria puede que esté incluso más estandarizada, “porque no basta los conocimientos médicos, también hay que saber cómo ayudar y para poder definir eso tiene que haber mucho estudio detrás, mucho aprendizaje, sobre todo porque hay que homogeneizar patrones y criterios para poder trabajar con médicos de muchos otros lugares del mundo”.



Entrada del Hospital de MSF en Kobo, RCA (Foto: Boris Matous/MSF).

no tenía cura, en el hospital de la zona no estaban capacitados para poder diagnosticarlo, y como yo había generado una buena cercanía con la comunidad, me lo llevaron pensando que tal vez algo podía hacer. Cuando me vine el niño ya estaba caminando y hasta corría”.

A partir de experiencias como ésta, el Dr. Álvarez reflexiona que “la medicina puede efectivamente ser plástica, puede romper esquemas también. A veces, al menos acá en Chile, estamos tan temerosos por el tema de la judicialización de la medicina, y que la medicina tiene que ser súper técnica, que nos entrapamos en eso y olvidamos que a veces la medicina, como en sus inicios, puede ser muy creativa”.

LOS “EVENTOS DE SEGURIDAD”

Integrar una organización como MSF es asimismo asumir que muchas veces se estará enfrentado a situaciones difíciles no sólo desde el punto de vista sanitario, sino también de seguridad. “Si bien MSF trabaja mucho por disminuir el riesgo, siempre hay cosas que pueden escapar a lo previsto y ocurren los llamados ‘eventos de seguridad’ como asaltos armados o secuestros. Son cosas que uno asume como parte de lo que implica este trabajo, pero son muy pocos y MSF cuenta con estrategias relativas a la seguridad, como guías y protocolos que son continuamente actualizados, y con personas específicamente responsables de la seguridad en cada equipo. Además, siempre tenemos la opción para una misión en caso de sentirnos inseguros, y eso igual nos da tranquilidad porque sabes que si en un momento determinado sientes que puedes correr algún peligro, lo manifiestas y MSF te facilita la salida de la misión”.



Un migrante de Honduras mira el mapa de México distribuido por los equipos de MSF. Muchos de los jóvenes migrantes no son conscientes de la distancia geográfica y el clima extremo que se avecina en su camino hacia la frontera de los Estados Unidos (Foto: ...)

Entre estos viajes a otras latitudes, este joven médico considera que también han habido otros viajes más profundos. “Hay uno que es en lo profesional, que tiene que ver con aprender nuevas modalidades de la medicina. En la universidad enfatizan mucho aquello de la medicina basada en la evidencia, que es súper importante a nivel mundial y en políticas de salud pública concretas a largo plazo, pero en estas experiencias aprendes a ser abierto y flexible, a modificar aquello que tal vez traes de tu formación de base”.

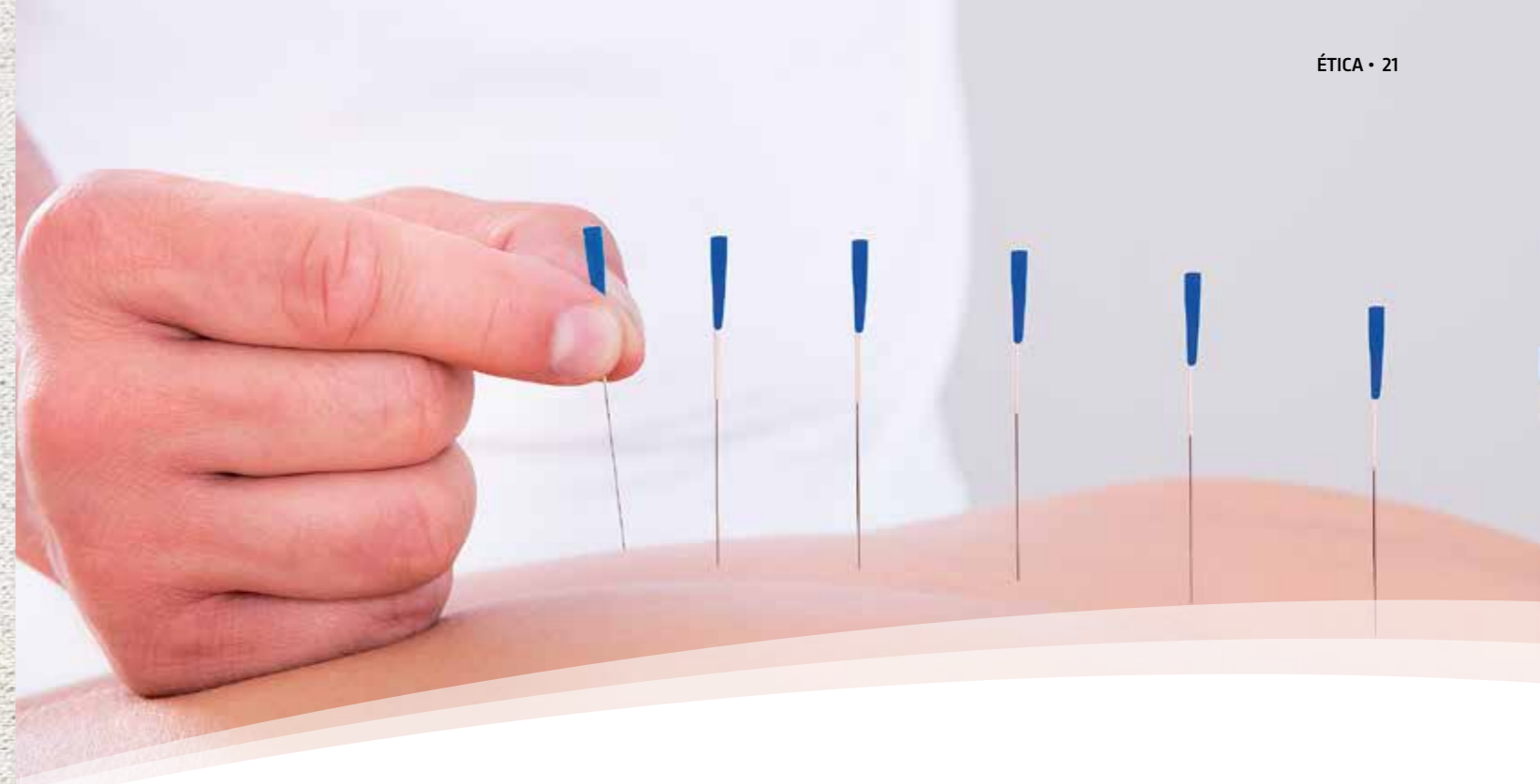
También hay un viaje más personal, donde “uno se deconstruye y aprende a entender que la felicidad y este concepto de salud que se promueve tiene muchas más aristas delas que conocía. Sobre todo la empatía se optimiza al máximo porque estás tratando de entender una realidad que es súper compleja, y realmente aprendes a ver al otro no como paciente sino como persona. Creo que uno definitivamente vuelve cambiado de estas experiencias”.

