

Servire Veritati

ACADEMIA

 Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Nº 17 | INVIERNO 2015

**Médicos Sin Fronteras:
Voluntarios que rompen límites**

**El genoma de los chilenos
analizado por chilenos**

**Generales de zona: Comprometidos
con la salud pública de Chile**





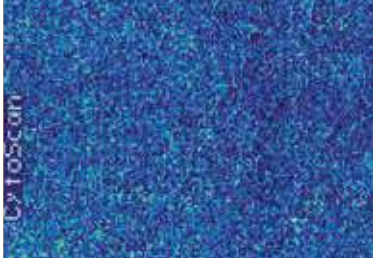
4

Médicos Sin Fronteras:
Voluntarios que rompen límites.



24

Directo al corazón de niños en situación vulnerable.



34

El genoma de los chilenos, analizado por chilenos.



37

Impulsando el desarrollo del bioderecho en el mundo.



46

Programa de rehabilitación cardiovascular en el Hospital Padre Hurtado.



56

Generales de zona: Comprometidos con la salud pública de Chile.

ADEMÁS

- 12 Tejidos con alma y una historia detrás.
- 16 Sarampión: un virus altamente contagioso.
- 20 Chile, país de volcanes.
- 28 Inteligencia en salud pública primaria para inmigrantes en Chile.
- 35 Impulsando el desarrollo del Bioderecho en el mundo.
- 37 Nace Centro del Niño en Clínica Alemana de La Dehesa.
- 39 Chile se integra a la Organización Internacional de Kinesiólogos.
- 41 Facultad de Medicina presenta el libro "La Fisonomía del Sentido".
- 43 Instituto Nacional del Cáncer estrena moderno servicio de Edoscopia.
- 46 El rol de Docente clínico en la enseñanza actual de la medicina en Chile.
- 48 La copia: un reflejo de nuestros procesos.
- 49 Extrañamiento y proximidad inesperada (Reseña literaria).
- 50 La persona y la ciudad.
 - Mejores ciudades, mejor vida.
 - Tácticas Urbanas: acciones de corto plazo para cambios de largo plazo.
- 60 Cuidar, curar y aprender en el corazón de Zambia.
- 68 Publicaciones.

La Salud Global

“The only real nation is humanity”, Paul Farmer

Dra. Ximena Aguilera

*DIRECTORA DEL CENTRO DE EPIDEMIOLOGÍA Y POLÍTICAS DE SALUD,
Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo*



Lemergencia del Ébola, junto a otros fenómenos ocurridos en años recientes, ha puesto de manifiesto la trascendencia de la salud y de los problemas de salud a nivel internacional, capturando la atención de los medios de comunicación, de los gobiernos y de la sociedad civil. La globalización de las comunicaciones y de las redes sociales nos permiten ser testigos de la evolución en tiempo real de hechos que ocurren en distintos lugares del planeta, esparciendo información y, junto a ella, rumores, críticas y temores, que obligan a respuestas coordinadas por las autoridades. En definitiva, hemos visto cómo las preocupaciones sobre la salud han comenzado a ocupar un lugar relevante de la agenda mundial.


En este número de la Revista Academia se revisan diferentes aspectos que tienen relación con la salud global, como las enfermedades transmisibles, que incluye la respuesta de Médicos Sin Fronteras a la amenaza del Ébola y la reintroducción del sarampión en Chile. Pero la salud global también tiene relación con la respuesta ante las situaciones de desastres; con la acción filantrópica de fundaciones hacia países de mayor fragilidad social y económica; con la respuesta de los sistemas asistenciales a poblaciones de migrantes y desplazados; con los efectos de la rápida urbanización en salud; con la organización de redes internacionales de colaboración en temas como bioderecho, y con la genómica, que ha requerido de acuerdos de gobernanza globales para desarrollarse.

Entonces ¿qué es la salud global? Este término comenzó a ser aplicado a fines del siglo XX para reflejar una visión planetaria de la salud y vino a reemplazar el concepto previo de salud internacional, que para muchos estaba demasiado teñido de una visión asistencialista hacia los países pobres. Para Ilona

Kickbusch¹, una de las líderes de opinión en el área, la salud global habla de un nuevo contexto, una nueva conciencia y un nuevo enfoque estratégico en materias de salud internacional, para lograr un acceso equitativo a ella en todo el mundo; en otras palabras, el proceso de desarrollo en los países implica también la globalización de los determinantes de la salud - el comercio, la tecnología, las comunicaciones, el cambio climático, el envejecimiento, el desplazamiento y la migración de personas-. Esto lleva a que las naciones enfrenten problemas comunes de salud -cambio de hábitos, de dieta, desigualdades, enfermedades emergentes y otras no transmisibles, la violencia, el uso de drogas- y también problemas comunes del sistema de salud - su acceso al mercado de medicamentos, costos, calidad de la atención, recursos humanos- todos los cuales requieren soluciones colectivas. Es decir, habitamos un planeta que tiene desafíos de salud comunes y que necesitan de respuestas coordinadas.

Se describen tres focos de preocupación central de la salud global: la seguridad, la economía y la justicia social. La seguridad, está relacionada con la preocupación por el riesgo de la transmisión internacional de enfermedades que deriven en pandemias, o en la amenaza del bioterrorismo por la liberación intencionada de agentes biológicos. La preocupación por la economía, tiene que ver con el impacto de los problemas de salud para el desarrollo de los países, pero también con el sector salud como industria y, más recientemente, con las regulaciones a los mercados de productos como el tabaco, los medicamentos y los alimentos. Finalmente, la justicia social, que ve a la salud como valor social y derecho humano, lo cual lleva a la discusión sobre los derechos sociales en salud, la acción sobre los determinantes sociales y el involucramiento de la sociedad civil y de las instituciones filantrópicas en salud.

Como se puede apreciar, la salud global es un campo dinámico e interdisciplinario, y en cada uno de estos focos de preocupación hay muchos temas de discusión vigentes en Chile, como es el riesgo de introducción de nuevas enfermedades, la discusión sobre de las nuevas regulaciones al tabaco, el etiquetado de alimentos y reforma de los sistemas de salud, entre otros. La globalización tiene un fuerte impacto en la medicina.

Estar al tanto de la discusión global en salud, participar de ella y estimular a los estudiantes a pensar globalmente, es un aspecto importante para la formación de los profesionales de salud. Les permitirá entender de mejor forma las complejidades sociales y los contextos en que los problemas sanitarios, y lo que es muy importante, les incentivará a ser actores de la salud planetaria. 

¹ Ilona Kickbusch es Directora del Programa de Salud Mundial (Global Health Programme), Graduate Institute of International and Development Studies, Ginebra.

A un año de la crisis del Ébola



Médicos Sin Fronteras: Voluntarios que rompen límites

Esta organización nació para combatir la indiferencia de la sociedad actual frente a poblaciones afectadas por desastres naturales, epidemias, guerras u otros conflictos humanitarios. Con una vasta experiencia en situaciones críticas, tuvo que hacer frente a una de las peores pesadillas de los últimos tiempos: un virus agresivo, que dejó a sus voluntarios al límite de sus fuerzas.

No existe un solo profesional de la salud que haya sido entrenado para rechazar pacientes y verlos morir. En septiembre de 2014, los equipos de salud de Médicos Sin Fronteras (MSF) que luchaban contra el virus Ébola en el centro de tratamiento ELWA 3 -en Monrovia, Liberia-, rechazaban al menos a veinte personas al día por falta de espacio y personal sanitario. Con estupor, miraban cómo víctimas morían en las puertas de este hospital-campamento. Aguantaban olores nauseabundos de cadáveres y fluidos corporales. Debían atender a los enfermos con equipos protectores, que les daban una apariencia intimidante de astronautas, en medio de un calor insoportable. Clamaban a las organizaciones internacionales por ayuda. Sin embargo, el mundo no reaccionó a

tiempo y las alertas solo se prendieron cuando algunos casos particulares fueron detectados en Europa y EEUU.