Y sin duda que también se dan experiencias gratificantes. “Por ejemplo, de las cosas satisfactorias que atesoro, está cuando tuvimos una alerta de fiebre hemorrágica y el equipo se logró poner en coordinación que logramos detener en un par de días lo que podría haber sido una catástrofe. Eso es otra cosa que me gusta mucho de la gestión humanitaria: cómo todo el personal está sensibilizado con esa realidad, todos trabajan en pos de eso. A veces recibíamos una alerta de que íbamos a tener un arribo masivo de heridos por conflicto armado y todo el hospital se ponía en plan de emergencia para poder atender a estos pacientes. Y esto implicada

que además de las altas anticipadas, que el personal entero se pusiera en sintonía. Así, por ejemplo, recuerdo el traslado de muchos pacientes de medicina interna a la maternidad del hospital, y las matronas haciéndose cargo de los pacientes de medicina interna. Hacer eso acá es impensable, pero en estos contextos todos entienden muy bien la realidad y eso es muy positivo porque te da una sensación de un verdadero trabajo en equipo”.

Otro caso que recuerda fue “una vez que fuimos a brindar asistencia médica a un campo de desplazados cercano a la frontera de RCA con Chad. Allí realizamos actividades preventivas, vacunaciones, pesquisas por malnutrición, control de mujeres embarazadas, de repente me vi rodeado por cerca de 100 mujeres contándome todo lo que habían pasado para poder retornar a RCA y lo contentas que se sentían con ver que estaba MSF ahí para poder ayudarlos. En contextos como ése, un puesto de salud de MSF es esperanza y protección. Y lo otro es que la comunidad en general es súper agradecida. Puede sonar gracioso, pero no sé a cuántos niños les pusieron mi nombre porque tal vez las familias se sintieron salvadas por un acto médico, cuando muchas veces era simplemente atenderlos oportunamente y parar a tiempo una neumonía, algo que pudiese ser tan sencillo estando en Chile”.

Respecto a la intensidad diaria de la actividad, el Dr. Johan Álvarez reconoce que si bien el trabajo a veces es 24/7, sobre todo en situaciones de urgencia, “siempre hay pausas para un poco de relajación. Uno busca momentos o los inventa. Recuerdo una vez en que lo único que teníamos disponible eran unas raquetas de bádmiton que algún colega había dejado y organizamos campeonato con el personal. O si alguien sabe yoga hace clases para otros. Por ejemplo, yo practico acrobacia, y una vez llevé una cuerda y una tela acrobática, y tuve oportunidad de enseñarle a mis colegas y a los niños. Estos momentos siempre son necesarios”.



Consideraciones éticas en relación a la práctica de medicinas alternativas y complementarias

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

En las últimas tres reuniones del Departamento de Ética estuvimos abocados a hacer una revisión actualizada de los conceptos imperantes entre las autoridades médicas y en la población general acerca de la efectividad y validez de la utilización de terapias alternativas y complementarias, la legitimidad de su uso y el marco legal en que se desarrolla, en respuesta a la inquietud de muchos colegas y a una formal solicitud hecha por nuestro Consejo Regional del Colegio Médico.

Inicialmente, la tarea resultó compleja porque nuestras visiones sobre el tema eran variadas y a veces bastante antagónicas, pero pronto –a través del ejercicio de una paciente deliberación– pudimos avanzar en la revisión de las características y en los fundamentos de cada una de esas terapias, en sus versiones más conocidas, y analizarlas en el contexto histórico de la medicina, esbozando algunos criterios generales y orientaciones de consenso que pudiesen ser de utilidad a nuestros colegas.

Como todos sabemos, la práctica de la atención médica se desarrolló desde los albores mismos de la humanidad, inicialmente en forma aleatoria y empírica, a través de interpretaciones cada vez más

ajustadas a la realidad y a la experiencia, tratando, poco a poco, de entender y explicar las enfermedades, de acuerdo al desarrollo intelectual que se iba alcanzando, a la acumulación de conocimientos y a la conformación de sistemas culturales más complejos en que la medicina llegó a ser una de las profesiones más relevantes y respetadas de la sociedad.

Inicialmente, en esas interpretaciones predominó el pensamiento mágico, que luego se fue haciendo más complejo, a través de interpretaciones míticas cada vez más sofisticadas en el contexto de sistemas e instituciones filosóficas o religiosas, de las que son ejemplo de gran nivel de desarrollo, la medicina china tradicional, el ayurveda hindú y la medicina de nuestras culturas americanas prehispánicas.

Pero es indudable que la introducción del pensamiento racional y lógico en la cultura grecorromana fue la que hizo posible en Occidente el progresivo desarrollo de una medicina que, a partir del Renacimiento y de la Ilustración, empezó a ser más objetiva, más eficiente y con sólidos fundamentos científico-tecnológicos, dando origen a la medicina moderna en la que fuimos formados y que es la que pre-

domina hoy en todo el mundo. En ella, el pensamiento libre, curioso, inquieto y sin cortapisas dogmáticas permitió una mejor comprensión de las estructuras y de las funciones del organismo y sus sistemas; en ella, las observaciones y la experimentación clínica, analizada racional y lógicamente, permitieron la comprensión aristotélica de los mecanismos que explican la vida, la salud y la enfermedad. La reflexión kantiana facilitó los fundamentos críticos del conocimiento científico y el extraordinario avance de las ciencias naturales y de la tecnología en el siglo XIX y primera mitad del siglo XX, con sus avances médicos espectaculares, sus logros sanitarios insospechables y una creciente confianza en sus posibilidades, que ha llevado al aumento de las expectativas y exigencias en una población contemporánea informada y más consciente de sus derechos y posibilidades.

Sin embargo la medicina racional, científico-técnica, no fue reemplazando ni haciendo desaparecer a la medicina tradicional y popular, sino que sólo se fue agregando a ella, especialmente entre los miembros de los pueblos originarios o de culturas muy religiosas y militantes, pero también en la práctica secular y mundana

de la gente sencilla y más pobre del mundo desarrollado, que siguieron confiando en ella y en sus sanadores y guías espirituales tradicionales, percibidos por ellos como personas más cercanas.