Detrás de este relato existen miles de voluntarios que trabajan incansablemente, muchos de los cuales se han educado en países desarrollados y aprobado una carrera de la Salud en universidades de prestigio. Sin embargo, tomaron la decisión de trabajar en países 'abandonados' por la sociedad moderna e impulsar la formación de equipos médicos en esas regiones, para atender a pueblos perjudicados por hambre, guerras, epidemias o desastres naturales, y a la vez, dar cuenta de lo que ocurre en esos países. Su objetivo es provocar cambios en favor de esas poblaciones, y combatir el silencio y la indiferencia

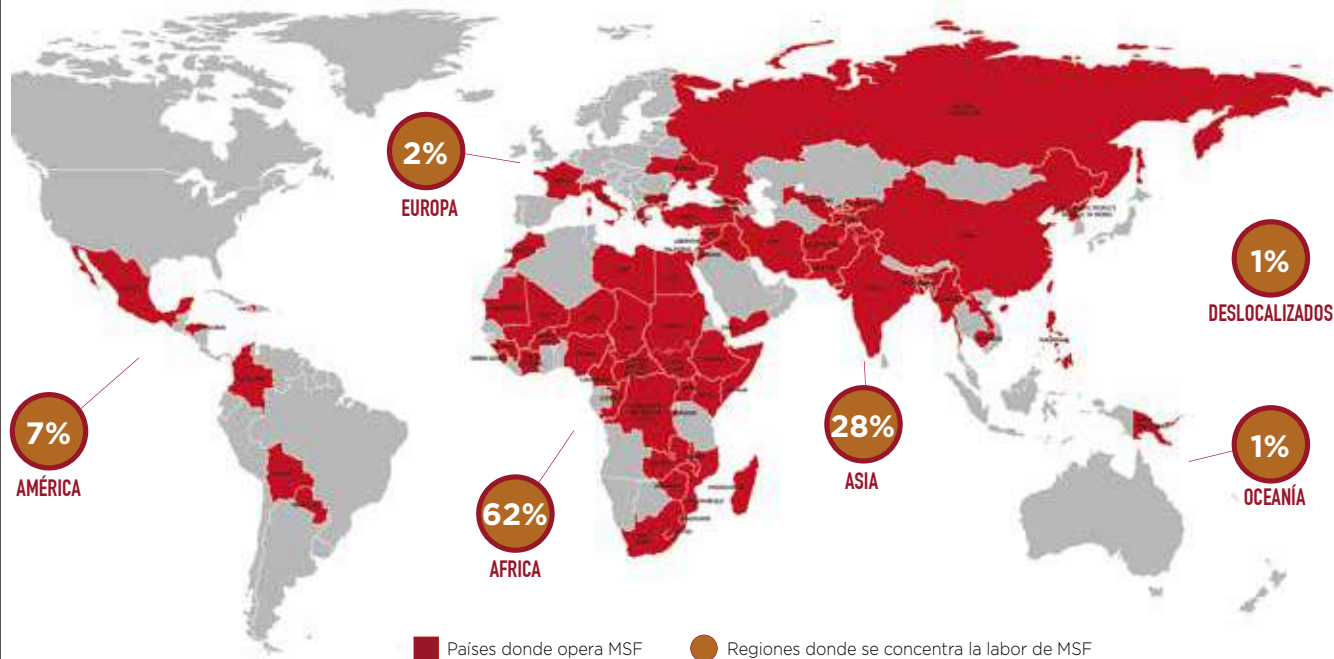




© Copyright Jeffrey Monnier/MSF

El epidemiólogo Michel Van Herp, de Médicos Sin Fronteras (MSF), explica a los ciudadanos de Gbando, Guinea, qué es el Ébola y cómo evitar la transmisión.

PROGRAMAS DE MSF EN EL MUNDO



Fuente: Mapa, Memoria Internacional de Médicos Sin Fronteras 2013. Cifras, Reporte Anual de Médicos Sin Fronteras Argentina 2013)

MSF cuenta actualmente con más de 2.500 trabajadores internacionales en terreno, que colaboran con 30 mil profesionales contratados localmente, y ha atendido a más de 100 millones de pacientes. Además, 387 proyectos de ac-

ción médico-humanitaria en 67 países alrededor del mundo lo han convertido en una de las más importantes organizaciones humanitarias internacionales.

de nuestra sociedad de bienestar, silencio que a la larga mata. La condición primordial para trabajar en Médicos Sin Fronteras es hacerlo con neutralidad e imparcialidad, defendiendo la ética médica universal y el derecho a la asistencia humanitaria, así como la plena libertad para ejercer sus funciones.

UNA ASOCIACIÓN SIN FRONTERAS

MSF son las siglas características de Médicos Sin Fronteras (Médecins sans Frontières), organización humanitaria internacional creada en Francia (1971) por un equipo de médicos y un grupo periodistas de la revista científica parisina Tonus quienes, indignados y desesperados por la inercia de las instituciones internacionales, decidieron actuar efectivamente y llamar la atención del mundo en favor de las víctimas del conflicto de guerra y hambre en Biafra (Nigeria) y de las inundaciones en Pakistán Oriental (actual Bangladesh), en un contexto socio-político dominado por la Guerra Fría.

En sus casi 45 años de vida, MSF ha desarrollado estructuras dedicadas no sólo a generar una reflexión crítica sobre la ayuda humanitaria y a organizar una acción independiente y de calidad, sino también a promover la investigación y el desarrollo de medicamentos adaptados a las necesidades de países en desarrollo.

A través de la campaña de acceso a medicamentos esenciales, y luego gracias al DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative, lo que quiere decir, Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas), las acciones de MSF han contribuido a bajar los precios de tratamientos contra el Sida e impulsar la investigación y el desarrollo de medicamentos para tratar enfermedades ignoradas por el mundo occidental, como por ejemplo, la enfermedad del sueño.

“Médicos Sin Fronteras es hoy un hecho: habrá bastado que se levanten entre los médicos franceses, algunos centenares de hombres y mujeres de corazón, decididos a calmar los gritos de sufrimiento y desesperación...encabezaremos entonces esta movilización de voluntades determinadas a hacer caer todas las barreras, todas las fronteras que aún se mantienen entre los que tienen vocación de salvar, sanar, y las víctimas de la barbarie humana, o de los desastres naturales...que afectan a los países menos preparados para enfrentar (estas desgracias)”.

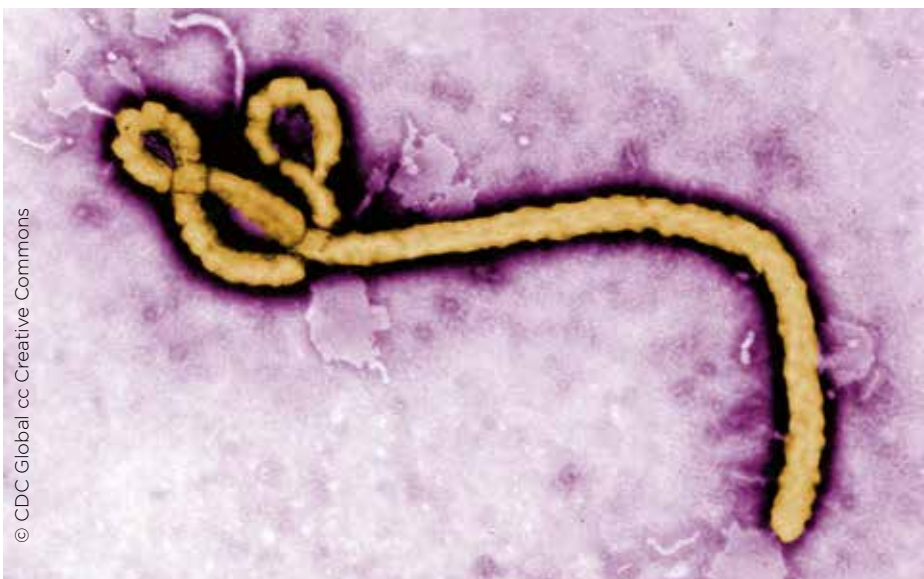
(Fuente: revista Tonus N°493, 3 de enero de 1972)



Asamblea constituyente de Médicos Sin Fronteras, en la redacción del diario Tonus, 1971.



Doctora de Médicos Sin Fronteras (MSF) examina a un paciente que se encuentra muy débil en la sala principal de la clínica de MSF en Melut, Sudán del Sur.



Morfología estructural de un virión de Virus Ébola.