Despreciada y sólo en parte tolerada y aceptada por los médicos, por los pacientes más educados, por las instituciones académicas y de educación médica, por las aseguradoras y administradoras de salud, y por los responsables de políticas públicas, la medicina tradicional se fue dejando de utilizar oficialmente por consideraciones económicas y de buena gestión administrativa. Y también porque fue perdiendo credibilidad ante la exigencia intelectual y ética de la modernidad de mayor rigurosidad científica, basada en experimentación seria, análisis estadísticos adecuados, estudios comparativos con uso de doble ciego, mejores protocolos de trabajo, investigación clínica honesta, informatización y utilización de algoritmos cada vez más complejos lo que nos condujo, en los años 80 del siglo recién pasado, al auge de la medicina basada en evidencias, con la que a todos nos pareció alcanzar la quintaesencia de la rigurosidad y de la verdad. Este logro, no obstante, al cabo de 30 años, sigue sin poder ser aplicado en forma generalizada, por abarcar no más del 10% a 15% de las terapias médicas y médico-quirúrgicas en uso, y porque se ha demostrado incapaz, hasta el momento, de incorporar en sus evaluaciones conceptos biosociales, como hoy se entiende y se exige en medicina.

Consideremos, sin embargo, que muchas disciplinas y prácticas terapéuticas informales y tradicionales han formado parte o se han ido incorporando en forma complementaria, desde tiempos inmemorables, a nuestra medicina científica moderna y a nuestro trabajo clínico. Esto se ha dado tanto en atención primaria como en hospitales y centros médicos sofisticados, en calidad de técnicas y ritos de sedación, relajación y sugestión (hipnosis, acupuntura, musicoterapia, aromaterapia), en fisioterapia como hidroterapia, electroterapia, fototerapia, masoterapia, reflexoterapia y quiropraxia, en la administración oral, inyectable o por aplicación tópica de múltiples yerbas y productos naturales (herbolaria y naturopatía), muchas de las cuales forman parte o han dado origen a muchos fármacos y medicamentos modernos.

La medicina moderna ha privilegiado la técnica, la precisión y la rigurosidad científica para hacerse más exacta y eficaz, pero ha aumentado exponencialmente los costos asistenciales y ha impulsado hacia la especialización y subespecialización de los profesionales médicos. Ha incorporado conceptos modernos de administración y utilización de recursos económicos para hacer una gestión eficiente de sus re-



ursos materiales y humanos, pero eso ha favorecido la burocracia y la deshumanización de los actos médicos, con creciente insatisfacción de los pacientes y sus familiares.

Así se explica que desde fines del siglo XIX importantes pensadores y médicos han estado criticando fuertemente la práctica de esta medicina, reconocidamente eficiente y exitosa, pero muy impersonal y alejada de los sentimientos y necesidades espirituales de los enfermos, justamente lo que las medicinas tradicionales siempre tuvieron gracias a concepciones holísticas de la salud y de la enfermedad. Conocido es el desarrollo y la importancia que han ido tomando en la formación médica y el ejercicio profesional actual la medicina psicósomática, la antroposofía, la bioética, la medicina holística, narrativa, humanista, etc.

Por lo mismo, en el último medio siglo hemos visto el florecimiento de medicinas tradicionales, algunas bastante irracionales, en países desarrollados como Estados Unidos y Europa, donde sus usuarios son preferentemente mujeres de clase media-alta, con estudios universitarios y de ideología progresista que privilegian la vida sana, natural y equilibrada, exigen atención personalizada y están muy atentas a las fallas de la medicina convencional. Entre éstas, las más populares han sido las

de origen oriental como el ayurveda, con prácticas tan extendidas como el yoga, la acupuntura de origen chino, el renacimiento de la naturopatía y fitoterapia y la homeopatía de origen europeo. Ello, a pesar de que sus fundamentos son pseudocientíficos, sus efectos favorables son muy subjetivos y por efecto placebo, y ocasionalmente pueden ser muy negativas al demorar diagnósticos, al igual que cuando se utilizan en forma alternativa a terapias convencionales efectivas y científicamente comprobadas, en enfermedades tan serias como ocurre en cáncer, afecciones quirúrgicas y traumatológicas, infectocontagiosas, ginecoobstétricas o infantiles y neonatales, en las cuales resultan inaceptables, antiéticas e ilegales.

Revisiones sistemáticas Cochrane de múltiples estudios (2010) concluyen que sus efectos terapéuticos son pobres y sólo de tipo placebo. Numerosos estudios de agencias nacionales de salud pública de Inglaterra, Australia, España y Bélgica llevadas a cabo en los últimos años han recomendado discontinuar el financiamiento público de estas terapias y la OMS ha alertado a todos los países acerca de la racionalidad de su uso.

Para nosotros parecería razonable y éticamente aceptables su utilización en

forma complementaria en enfermedades fundamentalmente psicósomáticas en las que la confianza, la fe y el efecto placebo resultan esenciales y en las cuales a menudo la biomedicina o medicina alopática occidental suele ser insuficiente o claramente ineficaz y donde el médico general podría manejarlos con buen criterio, siempre que sus costos sean razonables y no sean a cargo del servicio nacional de salud que tiene presupuestos exiguos para cubrir programas básicos y fundamentales de alta cobertura. Sin embargo, reconociendo que el mercantilismo, el cobro desmedido y las prácticas engañosas son también frecuentes y graves en nuestra medicina alopática convencional, se debe considerar especialmente inaceptable cuando ello es realizado por pseudomédicos irresponsables que desacreditan a los verdaderos profesionales y que además se oponen a algunas prácticas valiosas, bien fundamentadas por evidencias científicas, como es el caso de los que promueven la no vacunación o la no prevención del sida, la TBC u otras enfermedades infectocontagiosas.

Es indudable que al Colegio Médico y a las organizaciones académicas, científicas y universitarias les corresponde ser pilares en la formación, la vigilancia y la sanción ética de todo tipo de prácticas médicas efectuadas en la comunidad y de juzgar con mirada estricta, pero desprejuiciada y objetiva, las prácticas sanatorias populares y tradicionales. En algunos casos, por la gravedad del daño causado por esas prácticas y recomendaciones informales, es comprensible que haya que apelar a la justicia ordinaria para que intervenga cuando sea necesario.



Reflexiones sobre la participación del médico en eutanasia

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

La eutanasia es actualmente un tema que ha adquirido gran interés nacional. Existe un proyecto de ley en el Congreso para legalizarla y encuestas a nivel de población arrojan su aprobación en ciertas circunstancias hasta cerca del 70% de las personas consultadas. Ante su eventual legalización es nuestra obligación reflexionar sobre la participación del médico en esta intervención.

El rechazo o aceptación de la eutanasia en la sociedad ha experimentado importantes oscilaciones en el transcurso de la historia de la humanidad, tal como ha ocurrido con la mayor parte de aquellas conductas y actos que son susceptibles de consideraciones morales.

En la Antigüedad, la muerte provocada fue aceptable en determinadas circunstancias en muchas épocas de la historia. En algunas tribus latinoamericanas prehispanicas existía un "aliviador tribal del dolor" que estaba encargado de provocar abruptamente la muerte a miembros de la tribu que experimentaban gran dolor y sufrimiento y que no habían respondido a los tratamientos de la época. Posteriormente, con el advenimiento del cristianismo la provocación de la muerte con el objeto de terminar con el dolor fue terminantemente prohibida porque interrumpía en forma prematura el proceso de la vida, el que obedecía a un plan superior en que el

sufrimiento formaba parte. Incluso el suicidio fue condenado como una falta mayor.

En el siglo XVIII con Kant se empieza en forma progresiva a juzgar la idea de lo bueno y aceptable dependiendo fundamentalmente de la libertad personal para decidir, y no regida por consideraciones ajenas a la persona. Posteriormente, la ideología liberal de John Stuart Mill señala que "la única razón legítima por la cual la sociedad puede imponer límites a un hombre es si existe riesgo de perjudicar los derechos de otros. Una sociedad de personas libres se concibe únicamente cuando las libertades de cada uno son respetadas y garantizadas". La gestión de la propia vida se convierte en parte de la esfera privada y, por lo tanto, sujeta a la subjetividad y no impuesta por la autoridad. Por lo tanto, poner fin a la vida que se considera de calidad in-

aceptable sería una opción exclusivamente personal.

Ésa fue la decisión del Dr. Manuel Almeyda Molina, quien en enero de 2014 solicitó, por medio de una carta que se hizo pública, la intervención del Colegio Médico para poner fin a su vida.

El colega sufría una insuficiencia respiratoria y cardíaca terminal que 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". En el escrito dirigido a nuestra Orden pedía nombrar una "comisión de hombres buenos" para ejecutar la acción que pusiera término a su vida. Ante la imposibilidad del Colegio para acceder a lo solicitado de acuerdo a la legislación chilena vigente,

el médico después de despedirse de su familia y amigos suspendió todo tipo de alimentación y falleció en su hogar en un penoso proceso que duró varios días.

PROYECTO ACTUALMENTE EN EL CONGRESO

En el proyecto de ley que actualmente se discute en el Congreso, que tiene como objetivo legalizar la eutanasia, se pretende dar una respuesta más humana y compasiva a este tipo de solicitudes de acuerdo a los valores que predominan actualmente en la sociedad en que la autonomía para decidir sobre la propia vida de las personas debe estar garantizada.

Además, situaciones como éstas posiblemente van a ser más frecuentes, considerando la eficacia de las tecnologías actualmente disponibles para prolongar la vida de pacientes incurables, y constituyen para la sociedad un complejo desafío ético que tiene dos aspectos vinculados. Uno es la licitud de la eutanasia en el país, decisión que corresponde tomar a la sociedad en su conjunto (resolución a nivel del Congreso en su calidad de representante de la sociedad) y de la cual los médicos somos una parte. El otro aspecto es la eventual participación del médico en la provocación directa de la muerte del enfermo. Esta decisión corresponde tomarla a los propios médicos considerando si está incluida o no dentro de los fines y deberes de la profesión. Actualmente, en relación a este último punto, en los países que han legalizado la eutanasia existen posturas diferentes. En Holanda, la administración directa de la droga letal al paciente con el

objeto de provocar la muerte que ha solicitado es realizada por el médico. En cambio, en Suiza, en que la eutanasia también está legalizada, la administración de la droga letal al paciente que la ha solicitado es aportada por personal especialmente capacitado, pero fuera de la profesión médica. De cualquier modo, la objeción de conciencia para su participación siempre debe ser una opción para el facultativo.

En el proyecto de ley que está en discusión en el Congreso se menciona: "Artículo 16 F: El médico requerido para practicar una eutanasia o una asistencia al suicidio podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones durante el procedimiento. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante al paciente".

Indudablemente que el médico de todas maneras va a tener que estar involucrado, ya que en estas situaciones se requiere de un diagnóstico con un pronóstico bien definido y la necesidad de asegurar la competencia del paciente para decidir, así como que el tratamiento para aliviar los síntomas haya sido el apropiado.

Una vez cumplida esta etapa necesaria, cabe preguntarse si la realización de la intervención misma debe recaer sobre la profesión médica u otro personal debidamente acreditado. Esto, considerando que tradicionalmente son las profesiones las que deciden sobre los contenidos de la capacitación de sus profesionales y las acciones que se permite realizar para cumplir

con los objetivos de su área. La respuesta a esta interrogante está pendiente aún entre los médicos de nuestro país. Habrá que buscar el método que después de un adecuado intercambio de opiniones permita conocer la opinión que prevalece en los miembros de nuestra profesión.

Es necesario reconocer que en medio de este debate sobre eutanasia ha surgido como un derivado muy positivo de este proyecto la intención por parte del Ejecutivo de presentar una ley que asegure un óptimo cuidado paliativo para todos aquellos que lo requieran y no sólo a pacientes oncológicos como es la situación actual.

Cabe mencionar que a nivel mundial, la eutanasia se ha legalizado en Holanda y Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Canadá (2016) y Colombia (2015), y el suicidio asistido en Suiza (1980), y en Estados Unidos en estados como Oregón, Washington, Montana, Vermont y California (entre 1997 a 2015), siendo diferente tanto la evolución que ha tenido la reflexión social, política, ética y jurídica que se ha dado en cada entorno cultural, así como el tiempo de duración del debate en cada país. Cada vez más se incrementa la cantidad de países que optan por legalizar la eutanasia, del mismo modo que ha ido aumentando la aceptación para que sea el médico quien directamente administre la droga que provoca la muerte del enfermo que la ha solicitado. Todo esto de acuerdo a un protocolo previamente especificado.

LA EUTANASIA Y LOS FINES DE LA MEDICINA

Para los efectos de decidir sobre la participación del médico en la provocación de la muerte del enfermo es necesario pre-



cisar los alcances de la eutanasia, ya que existen diferentes interpretaciones sobre este concepto.

Dentro de lo aceptado es considerar **eutanasia** el acto de producir intencional y directamente la muerte en alguien que lo ha solicitado de forma consistente y reiterada, a causa de un sufrimiento insoponible debido a una enfermedad incurable –no necesariamente terminal– y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Situaciones diferentes son la **limitación del esfuerzo terapéutico y sedación terminal**, en que no existe la intención de matar como objetivo primario en base a la administración directa de una sustancia que va a provocar la muerte. En cambio, el **suicidio asistido** consiste en proporcionar al paciente la droga letal y dejar que él decida el momento en que la va a introducir en su cuerpo con el objeto de autoprovocarse la muerte.