La mayor parte de los recursos de MSF proviene de socios y colaboradores en todo el mundo (más de 5 millones de afiliados). La independencia que distingue a esta entidad le permite decidir dónde y cuándo es necesario intervenir y destinar recursos, sin aceptar presiones políticas, económicas o religiosas que condicionen la ayuda.

UNA BOMBA BIOLÓGICA

El Ébola es una enfermedad infecciosa viral aguda que produce fiebre hemorrágica en humanos y primates (monos, gorilas y chimpancés) y cuya tasa de mortalidad puede llegar al 90%, por lo que se constituye en uno de los virus más mortíferos existentes en el mundo. Se reconoció por primera vez en 1976, en dos brotes ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (República Democrática del Congo, entonces Zaire).

El descubrimiento de este virus tiene matices de una historia de detectives. En septiembre de 1976, un malecón portado por un mensajero en un vuelo desde Kinshasa, Zaire, actual República Democrática del Congo, hasta Amberes, llevaba en su interior un termo azul que contenía ampollas con sangre en hielo, una de las cuales estaba rota. Junto a este termo había un mensaje escrito a mano por un médico belga que se encontraba en Zaire. La nota explicaba el origen de la sangre: una monja, también belga, que había caído enferma con una patología misteriosa que no habían podido identificar.

Peter Piot recibió este peculiar envío en Bélgica. Piot, entonces joven médico y microbiólogo, actualmente un destacado investigador en el área del Sida, se encontró con un virus desconocido. Lo más llamativo era su forma, excesivamente larga y como una cuerda.

Tras enterarse de la muerte de esta monja y de numerosos contagios, Piot viajó con un equipo internacional a la región de Kinshasa. Llegaron al pueblo de Yambuku y se encontraron con una misión católica en un



Pacientes heridos en el Hospital Comunitario de Bangui, República Centroafricana.

hospital. Los sacerdotes y monjas del lugar habían creado una especie de estación de cuarentena, debido a las repentinas y numerosas muertes. Piot y el equipo buscaron la causa de la enfermedad y observaron que la mayoría de los pacientes se había contagiado en el mismo hospital y al contacto con los cadáveres; las monjas sólo tenían cinco jeringas y usaban las agujas varias veces. Este fue el primer brote. La aldea en que se produjo el segundo brote está situada cerca del río Ébola, de ahí proviene su nombre, que fue dado por Piot y su equipo, para no estigmatizar a los pueblos.

Los primeros síntomas de esta enfermedad son fiebre repentina y alta, debilidad intensa y dolor muscular, de cabeza y de garganta. Luego aparecen vómitos, diarreas, erupción cutánea, funciones renal y hepáticas alteradas e intensas hemorragias internas y externas.

El virus del Ébola se contagia por contacto directo con sangre o fluidos corporales de personas infectadas, muertas por esta causa o por la exposición a objetos contaminados por secreciones de estos pacientes (ropa de cama o de vestir sucia, o agujas usadas). No se transmite por agua ni por aire, tampoco durante el período de incubación (intervalo desde la infección hasta la aparición de los síntomas), el que oscila entre 2 y 21 días, aunque generalmente los síntomas aparecen entre los cinco y diez primeros días después de la transmisión.

Aunque los monos han sido una fuente de infección para las

personas, se considera que los murciélagos de la fruta (de la familia Pteropodidae) son los huéspedes naturales de este virus.

El diagnóstico del virus Ébola se puede obtener mediante pruebas de laboratorio, con muestras de orina, saliva y sangre. Los exámenes más comunes, explica la OMS, son pruebas de inmunoabsorción enzimática (ELISA), detección de antígenos, seroneutralización, reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa y aislamiento del virus mediante cultivo celular. Declarar el fin de esta epidemia es complejo y difícil, debido a que se debe identificar cada caso en particular, lo que requiere de un alto nivel de precisión.

Las muestras de los pacientes infectados tienen un enorme peligro biológico y las condiciones de tomas deben ser de máxima protección. Por la misma razón, expertos europeos en bioseguridad han advertido que grupos terroristas podrían utilizar el mortal virus como arma biológica en países desarrollados.

Desde su descubrimiento, esta enfermedad ha provocado sorpresa y pánico, debido a su implacable capacidad de destrucción del organismo y la rapidez con la cual se propaga. El virus altera un tipo de células llamadas "endoteliales", que recubren la superficie interior de los vasos sanguíneos y la coagulación, por lo cual, los pacientes sufren un shock hemorrágico que deriva en una pérdida muy grave de sangre y, por consecuencia, casi siempre en muerte.

Hasta julio de este año, no se conocía todavía ningún tratamiento ni vacuna específicos, aunque se están poniendo a prueba sueros y drogas experimentales, como ZMapp, TKM-Ebola o Brincidofovir, tratamientos aplicados con éxito desigual en los 14 casos de Ébola tratados fuera de África y bajo aislamiento en hospitales de EE.UU y Europa. Al igual que en el tratamiento de otros virus, se administran medicinas para la fiebre (nunca aspirina, por el riesgo de hemorragias) y se guarda reposo en cama. Como los enfermos suelen estar deshidratados, se les administra soluciones que contengan electrolitos, por vía intravenosa u oral.

CRISIS DEL ÉBOLA: UN “VIRUS SIN FRONTERAS”

Según datos de la OMS de agosto 2015, la enfermedad ha dejado un saldo de 27.862 casos infectados y 11.281 muertos. De hecho, la epidemia de Ébola en África occidental es la más grave desde la identificación de esta enfermedad, en 1976, donde murieron 280 personas, de 318 contagios.

Este nuevo brote se originó en diciembre de 2013 en la remota aldea de Meliandou, Guinea, cuando un niño de 2 años cayó enfermo, con síntomas de fiebre alta y vómitos. El 14 de marzo de 2014, Médicos Sin Fronteras fue informada de una enfermedad “misteriosa”, notificada por el Ministerio de Salud de Guinea. Cuatro días después, llegó un equipo de MSF a Guékédou (sur de Guinea) para abrir el primer centro de tratamiento de pacientes con Ébola en África Occidental. El 27 de marzo se reportaron los primeros casos en Conakry, capital de Guinea, que tiene más de dos millones de habitantes. El virus se extendió como pólvora a Liberia, Sierra Leona y Nigeria y MSF advirtió el mismo mes a la comunidad internacional que el mundo estaba ante una grave crisis sanitaria.

Lamentablemente, el mundo no reaccionó. Recién en agosto del mismo año, cinco meses después del llamado de alerta de MSF, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que el virus estaba fuera de control y dio la alarma a nivel regional e internacional, con el fin de “contener una expansión incontenible”. La prensa internacional y el interés por esta enfermedad crecieron en el momento en que el virus salió de las fronteras de África y se conocieron las primeras víctimas en Europa y Estados Unidos.

Durante todo este tiempo, los equipos de MSF se vieron obligados a tomar decisiones en tiempos récord, no solo respecto de los pacientes, sino también de los cadáveres y su disposición.

Establecieron protocolos de acción que fueron clave para intentar apagar los múltiples focos de contagio descontrolado. Seis acciones fundamentales ayudaron a disminuir o al menos controlar el virus. En marzo de 2015, a un año de haberse desatado esta epidemia, MSF publicó el reporte “Pushed to the Limit and Beyond. A year into the largest ever Ebola outbreak”, donde se destacan estos procedimientos (ver recuadro).

Este reporte, basándose en entrevistas a varios médicos que participaron en los operativos para combatir la epidemia, rela-

ta las impresiones y preguntas que el brote dejó en sus profesionales, así como las advertencias iniciales a la comunidad internacional y las decisiones que MSF debió tomar ante la tardía reacción mundial.

Según relata el reporte de MSF “Pushed to the Limit and Beyond. A year into the largest ever Ebola outbreak”, “Este año, miles de trabajadores en salud han arriesgado sus vidas para atender a pacientes y ayudar a controlar el brote de Ébola,

¿CÓMO SE CONTROLÓ EL BROTE DE ÉBOLA?