Para fundamentar la oposición respecto de que la eutanasia, tal como ha sido definida, sea un acto incorporado a los deberes que el médico tiene para con sus pacientes, algunos hacen ver que la eutanasia no está incluida dentro de los fines que tradicionalmente se han considerado propios de la profesión médica. Éstos han sufrido importantes modificaciones desde el comienzo de la época hipocrática en que la atención al moribundo no figuraba entre los deberes del médico. En el pasado, cuando el enfermo llegaba a una etapa en que la curación no era una opción posible, era "desahuciado". El médico se retiraba y

otros se hacían cargo de las decisiones. Actualmente, ésta es una conducta incorrecta y lo que corresponde es incluir la participación del médico también en todo el proceso de muerte, considerando los fines de la medicina moderna.

El Hastings Center, institución reconocida a nivel mundial dedicada a la ética en medicina, ha propuesto como fines de la medicina para el siglo XXI los siguientes:

1. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
2. El alivio del dolor y sufrimiento causado por enfermedades.
3. El cuidado y curación de quienes padecen enfermedad, y el cuidado de los que no pueden ser curados.
4. Prevenir la muerte prematura y posibilitar una muerte en paz.

Hay quienes creen que difícilmente se podría deducir de alguno de estos cuatro objetivos que está incluido el deber del médico de provocar directamente la muerte de su paciente en ciertas circunstancias. Tal como ha ocurrido en algunos de los países en que la eutanasia ha sido legalmente permitida, esta acción ha quedado en manos de personal debidamente capacitado, pero aparte de la profesión médica.

Aún más, la Asociación Médica Americana en una declaración reciente del 13 de junio de 2018, manifestó su oposición explícita a que la práctica de la eutanasia sea incorporada a las actividades propias del

médico, por no estar incluida entre los fines de la medicina y además podría significar un grave deterioro en la relación del médico con sus pacientes.

CONCLUSIONES

La eutanasia debe ser una opción legal para un pequeño porcentaje de los pacientes en que no es posible lograr un alivio aceptable para el dolor y el sufrimiento con los medios con que cuenta la medicina actual. En estas situaciones el médico va a tener que participar en diversos aspectos relativos a determinar la competencia del paciente para adoptar decisiones autónomas, el pronóstico de su condición y la calidad del tratamiento que ha recibido. Sin embargo, la decisión de legislar y considerar que es una opción y un derecho personal de los enfermos para poder optar por la eutanasia corresponde a la sociedad en general, y no exclusivamente a los médicos. No obstante, los médicos, como miembros de la sociedad y además por el rol que tenemos en la atención de los pacientes, debemos reflexionar y opinar sobre esta compleja materia sobre la que está pendiente decidir si es un deber del médico quien directamente ejecute la eutanasia al enfermo. Esta decisión debiera quedar circunscrita dentro del ámbito de la profesión médica, tomando en cuenta lo que se decida a nivel de la sociedad general y de lo que consideremos que son nuestros deberes sobre la salud y el sufrimiento de nuestros pacientes

Médicos escritores

Para el jurado que definió el Concurso Literario 2018 del Colegio Médico Valparaíso no fue sorpresa descubrir que uno de los relatos premiados, correspondiente al seudónimo de Niebo, correspondía a la Dra. Alba Testart. Las características y méritos del relato correspondían a un escritor/a con "oficio" literario y de alta sensibilidad.

En su reseña personal se destaca ambos atributos. De una gran sensibilidad, refiere haber guardado muchas impresiones de la naturaleza, de cielos hermosos, de atardeceres, de paisajes de campo o diminutas flores en medio de la ciudad, así como de sentimientos intensos que luego se volcaban al papel con gran soltura. "No puedo dejar de mencionar los cuentos de mis abuelos maternos alrededor del brasero, en una casa de campo antigua en Colchagua, que me introdujeron en un mundo maravilloso de fantasías que se volcaban en la realidad a la vez que me enseñaban, mostrando respuestas que muchas veces no encontraba en otras formas".

La Dra. Testart es una escritora con experiencia, publicaciones y galardones, que ya hemos reseñado en ediciones anteriores de *Panorama Médico*. En este cuento despliega sus características y mejores cualidades. Entrega un relato limpio, fluido, que invita a proseguir la lectura, con una tensión graduada hasta su desenlace. Final que conmueve porque el lector se ha identificado con la humildad y ternura de la protagonista. Es lo que se pide a un cuento bien logrado, que cumple a cabalidad con su objetivo de ser.

Dr. Eduardo Bastías Guzmán

El motivo de la imagen del padre en la poesía se encuentra presente en nuestra experiencia poética chilena. Podemos citar a Víctor Domingo Silva en su poema "Regreso" en el cual aparece el sentimiento de tristeza como elemento principal y el poema de Guillermo Tellier, "Retrato de mi padre, militante comunista", donde con nostalgia el poeta evoca las firmes convicciones de su padre.

De la literatura anglosajona podemos citar al poeta gales Dylan Thomas, quien en el poema "No entres suavemente en la buena noche" hace una exaltación de nuestra tenacidad, con el fin de dar aliento a su padre moribundo. También el poeta y médico americano William Carlos Williams, en el poema "Danza rusa" nos hace participar de su alegría de joven padre.

En el presente poema, nuestro colega Leonardo Contreras, al evocar a su difunto padre nos trasmite su emoción. En este poema encontramos en distinta medida los tres componentes principales de un poema, señalados por el poeta americano Ezra Pound: la musicalidad, el contenido intelectual y la creación de una imagen en la cual la voz interior se conecta con lo exterior.

Finalmente, debemos agradecer a Leonardo por este poema que nos incorpora a su realidad.