- 1 Aislamiento y atención a los pacientes:**
Aislarlos en los centros de gestión de Ébola, ofrecer atención de personal capacitado y dar apoyo médico y psicológico a pacientes y sus familias.
- 2 Entierros seguros:**
Proporcionar y fomentar los entierros seguros en las comunidades.
- 3 Sensibilización:**
Actividades para ayudar a las comunidades a entender la naturaleza de la enfermedad, cómo protegerse y cómo ayudar a detener su propagación.
- 4 Vigilancia de Enfermedades:**
Conducir y promover la vigilancia de enfermedades, con el fin de localizar nuevos casos, vías probables de transmisión, e identificar los sitios que requieren desinfección.
- 5 Rastrear contactos:**
Seguimiento exhaustivo de los que han estado en contacto con personas infectadas por el Ébola. De lo contrario, se afectarán todas las demás actividades y la enfermedad seguirá expandiéndose.
- 6 Atención sanitaria a pacientes sin Ébola:**
Asegurar que la atención médica siga disponible para las personas con enfermedades y condiciones distintas de Ébola (malaria, enfermedades crónicas, atención obstétrica, etc). Esto incluye la implementación de políticas estrictas para proteger las instalaciones de salud y su personal, especialmente en las áreas de contacto con los pacientes.

Fuente: Reporte de MSF “Pushed to the Limit and Beyond. A year into the largest ever Ebola outbreak”.



© Agus Morales/MSF

B. Sunday Williams trabajó para Médicos Sin Fronteras (MSF) en Monrovia (Liberia) con el equipo que recogía a pacientes con Ébola o fallecidos a causa de la enfermedad. Él se encargaba de desinfectar con cloro las zonas contaminadas.

enfrentando el estigma y el miedo en sus propias comunidades. La vulnerabilidad del staff médico constituye una doble tragedia, pues el virus ha cobrado las vidas de aquellos que supuestamente tratan de salvarla: cerca de 500 profesionales de la salud han muerto a la fecha por este virus en Guinea, Liberia y Sierra Leona”.

“...El virus cortó una amplia franja a través de los tres países, atravesando fronteras como nunca antes se vio. Miedo y pánico se apoderaron de la zona, los enfermos y sus familias estaban desesperados. Tanto los equipos de salud locales, como los de MSF estaban sobrepasados y exhaustos, no están entrenados para enfrentar la muerte de tantos pacientes a manos de una enfermedad para la que no existe tratamiento.”

“...En este último año, la organización ha sido empujada al límite, debiendo responder con muchas iniciativas nuevas e inusitadas para la organización, lo que tuvo consecuencias trágicas: personas desconfiadas de los centros de salud, profesionales de esta área desmoralizados y temerosos de la reanudación de los servicios sanitarios... comunidades desconsoladas, empobrecidas y sospechosas.”

Las huellas que ha dejado esta epidemia son similares a las que deja un conflicto bélico. En febrero de 2015, el coordinador médico de MSF en Sudáfrica y Lesotho, Dr. Gilles van Cutsem, concedió una entrevista radial a la organización sin fines de lucro Humanosphere. En ella, explica que esta epidemia atacó como una guerra a África Occidental, región “olvidada por Dios” e imperdonablemente descuidada por el mundo.

En la misma entrevista, Van Cutsem relata las consecuencias que tuvo esta crisis en todos sus aspectos, económico, sanita-

rio, social y psicológico. También comenta el horror de perder colegas en servicio y la impotencia de presenciar cómo un sistema de salud, desde ya vulnerable, colapsa. “Los verdaderos héroes no son las ONGs, sino los profesionales de salud locales...Liberia tenía 50 médicos para cuatro millones de habitantes y perdió más de 15, es decir, un 30% de su fuerza laboral médica... el nivel del impacto sobre el sistema de salud es tre-



© Yann Libesart/MSF

Voluntario de Ébola de primera línea recibiendo la vacuna experimental en el hospital Donka, Conakry.



© Fathema Murtaza/MSF
Octubre de 2014. Kailahun, Sierra Leona.

La promotora de salud Mari Nythun Sorlien abraza a Beindu Fatorma, una sobreviviente de Ébola, que se reúne con su marido y su comunidad tras haber superado la enfermedad. En los sitios donde rige la norma de no tocar a nadie, un simple abrazo tiene un significado especial: es un gesto simbólico que muestra que los sobrevivientes ya no podrán contagiar la enfermedad.


mendo. No solo la muerte de colegas, sino el cierre de escuelas y hospitales dejaron profundas heridas y consecuencias aún mayores que las víctimas por Ébola". Enfatiza, además, la necesidad de generar planes en formación de recursos humanos, entrenamiento de más profesionales para enviar a esos lugares, impulsar estrategias de prevención, crear estructuras de coordinación que apoyen las intervenciones en crisis e incluso crear protocolos de investigación.

PREGUNTAS PARA EL FUTURO Y UNA ESPERANZA EN TIEMPO RÉCORD

“¿Cómo se diseminó esta epidemia de manera tan descontrolada? ¿Por qué el mundo despertó y respondió con tanta lentitud? ¿Fue debido al miedo, a la falta de voluntad política, falta de experiencia, o a una tormenta perfecta entre estos tres motivos? ¿Tomó MSF las decisiones correctas? ¿Qué hemos aprendido de este brote y qué debemos hacer de manera diferente en el futuro?” Estas son algunas preguntas que se plantean los profesionales de Médicos Sin Fronteras, las cuales son difíciles de responder para ellos mismos en tan poco tiempo transcurrido.

A más de un año de esta crisis sanitaria, Médicos Sin Fronteras teme por la atmósfera de miedo y el alto nivel de desinforma-

ción que continúan obstaculizando la capacidad de detener el virus. Tanto en Sierra Leona como en Guinea persisten puntos de contagio. Liberia, en cambio, no alcanzó a salvarse del todo: el 29 de junio, casi dos meses después de ser declarado país libre de Ébola, el cadáver de un joven de 17 años dio positivo. Sin embargo, la noticia más esperada para el continente africano fue revelada al mundo el 31 de julio: la prestigiosa revista médica The Lancet publicó los resultados de una vacuna contra el Ébola llamada VSV-ZEBOV, con una eficacia del 100%. Un total de 4.000 personas en contacto estrecho con el virus hemorrágico en Guinea estuvieron implicadas en el ensayo. El desarrollo clínico de esta vacuna se realizó en humanos desde un inicio, en un tiempo récord de menos de un año, hasta demostrar su eficacia y seguridad, en un estudio de Fase III. El equipo que trabajó en estos ensayos estuvo compuesto por científicos, médicos, epidemiólogos de distintas universidades americanas y europeas, y por expertos de Médicos Sin Fronteras, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de Noruega, Canadá y Guinea.

Mientras tanto, MSF continúa con su labor incansablemente, levantando la voz, reclutando personal y fondos en favor de otras causas y situaciones de alto riesgo sanitario, para ayudar al que no tiene opciones y despertar al mundo de su indiferencia. 



Un grupo de 10 mujeres, familiares de niños con enfermedades crónicas del Hospital Padre Hurtado, se reúne todos los miércoles para confeccionar prendas de niños y bebés.



Apoyo mutuo y trabajo comunitario:

“Tejidos con alma y una historia detrás”

Además de aprender nuevas técnicas en el arte de tejer, estas madres y abuelas encontraron un espacio de compañía que, a su vez, les permite generar una nueva fuente de ingresos.

El cuidado y atención que los niños con enfermedades crónicas demandan es altísimo. Esto se traduce en reiteradas visitas a los centros de atención de salud, terapias y hospitalizaciones en un número superior a lo que requiere cualquier menor. Por este motivo, las madres o cuidadores de estos menores deben abandonar sus trabajos o renunciar a sus fuentes de ingreso para asumir estas responsabilidades.

En este contexto, la enfermera María Luisa Guzmán, junto a la directora del centro Genética y Genómica de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, doctora Gabriela Repetto, detectaron la necesidad de generar instancias de apoyo y encuentro para estas familias.

Hace algunos años, surgió una iniciativa para las madres de los niños con Síndrome de Down que se atendían en el recinto



hospitalario de la comuna de San Ramón. Ellas se encargaban de llevar a sus pequeños a un taller interdisciplinario que los apoyaba en su desarrollo, dejando de lado algunas de sus labores diarias para acompañarlos.

De manera natural, se juntaban para realizar tejidos con el apoyo de ambas docentes, quienes proporcionaban el material e insumos, con lo que obtenían maravillosas creaciones.