Dr. Juan Idiáquez Cabezas



Fue la última en llegar

Dra. Alba Testari
Segundo lugar, categoría Cuento

Fue la última en llegar. Sus pies descalzos se mimetizaban con la tierra a medida que avanzaba con sus tímidas pisadas. Llegábamos dos días en la localidad de La Canela, rodeadas de cerros, en un paisaje que no parecía posible haber alcanzado luego del bamboleo de la micro por ese agreste camino, adornado apenas por matorrales polvorientos. En la parte alta, los sembrados cubrían hasta las laderas encaramadas suavizando el eco de las voces infantiles, de las que sólo por la noche nos liberábamos, cambiándolas por aquéllas de los grillos. Era una figurita delgada, sucia de pies a cabeza, cubierta por un sencillo vestido de percala cuyo estampado apenas se adivinaba por lo descolorido y mugriento. Al verla, las otras chicleas se alejaron gritando y haciendo aspavientos. Las facciones finas y armónicas en su morena palidez, acentuada por algunas manchas blanquecinas en las mejillas, se coronaban con sus ojillos de aceituna muy abiertos. Quedamos enfrentadas en el centro del patio delantero y me agaché para recibirla. Pero fue instintivamente un abrazo a su aura al percibir el tenue temblor que la estremecía y al ver sus manitos estrechadas contra el pecho en gesto de protección. “¿No traes

nada?... ¿nada más?”. Negó con su cabecita encogiendo los hombros al mismo tiempo. “¿Quieres comer algo?”, se me ocurrió mencionar, intentando materializar ese menudo cuerpecito fantasmal. Asintió, otra vez con su cabeza sin pronunciar palabra, pero esbozando una curiosa sonrisa que estiraba el labio inferior hacia abajo. Tomó un vaso de leche con plátano, engullendo con avidez el pan con queso un tanto reseco, sobra de la reciente once de las cinco. Con la mano derecha mantenía apretado algo que parecía un trapito. Fuimos luego al dormitorio. La sala habilitada como tal con sus catorce camas ordenadas y limpias, aún estaba iluminada por el intenso sol estival. “Esta camita es la tuya, por todos los días que estés aquí, ¿te gusta?”. Entonces, agachando la cabeza y mirando hacia el costado, abrió sus manitos mientras depositaba bajo la almohada lo que traía oculto en ellas. Luego sonrió dejando ver por primera vez su dentadura cariada y abriendo los dos brazos me tomó con fuerza de la cintura en un inesperado gesto de agradecimiento. “Te buscaremos ropita para lavar tu vestido mañana”.

La ayudé a bañarse esa tarde. Descubrí en su desgredada cabellera unos bichitos adheridos que fue difícil sacar, separando los mechones uno a uno. Eran los temidos

piojos y liendres que yo sólo conocía de oídas, aunque muy bien en los libros de estudio. La pequeña no se quejaba. A cada momento le preguntaba si le dolían los inevitables tirones de pelo, pero parecía que la tediosa tarea de deslizar las uñas por los cabellos para eliminar los huevos, le producía más bien agrado sin importar cuánto durase.

La escuelita que nos albergaba disponía de pocas duchas con agua escasa y apenas tibia, pero suficiente dada la temperatura de la época. Las niñas se bañaban en las mañanas, día por medio, por turnos y nosotras podíamos hacerlo muy temprano antes de la levantada oficial o entrada la noche. Con ella se generó un ritual de aseo diario por la tarde para continuar eliminando los parásitos y evitar las burlas y rechazo del grupo. Poco a poco se convirtió en un momento de especial intimidad en que ella reía y hablaba más que en cualquier otra actividad del día. “Cuido a mis hermanos chicos”. “A veces preparo el almuerzo”, me decía. Mis escasas preguntas sólo circundaban sus confesiones. Nunca se sacó los calzoncitos durante la ducha. Aparentaba apenas unos siete años. “Cuido a la guagua, que gatea, cuando la olla cuando está en el fuego”. “¡Nunca había tenido una camita para mi sola!”. Sus frases lanzadas al aire ingenuamente, solían terminar con una risita corta en entonación ascendente como un hipo, y quedaban revoloteando en mi abeza cual enjambre de polillas con mariposas, haciéndome difícil conciliar el sueño algunas noches.

El día de su llegada a las colonias de vacaciones, establecí su lugar a mi lado, en el extremo de la mesa, ya que las niñas comentaban que no querían “contagiarse” y la miraban de reojo mientras se repetía la oración de agradecimiento que presidía todas las comidas del día. A veces se cantaba la bendición de la mesa y entonces las niñas lanzaban las notas al aire, cada una tratando de dominar el sonido de la otra. “¡Bén-dí-cé-nós Señor, bendice nuestro pán y a los que aquí nos vamos a sentáar. Bendice al que sembró y al que

lo cosechó y al que con taaaanto amor lo pré-pá-ró!”. Entonces todas reían y apuntaban a las cocineras, algunas de las cuales levantaban coquetas sus manos.

Habíamos seleccionado previamente las prendas de ropa de donativos, de modo que pude prepararle una tenida para el día siguiente. La rutina matinal era con cantos y juegos. En la tarde “manguereo” si el calor era excesivo y otra vez juegos y cantos que yo aprendía de ellas. “No te impórte la rása ni el colór de la piel / Ama a tóodos como hermános y haz el bien”. Las chicas gritaban entonando apenas, con tal fuerza en sus caras, cuellos, palmas y pies, que ese primer crepúsculo de su presencia selló para mí el “No te importe”.

Preparábamos una obra teatral por grupos y me correspondían las más chiquititas, las que no se conocían entre sí, las que llegaron por azar como yo. “Por tantas cóosas / como me has dado en la víida / quiero decíiirte, gracias Señoóor”, se escuchaba más tarde alrededor del fogón. “Me diste el trabajo con que gano el pan / Por tantas cóosas... / Y una familia calor del hogáaar / Por tantas cóosas...”, y mi agradecimiento se elevaba con las chispas y lágrimas al unísono. Cuando fui a dejar la ropa para su tercer día, encontré bajo la almohada unos mendrugos de pan envueltos en el ajado calzón que era su único tesoro. Le fue difícil entender que todos los días tendría allí pancito, leche y comida, por lo que no necesitaba guardarlos. “Se pondrán muy duros y difíciles de comer”. “Cuando te vayas te daré una bolsa llena de alimentos para ti y tus hermanitos”. Fue éste el mejor argumento al parecer, pues no se repitió la escena.

Conmovida por la mirada de esos ojitos de olivas, intenté averiguar con las jefas sobre su familia, dónde vivía, por qué llegó sin nada... pero me negaron la información y comprendí que lo único que debía hacer era atender a mi pequeña aliada. “Agradece que te aceptaron venir sólo por lo que estudias, porque te tienen buena”. La presidenta del comité fue enérgica: “Ni se te ocurra vincularte emocionalmente con alguna de ellas. Son todas unas ladronzuelas y si no lo son... ¡lo serán! ¿Viste?, ésa ya estaba robando panes!”. “Pero si tenía hambre, era solo supervivencia...”, hablé para mí misma. “Limitate a sacarle todas esas liendres; te traje el champú especial de Puchuncaví hoy”.