Según cuenta María Luisa, este trabajo tenía un potencial que podía llegar a algo más grande. Es así como decidieron profesionalizarlo y ampliarlo a la comunidad de familiares de los llamados “Naneas” (Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud). Actualmente, se trata de un taller que ya está consolidado, con la marca propia “Liliput” y con personas que voluntariamente decidieron hacerse cargo del grupo, guiando su trabajo y entregando desde su especialidad apoyo, en la creación de tejidos.

CÓMO NACE LILIPUT

Fernanda Nancuvilu es diseñadora textil. Trabajó por ocho años en el retail nacional, pero sentía que algo le faltaba a su vida. “Tenía la necesidad de vincular mi profesión con el tema social, que es lo que me apasiona”, cuenta.

Es así como conoció a María Luisa Guzmán quien, al ver uno de sus tejidos, la invitó a ser parte de este grupo para apoyar a las madres y cuidadoras, y enseñarles nuevas técnicas.

Sin embargo, Fernanda vio un potencial mayor. “Yo venía sin pretensiones, quería conocer a las personas y ver qué podíamos hacer, pero las cosas se fueron dando. Tenía una marca de ropa de niños inscrita y sin desarrollar (“Liliput”), pensando en un proyecto futuro. Fue así como decidimos ocuparla e ir un poco más allá. Quisimos hacer algo que fuera más que un taller”.

Hoy es una instancia de capacitación y perfeccionamiento para estas madres y cuidadoras, con el apoyo y compromiso de Fernanda, que además les permite recibir una remuneración.

A tres años de funcionamiento, este espacio busca ser inclusivo, donde cada participante se compromete en la medida de sus posibilidades. Su trabajo es pagado bajo los términos del “comercio justo” y reciben el material con el que pueden trabajar en su hogar, en las salas de espera o en las reuniones que realizan.

“NOSOTRAS OFRECEMOS TEJIDOS CON ALMA”

Hoy, el grupo lo conforman 10 mujeres que se juntan todos los miércoles en el Hospital Padre Hurtado a trabajar y perfeccionarse en el arte de tejer. Además, –y quizás lo más relevante de esta iniciativa desde el punto de vista social– se convirtió en un espacio de encuentro para que estas cuidadoras salgan de su rutina y compartan con otras personas sus problemas.

Así lo confirma Fernanda. “Acá lo que se genera es un grupo humano hermoso, todas se ayudan y conversan. Es una ex-



La diseñadora Fernanda Nancuvilu, sentada a la derecha, junto a un grupo de madres en el taller.

celente terapia, pues comparten problemáticas comunes para todos”, agrega “puedo aportar con mis conocimientos”.

Hoy, el grupo tiene la esperanza que el proyecto siga creciendo. Están potenciando la promoción, pues no cuentan con un punto de venta definido ni con publicidad estable. Eso a momentos les hace el trabajo más complejo, pero jamás han perdido la ilusión y las ganas de continuar con esta labor.

En este objetivo por profesionalizar el trabajo que realizan, tienen el apoyo de la abogada Loreto Fuenzalida quien, al igual que Fernanda, ayuda como voluntaria al desarrollo de la marca. Para Loreto, esta experiencia ha traspasado el aspecto laboral. “Ha sido un regalo conocerlas a todas, ha sido muy bonito. Ellas me dan más de lo que nosotros les damos”, relata.

Sin duda que para Fernanda, Loreto, y las madres y abuelas que asisten al taller y confeccionan sus propios productos, esto es un trabajo. Pero lo más relevante es el grupo que se formó. “No lo encuentras en otro lado, son personas iguales, con los mismos problemas, hijos, sueños y las mismas posibilidades de desarrollarse, porque están aprendiendo y se enseñan entre ellas, entre nosotras”, concluye Fernanda. **A**

Testimonio

Julia Rodríguez es abuela de un niño con Síndrome de Down de 11 años, que se atiende en el Hospital Padre Hurtado. Participa en el taller de tejidos desde sus inicios junto a su nuera y su opinión sobre la iniciativa es clara y contundente.

“Nosotras estamos sometidas a veces a mucho estrés y tensión nerviosa por nuestros niños, pero este taller nos ha cambiado la vida. Nos relajamos, compartimos, reímos, nos contamos nuestros problemas, nos acompañamos, aconsejamos y ayudamos. Somos todas muy amigas”, cuenta la señora Julia.

Destaca que si bien es un trabajo que les aporta económicamente, lo importante es que “nos ayuda a ocupar el tiempo, nos hace muy bien como terapia, ya que no nos da el espacio para pensar en tonteras. Hoy, yo puedo decir que no puedo vivir si tejer”.



Enfermedad se consideraba erradicada en Chile

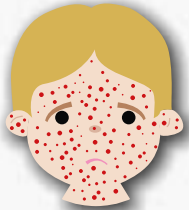
Sarampión: un virus altamente contagioso

Los grupos más susceptibles serían los lactantes menores de un año (sin indicación para ser inmunizados), niños de 1 a 6 años, los nacidos entre 1971 y 1981, y migrantes en situación de vulnerabilidad, o provenientes de países desarrollados, que optaron por no vacunar a sus hijos.

A mediados de julio, el Ministerio de Salud confirmó el noveno caso de sarampión en Chile. Se trató de una mujer de 27 años que estuvo en contacto con un infectado y quien, pese a la vigilancia epidemiológica y las medidas preventivas, desarrolló la enfermedad.

Este caso se explica, si consideramos que nuestro país, pese a ser declarado libre del sarampión en 1993, cuenta con ciertos grupos vulnerables a contraer el virus: lactantes menores de un año, que no han recibido indicación para ser inmunizados; niños de 1 a 6

SARAMPIÓN



¿QUE ES?

Es una enfermedad causada por un virus de la familia de los paramixovirus que normalmente crece en las células del revestimiento de la laringe y los pulmones.

¿CÓMO SE TRANSMITE?



Tos



Estornudos



Contacto personal íntimo



Contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas

El virus presente en el aire o en superficies infectadas sigue siendo activo y contagioso en periodos de hasta: **2 horas**

y puede ser transmitido por una persona infectada desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema.



¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?



Fiebre alta 10 a 12 días posterior a la exposición al virus. Dura entre 4 y 7 días.



Secreción nasal, tos, ojos llorosos y enrojecidos, manchas blancas en la cara interna de las mejillas.



Exantema (erupción cutánea aguda), casi siempre en el rostro y la parte superior del cuello. Esta se extiende por unos 3 días acabando por afectar manos y pies.



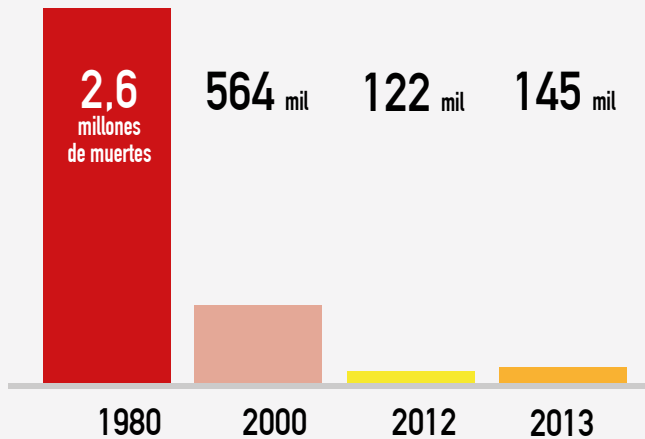
El exantema dura de 5 a 6 días para luego desvanecerse. El período entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días (la media es de 14).

PELIGROS EN EL EMBARAZO



La infección puede provocar complicaciones graves en las mujeres embarazadas e incluso ser causa de aborto o parto prematuro.

MUERTES EN EL MUNDO



TRATAMIENTO

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión.

VACUNA

Desde hace 50 años se utiliza una vacuna segura, eficaz y económica.



“Cuando las personas dejan de vacunarse no sólo se desprotegen a ellos mismos y a sus niños, sino que además contribuyen a que haya un mayor riesgo social”...“(el sarampión) tiene complicaciones severas e incluso presenta letalidad en algunos grupos poblacionales con condiciones socioeconómicas vulnerables y alteraciones nutricionales”, señaló la doctora Ximena Aguilera, directora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina CAS-UDD.

años; los nacidos entre 1971 y 1981 y cualquier persona a la que se le haya administrado solo la primera inyección; migrantes con acceso limitado a fármacos o personas provenientes de países desarrollados, que han optado por no vacunar a sus hijos.

El sarampión es una patología altamente contagiosa, provocada por un virus que se multiplica en la tráquea y se transmite por secreciones a través de la tos y el estornudo. Estas gotas quedan suspendidas en el aire hasta por dos horas. Quien entra en contacto con los fluidos sin estar inmunizado, contraerá la enfermedad luego de incubar el virus durante 7 a 21 días.

Entre los primeros síntomas del sarampión destacan dos a cuatro días de fiebre alta, rinitis, tos, ojos enrojecidos, conjuntivitis, dolor articular y ganglios inflamados. Posteriormente, aparecen puntos blancos dentro de la boca, exantemas (manchas rojas) y sarpullido en el rostro, cuello, tronco y extremidades, que se prolongan por tres a siete días. En algunos casos, los pacientes experimentan molestia a la luz (fotofobia) y/o descamación fina de la piel, siendo los niños y mujeres embarazadas los más afectados.

Hoy en día, no existe un tratamiento específico que combata el sarampión. La mayoría de las personas se recupera en dos a tres semanas; sin embargo, puede causar complicaciones graves en niños desnutridos y pacientes inmunodeprimidos, tales como ceguera, infecciones al oído, diarrea, encefalitis y neumonía.

IMPORTANCIA DE CONTROLAR EL BROTE


¿A qué nos referimos cuando hablamos de un brote? En Epidemiología, es la aparición repentina de una enfermedad por un tiempo y en una región determinada. Teniendo en cuenta que el sarampión se consideraba erradicado en Chile y que no existe circulación viral de riesgo, sí se puede llamar “brote” a los casos registrados durante el primer semestre del año.

Si a nuestro país ingresa un extranjero incubando un virus y toma contacto con alguien que no está completamente protegido por ambas dosis de la vacuna, habría contagio y el nuevo enfermo podría transmitir el virus a personas vulnerables, como los lactantes, que no han recibido su primera inoculación y solo cuentan con la inmunidad de la madre.

La permeabilidad de las fronteras y los viajes de los compatriotas fuera del país han facilitado la importación de casos desde otros continentes, por lo que cualquier sospecha -por más aislada que sea- debe ser evaluada y tratada oportunamente, pues representa un riesgo latente para la población susceptible.

De ahí se desprende la importancia de las políticas públicas en la prevención y control de enfermedades infectocontagiosas, porque un país con alta cobertura de vacunación fija una barrera entre el enfermo y los susceptibles, aminorando el número de contagios.

Para la directora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina CAS-UDD, Ximena Aguilera, existe una responsabilidad en prevenir la infección, que debe ser asumida por toda la comunidad para no exponer a la población con estado inmunológico más frágil. “Cuando las personas dejan de vacunarse no sólo se desprotegen a ellos mismos y a sus niños, sino que además contribuyen a que haya un mayor riesgo social”, señaló la doctora Aguilera, quien también agregó que el sarampión “tiene complicaciones severas e incluso presenta letalidad en algunos grupos poblacionales con condiciones socioeconómicas vulnerables y alteraciones nutricionales”.

De este modo, supervisar la evolución del virus resulta imperativo para esta patología, porque una eventual barrera entre el infectado y su entorno no solo dependerá de la prevención individual, sino también del cuidado que se brinde a todos los grupos de riesgo. 

En 1964 partió la inmunización de la población chilena contra esta patología, pero no fue hasta 1990 que se introdujo la vacuna Trivírica para combatir el sarampión, la rubéola y la parotiditis. Esta inyección es parte del esquema de vacunación obligatorio y se aplica a través de dos dosis: al cumplir un año de vida y en primero básico.

La próxima campaña de vacunación se llevará a cabo en octubre del presente año.

CHILE, país de volcanes



Moyra Gardeweg P., Ph.D.
AURUM Consultores



Erupción volcán Calbuco, 22 de abril de 2015. Fotografía de Francisco Idalsoaga, egresado Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Chile es un país de volcanes.... y terremotos, tsunamis y aluviones, entre otros desastres naturales. La ocurrencia de estos fenómenos se debe a nuestra ubicación en el borde de un margen geológicamente activo, donde placas oceánicas -las Placas de Nazca y Antártica, que se desplazan hacia el este- convergen con una placa continental, la Placa de Sudamérica, que, a su vez, se desplaza hacia el oeste (Figura 1).

En la zona de contacto, las placas oceánicas más densas, se doblan y descienden bajo la placa continental más ligera, proceso denominado subducción. En la zona de contacto se forma una extensa depresión lineal denominada fosa. En estas fosas se registran las mayores profundidades de la Tierra, con cerca de 11.000 m bajo el nivel del mar, por ejemplo, la Fosa de Las Marianas, ubicada entre Japón y Papua-Nueva Guinea. En la fosa Chile-Perú, la mayor profundidad se registra frente a la Región de Antofagasta, con unos 8.000 m.b.n.m.

Al proceso de subducción se asocian los fenómenos de sismicidad, volcanismo y construcción de montañas, entre otros. Ocurre desde hace millones de años, es responsable de la formación de Chile, un país geológicamente joven, y seguirá ocurriendo por millones de años más.

La mayor parte de los volcanes activos del mundo se ubica en zonas de subducción, principalmente en los alrededores del Océano Pacífico, zona denominada "Cinturón de Fuego del Pacífico". La placa oceánica que subducta contiene importantes volúmenes de agua, la que, a profundidades entre 100 y 200 km, es liberada debido al incremento de temperatura y

presión. El agua liberada disminuye el punto de fusión de las rocas del manto sobre la placa subductada, causando su fusión y la formación de magma (roca parcialmente fundida). El magma, más liviano que la roca sólida que lo circunda, asciende a través de grietas y fisuras y al llegar a la superficie forma franjas de volcanes alineados paralelos a la fosa. Cuando el magma no encuentra una ruta directa a través de la corteza, se acumula en subsuperficie y forma una cámara magmática ubicada 1 a 10 km bajo los volcanes, la que es constantemente realimentada con nuevo magma proveniente de niveles profundos (zona de fusión). El magma dentro de las cámaras magmáticas está a gran presión, y un incremento en el tiempo puede fracturar la roca sobre ella, gatillando una erupción. Consecuentemente, los volcanes no se forman al azar, sino donde, en profundidad, se dan las condiciones para que se produzca magma.

Grandes volcanes (estratovolcanes) como los que adornan nuestra cordillera, tales como Villarrica, Calbuco y Osorno, necesariamente tienen cámaras magmáticas. Originalmente cada volcán nace como "un hoyo en la tierra", el que corresponde a la boca de una chimenea o conducto por donde asciende el magma hacia la superficie. Erupciones sucesivas, a través de miles de años, construyeron los conos o edificios volcánicos como los conocemos. La historia geológica de los grandes estratovolcanes activos del sur de Chile indica que iniciaron su construcción hace más de 100.000 años. Cada estratovolcán mayor tiene su cámara magmática independiente, no conectada con otras, aunque puedan tener una fuente común en profundidad. En consecuencia, un evento eruptivo no gatilla