Esa tarde dimos un largo paseo por el camino que serpenteaba los cerros, dorados de trigo y verdes de alfalfa. La pequeña mantuvo su mano junto a la mía y daba pasitos con saltos alternados, tal como recordaba hacer yo de niña colgada de la mano de mi madre. Sin pensarlo, yo comprimía el denario en la otra mano inten-

tando repetir algunos Avemarías, aunque pasaban fragmentos del *Dios te salve* y la brisa cálida junto al palpar apurado de mi inquieto corazón, mientras unos perros se acercaban. *Llena de gracia*, el canturreo de las chicas, un diablillo volátil de semilla de diente de león pidiendo un deseo lanzado al viento por los soplidos de ambas riendo, *el Señor está contigo*, una piedrecita de color recogida. *Bendita eres entre las mujeres*, ¡mira la lagartija!, el aire llenando hasta el último rincón de nuestros pulmones. *Bendito el fruto de tu vientre* y el sol bajando hacia las cúpulas de ese horizonte aserrado junto al tironeo constante de un bracito que se balanceaba alegre creando su propio baile.

Aún aparecían partículas adheridas en los cabellos, y ella continuaba expresándose durante la ceremonia del baño. “Mi mamá sale cuando todavía es de noche, me deja las papas peladas porque no le gusta que use la cuchilla”. “Mi mamá llega cuando es de noche, por eso voy a la escuela algunos días no más, si viene la vecina a cuidar al más chico o se lo lleva”. “No tengo papá. O sea, parece que sí tengo, pero no sé bien si es el que llega gritando a veces o el que se va cuando mi mamá llora y tiene



la cara fea... Ése toma en brazos a la pura Paolita". Como las cuentas del rosario, se repetían los atardeceres, cantos, comidas, juegos, peinados, baño y oraciones.

Preparábamos el regreso. Cuando entraba a dejar las últimas cajas con cartulinas y lápices, escuché las voces de Norma y Alicia: "Por eso no me gusta que vengan estas universitarias pitucas. Se involucran, ¡creen que pueden arreglar algo de esta escoria! Y bien sabemos que poco y nada podemos hacer. Estos días de vacaciones que se les regalan... ¡es bastante!".

"¡Apúrense! ¡Viene la micro!" El camino fue largo. Ella iba pegadita a la ventana, con la bolsa de supermercado llena, su equipaje, abrazado y unido al pecho como cuando llegó. Yo apretaba otra vez las cuentas del denario mientras la destartalada micro de recorrido crujía y saltaba levantando polvo por las curvas cuesta abajo. Me despedía en silencio de La Canela Alta y Baja, de los cerros inmutables, de las nubes, testigos de nuestra aventura.

Llegando a Puchuncaví algunas chicas pasaron al baño, compraron dulces y bebidas. Nosotras no nos movimos. Ella apoyaba su cabecita en mi costado desde hacía un rato. Dormía.

En Quintero bajó un grupo de niñas dispersándose entre madres y familiares que las esperaban. Sonrisas y abrazos. Se disipó la masa humana como una nube que cambia de forma y se va desvaneciendo. Otro grupo en Concón, en las afueras del consultorio y se tachaban de la lista las que descendían del bus.

Pronto llegamos a la población Glorias Navales y cruzamos al sector más hacinado, de precarias viviendas hechas con improvisados materiales. La niña despertó manteniendo su paquetito bien asido y me entregó un papel doblado. Se pegó a mí con su débil cuerpecito a modo de beso y luego bajó alejándose por un callejón de tierra estrecho donde el bus no podía acceder. El chofer reanudó la marcha. "¡Esperé!", le dije. La vi detenerse frente a una puerta entreabierta donde unos niños que jugueteaban en el suelo la tironearon del vestido apenas la divisaron. Agitó una manito haciendo adiós.

Luego Gómez Carreño. Otros padres a la espera. Recién percibí un intenso cansancio.



Habían pasado casi dos meses y estaba en mis actividades habituales otra vez, alternando el hospital y las clases a diario. Esa mañana me solicitaron que fuera a Anatomía Patológica a buscar los resultados de biopsia de algunos pacientes que no habían llegado al Servicio. Me gustaba ese recorrido que bordeaba el cerro para pasar al otro sector del hospital. Imaginaba un pasadizo secreto, una pequeña selva de malezas y musgos en el muro de piedra siempre húmedo. Llegué a la secretaría pero no había nadie, lo que era frecuente a esa hora. Conocía el lugar, el olor particular de la formalina que emanaba por toda esa zona. Seguí buscando al Dr. De la Cruz, pero no estaba en la sala de microscopía. Accedí entonces al área de los mesones de trabajo y apenas entreabrí la puerta me encogió la luz proveniente de la ventana alta justo enfrente. Bajaba como una tela transparente cual cortina real, sobre un pequeño cuerpo inerte que yacía sobre la superficie gris refulgente. Entonces percibí el frío del recinto. Algo de ese bulto me era horrorosamente familiar. Sin proponérmelo, como succionada por una corriente invisible, me acerqué, reconociendo las facciones cuyo nombre había descifrado en aquel papelito doblado: María Gloria. No era un cadáver como yo los conocía. En nada semejante a los cuerpos que diseábamos habitualmente. Aún parecía vivir, con su pelo sedoso y brillante, con su morena palidez, ahora marcada por una bufanda amoratada. En un rictus sereno sonreía en su particular modo.

La noticia apareció con letra pequeña en una columna lateral del diario. Niña de ocho años fue ultrajada y estrangulada por conviviente esporádico de su madre en población viñamarina. El canal regional mostró el lugar exacto en el barrio acercándole el micrófono a un vecino: "El tipo salió hablando juerte. Si no quería náa matarte, pero ¡por qué gritaste! ¡Endemoniá! ¡Sabía! qu'íbai a espertar a los cabros chicos! Y ahí mismito cayó frente a la puerta donde lo agarraron los pacos después. Como los otros lloraban, las vecinas fueron altiro... si siempre estaban atentas a los niños cuando ella andaba trabajando... la Gloria, la Glorita, pobrecita, ese día fue la última en llegar".