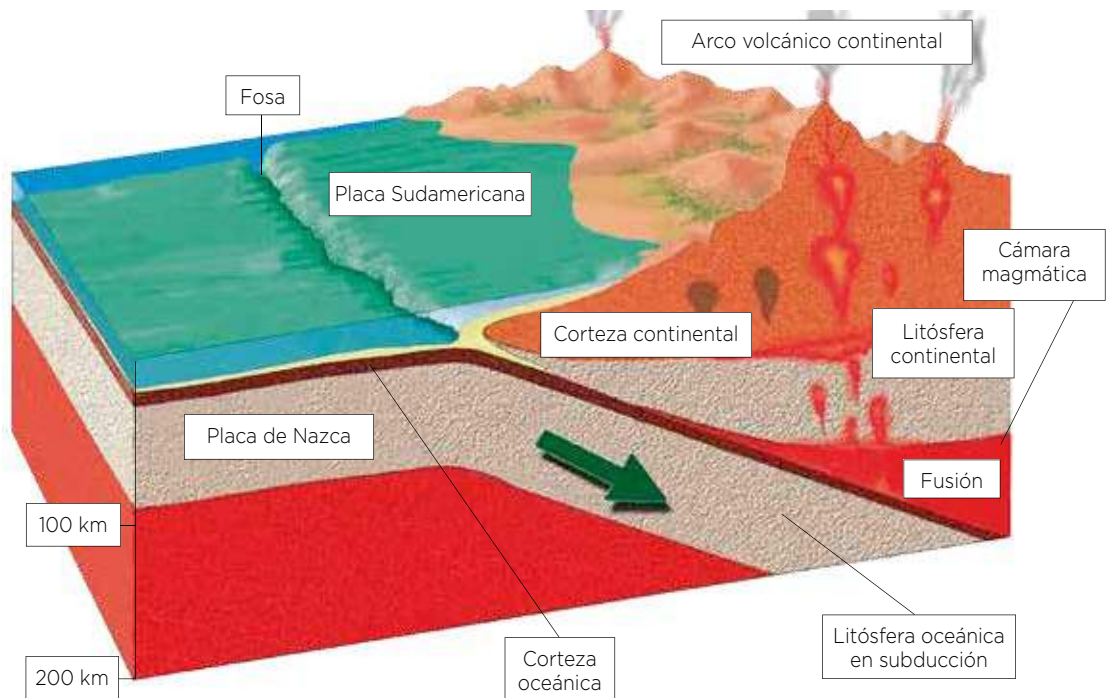


Figura 1.
Esquema del borde occidental de Sudamérica, correspondiente a un límite de placas convergente con subducción activa.

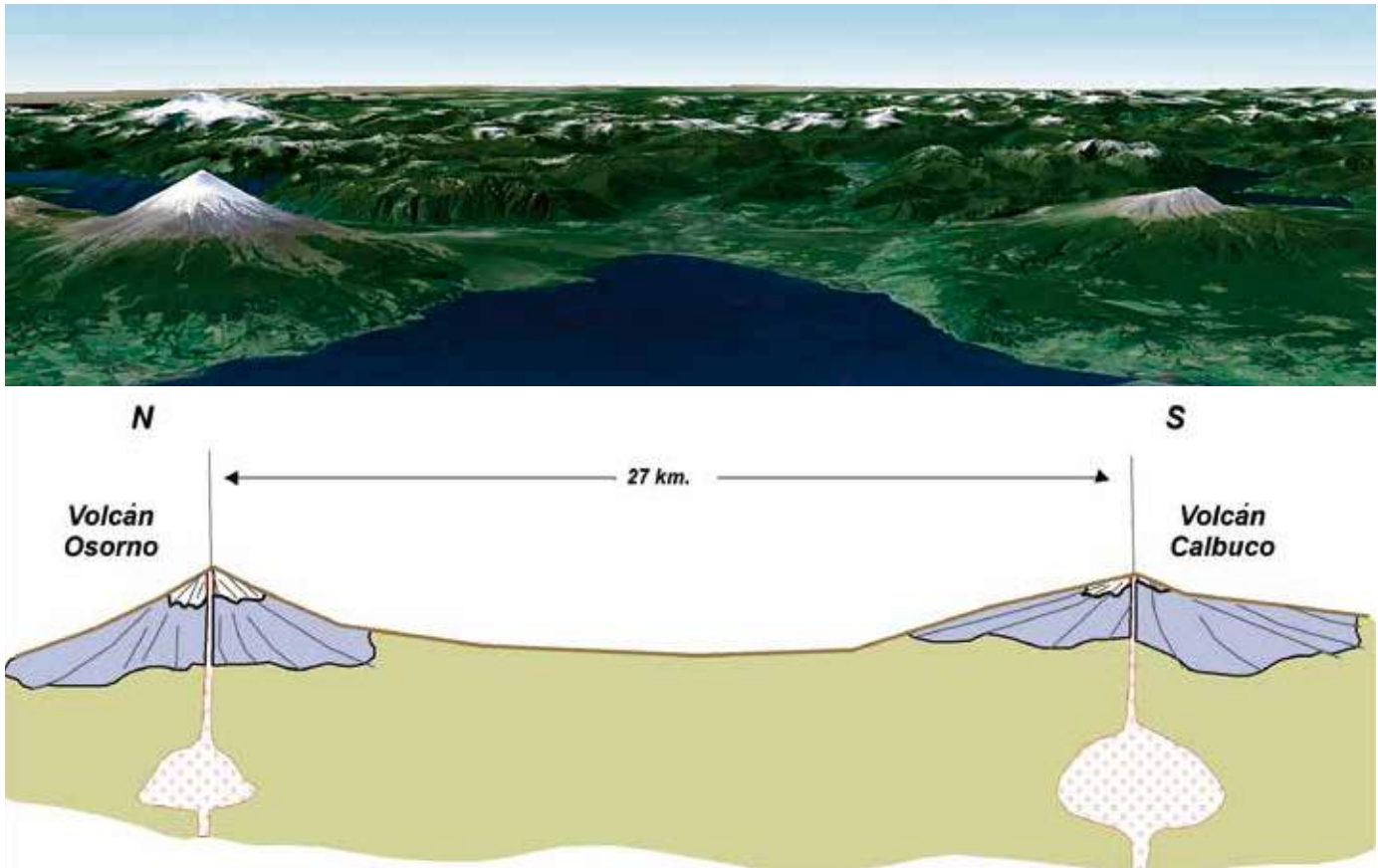


Figura 2.

Los volcanes Osorno y Calbuco a 27 km de distancia, con cámaras magmáticas independientes. Vista desde el oeste donde se observa la forma cónica perfecta del volcán Osorno y la forma achatada del Calbuco.

erupciones en volcanes vecinos ni en otros de la cadena volcánica andina. Esto se corroboró en la reciente erupción del volcán Calbuco (22 abril 2015 – julio 2015 con actividad leve, persistente), cuya erupción no impactó al vecino volcán Osorno (Figura 2).

Chile tiene 90 volcanes catalogados como activos, categoría que incluye volcanes con erupciones históricas, actividad fumarólica persistente u ocasional y volcanes que han hecho erupción durante el período Holoceno, esto es, en los últimos 11.000 años. Estos se distribuyen desde Arica hasta Punta Arenas, aunque no de manera homogénea (Figura 3). La mayor cantidad de volcanes activos (51) se ubica entre Santiago y Coyhaique. Un número relativamente importante se conoce de Copiapó, al norte (33). En tanto, en la Región de Magallanes, sólo se registran 6. Destacan dos segmentos sin actividad volcánica entre Copiapó y Santiago (28°-33° S) y en la Patagonia (46°-48°S), zonas donde las características de la subducción no son apropiadas para la generación de magmas.

Cada día más personas viven en las cercanías de volcanes activos, lo que incide en la percepción que el número de eventos eruptivos se ha incrementado. Esta situación se da tanto en Chile, como en otros países volcánicos. Adicionalmente, la velocidad en que se transmite la información, desde los medios

de comunicación a las redes sociales, hace que un número mucho mayor de personas se informe de los eventos eruptivos. Destaca el caso de la reciente erupción del volcán Calbuco donde, a los minutos de iniciada, ya se disponía de fotografías en todo el país. Esta fue definitivamente una “erupción en línea”.

Aunque no es efectivo que haya aumentado el número de erupciones, sí ha incrementado el número de personas en peligro de ser afectada por ellas, los potenciales daños económicos e infraestructura. A nivel mundial se estima que más de 600 millones de personas viven suficientemente cerca de volcanes como para ser afectados en caso de una erupción. Aunque la pérdida de vidas humanas es modesta en relación a otros desastres naturales (aproximadamente 300.000 en los últimos 200 años), las pérdidas económicas y trastornos sociales pueden ser considerables. Los trastornos sociales incluyen impactos inmediatos, como la necesidad de abandonar casa, pertenencias, propiedades, animales, etc. La vida cotidiana se ve severamente afectada y los roces con autoridades son frecuentes, ya que medidas que se toman no siempre obedecen a razones claras, como por ejemplo las áreas de restricción establecidas en torno al volcán Calbuco.