PAPÁ

Dr. Leonardo Contreras
Segundo lugar, categoría Poesía

*Has muerto,
tibio y áspero de rostro,
gris y triste.
Sabías de mí y te odio por amarte tanto,
por amarme.*

*Has muerto
y sigues... sigues... sigues... sigues
helándome en la mañana
con el fuego dorado y hediondo que encendiste
para marcharte,
tan lejos que no podré nunca despedirme
y salir de ti
y llenarme aquí, donde me dueles,
en la boca y en el medio,
donde me abrazas y me acusas y me envenenas
la vida,
escondido en una bolsa,
detrás de un muro,
allá lejos
en lo hondo de mi cráneo,
como una rosa,
como un ciempiés enfebrido.*

*En mi noche enfebrida
cuando tomo su mano entre las mías,
o sus senos olorosos y su vientre tibio y fértil,
veo los huesos secos de mi muerte
calcinados de sol en una playa tan lejana
dónde no te salvé...
una playa tan lejana y vieja, una playa
que quisiera volver a soñar...*

*Y me miras,
turbio y sombrío, gris
desde la puerta
yo te veo
me levanto
váy a ti y te abrazo
te acuno
te tomo entre mis brazos
ya no estás solo,
ya no gris y solo,
ya no turbio, gris y solo
sino áspero y tibio en verdad,
en el abrazo que me diste y que no fue,
en verdad y no como yo quiero, sino en verdad
y conmigo no adentro, sino afuera
y estiro mi mano
y todo el frío de la oscura mañana,
en que el fuego que te llevó fue encendida
por mi mano, me moja la cara.*

*Porque al final el amor
puede metes
que la muerte y el dolor.*

OBITUARIO



Dra. Elsa del Carmen Arechavaleta Milos

La Dra. Arechavaleta nació en Valparaíso, el 14 de febrero de 1941. Estudió en el Colegio de Monjas del puerto, hasta que en sexto de Humanidades se trasladó a Santiago, donde terminó la escolaridad mientras vivía con su tía, la Dra. Alicia Arechavaleta. En 1969 postuló a la carrera de Enfermería, pero logró mejor desempeño y se decidió por estudiar Medicina en la Universidad de Chile. Posteriormente, se especializó en Anestesiología.

Se desempeñó en el Hospital de Carabineros de Santiago y en la ex Posta Central. En 1981 volvió a su ciudad natal para trabajar en el Hospital Carlos van Buren y también en el IST de Viña del Mar. Más tarde, se integró al Hospital Naval de Viña del Mar, donde ejerció hasta su retiro en 2015.

El Dr. Fernández nació el 26 de diciembre 1959 en Santiago. Cursó estudios en el Colegio Alemán de Valparaíso y luego en el Colegio Padres Franceses de Viña del Mar.

En 1985 se tituló de médico cirujano de la Universidad de Valparaíso, tras lo cual sigue la especialidad de Traumatología y Ortopedia en la misma casa de estudios. Inicialmente se desempeñó en el Hospital de Los Andes, luego lo hizo en el Hospital Gustavo Fricke, donde trabajó en la Urgencia por 20 años, y los servicios de Cirugía y de Traumatología. También se desempeñó en la Mutual de Seguridad, ACHSS, el Sanatorio Marítimo, el Hospital de Quillota y el Hospital de Limache, donde iba apoyar a sus colegas. Se dedicó, además, a enseñar a nuevos estudiantes, a quienes traspasó no sólo sus conocimientos, sino también su vocación por el servicio público y la importancia de

hacer el trabajo de forma correcta. "Si vas hacer algo, hazlo bien; si no, mejor no lo hagas" era su consigna.

Entre sus pasatiempos destacan las expediciones y excursiones en busca de plantas, cactus y animales, la cocina gourmet, la música cubana, la lectura, el buceo, el acuarismo y la carpintería, entre otras actividades.

Quienes lo conocieron lo recuerdan como un hombre muy protector y preocupado de su esposa Ana María Suárez y sus dos hijas, Camila y Marina. Asimismo, destacan su meticulosidad, dedicación por su trabajo y su preocupación por cada paciente; esforzado y con gran fuerza de voluntad, todo lo que se proponía lo lograba a cabalidad. Su familia señala que "a veces era cascarrabias en la casa y el hospital por-

A los internos que tuvo a su cargo les traspasó su pasión, conocimiento, experiencia y sentido de preocupación por el paciente. Ejercer su profesión la reconfortaba enormemente, por lo que tras dejar su trabajo en hospitales continuó desempeñándose en clínicas de la zona.

Amante de la música y el arte, tomó cursos de comprensión de música clásica, piano, arte egipcio y maya. Como una forma de mantenerse activa, también participaba de un taller permanente de tejido.

Casada en 1973, su mayor preocupación siempre fueron sus hijos, Gabriela y Miguel, y luego sus nietos Manuel, Felipe y Paulo. Quienes la conocieron la recuerdan como una persona tímida y estricta, pero muy atenta y servicial. Asimismo, destacan su profunda vocación de servicio y sentido de la responsabilidad.

que todo debía funcionar correctamente". Fue un hombre muy amado por su familia y amigos.



Dr. Gonzalo José Mauricio Fernández Palomino

llegando a ser jefa de Histología en 2018.

Amante de la naturaleza, la jardinería era su principal pasatiempo. Sus vacaciones ideales eran en el sur de Chile. Su hija mayor recuerda innumerables salidas de camping cuando era pequeña, "y nuestro sueño era ir juntas a las Torres del Paine. Ella sabía mucho de jardinería y de plantas, lo que se nota en el jardín de nuestra casa".

Quienes tuvieron el privilegio de conocerla destacan de ella el profundo amor que sentía por sus hijos.

El lamentable deceso de la Dra. Ana María Zapata se produjo el pasado mes de febrero, a los 50 años.

La Dra. Zapata nació el 24 de abril de 1968 en Los Ángeles, en la Región del Biobío. Estudió en el Liceo de Niñas de su ciudad natal, para luego cursar la carrera de Medicina en la Universidad de Chile. Tras titularse, en 1993, realizó la beca de Anestesiología y posteriormente se especializó también en Anatomía Patológica en el Hospital San Borja.

En la universidad conoció a quien posteriormente se convirtió en su marido, el Dr. Mauricio Aldea Ramos. En sus más de 25 años de matrimonio tuvieron tres hijos: Sofía (25), Víctor (13) y Francisca (11).

En los últimos 10 años se desempeñó realizando labores de tanatología e histología en el Servicio Médico Legal en Santiago,



Dra. Ana María Zapata Bahamonde

SOHO

MONTEMAR

MODERNIDAD A LA ALTURA
DE TUS NEGOCIOS

OFICINAS

Desde
1.870 UF

Av. Bosques de Montemar 30.
Viña del Mar

AL INVERTIR EN UNA OFICINA
ACUMULAS MILLAS



Playa Mansa
GRUPO INMOBILIARIO

VENTAS . INFORMACIÓN

Alejandro Silva

T: +569 77690967. asilva@playamansa.cl

María Pía Aguilera

T: +569 4023 9798 . paguilera@playamansa.cl



www.playamansa.cl

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^(*)

Hazte cliente ahora escribiéndonos a:
hazteclienteipb@itau.cl

(*) 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. Promoción 20% de descuento todos los días, vigente del 01 de marzo hasta el 31 de diciembre de 2019. Promoción 40% de descuento los jueves, vigente todos los jueves desde el 01 de marzo hasta el 31 de diciembre de 2019 (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 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.