En el caso del Volcán Chaitén (mayo 2008-enero 2010) la eva-

cuación se vio plenamente justificada, al ser la ciudad cubierta y parcialmente arrasada por lahares (aluviones volcánicos). La mantención de esta medida, una vez terminada la erupción, requiere de un análisis más detallado y multidisciplinario que considere tanto factores prácticos como son las ventajas comparativas del área donde se fundó Chaitén originalmente y el hecho que el área está claramente expuesta a futuras erupciones. El intento fallido de refundar la ciudad refleja las dificultades tanto políticas como técnicas de una medida de esta naturaleza. Éste corresponde a un impacto de largo plazo que causó el desarraigo de más de 5.000 personas.

Los volcanes y las erupciones que los forman afectan a las personas de manera negativa y positiva. Los impactos negativos en el área inmediata al volcán se asocian a la caída de piroclastos (fragmentos calientes de lava lanzados violentamente a la atmosfera de tamaño ceniza (<2 mm) a bomba (>6,4 cm)) que causan el derrumbe de techumbres, obstrucción de caminos, daño a vegetación, campos y otros, además de la contaminación de aire, agua y cursos fluviales. Este es el fenómeno de mayor alcance de una erupción volcánica y causa trastornos en grandes áreas, incluyendo la interrupción del tráfico aéreo. También cerca del volcán son peligrosos los flujos de lava, cuyo lento avance no causa pérdida de vidas humanas, pero sí destrucción. Los lahares y flujos de piroclastos, en tanto, son eventos de alta velocidad, potencialmente letales, y en base a su extensión estimada, comúnmente se definen las áreas de restricción. Los gases en tanto, son peligrosos en áreas cercanas al volcán y sólo si se respiran por largos períodos de tiempo, al igual que si se respira ceniza volcánica. Inhalaciones de corta duración generan molestias, pero no daños permanentes.

Los volcanes no solo afectan en forma negativa. Además de su indudable belleza escénica que promueve el turismo, las cenizas depositadas durante tantas erupciones son el motivo de los fértiles suelos del sur de Chile (trumaos). Las cámaras magmáticas son la principal fuente de calor de las numerosas termas existentes a lo largo del país y de la energía geotérmica que algún día contribuirá a nuestro sistema eléctrico. Beneficio adicional son los yacimientos de oro y plata presentes en los núcleos de antiguos volcanes erosionados en el norte de Chile y de hermosas rocas utilizadas en construcción por sus excelentes características aislantes, como son los basaltos del Villarrica, la piedra rosa de Pelequén, la piedra de Toconao y muchas otras. **A**

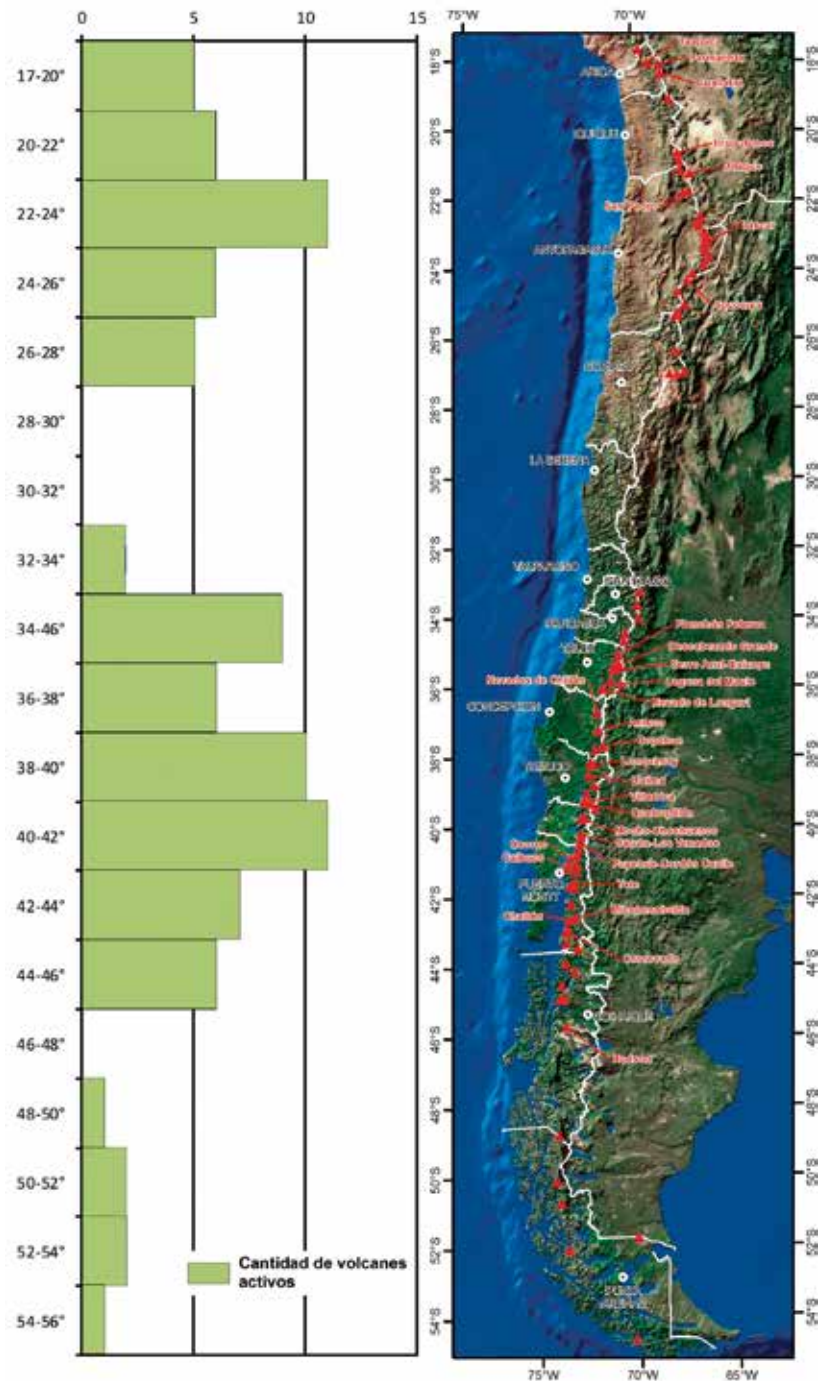


Figura 3. Volcanes activos de Chile y su distribución a lo largo del país. De los 90 volcanes catalogados como activos, se indica el nombre de los 30 más activos. El número de erupciones registrado anualmente en Chile es de 1,2 por año, esto es una erupción cada 10 meses en promedio. Si se consideran explosiones menores, sin mayor impacto, la tasa aumenta a dos erupciones por año. Estos corresponden a valores promedio, ya que los eventos eruptivos no muestran periodicidad. En algunos años se han registrado hasta tres erupciones, en otros años ninguna, en tanto durante el primer semestre de 2015 ya han ocurrido 2. Asimismo, volcanes individuales tampoco muestran periodicidad eruptiva siendo el volcán Calbuco un claro ejemplo de la variabilidad de los tiempos de reposo entre erupciones.

Dr. Rodrigo Soto, Director Ejecutivo de ICHF

Directo al corazón de niños en situación vulnerable

Realizar cirugías cardíacas gratuitas a niños que viven en países en vías de desarrollo es el objetivo de esta organización. A la fecha, se han realizado 7.548 intervenciones a niños con defectos cardíacos y se ha visitado 33 países.

Por más de una década, ha dedicado su tiempo, pasión y experiencia a la International Children's Heart Foundation (ICHF): como cardiocirujano pediátrico voluntario entre 2002 y 2012 y a partir de 2013, como parte del staff. Hoy es el CEO de la organización, responsable de la logística de la fundación, al mismo tiempo que supervisa protocolos, estándares de calidad y el desarrollo de los programas cardiopediátricos en las naciones emergentes donde ICHF está trabajando. Su rol ha sido también fundamental en la tarea de entrenar en cardiocirugía pediátrica a nuevos cirujanos en los lugares donde la fundación presta su ayuda. La iniciativa y el desafío de conseguir recursos médicos, partners y reforzar las alianzas con empresas, instituciones de salud y otras organizaciones relacionadas, han sido tareas adicionales que ha asumido al mando de ICHF.

El Dr. Rodrigo Soto es cirujano de la Universidad de Chile. Entre 2001 y 2003 hizo un fellowship en cirugía cardíaca en el Royal Children's Hospital de Melbourne, Australia y trabajó en el equipo de cirujanos pediátricos de ese hospital. También formó parte de la unidad de cirugía cardíaca del Hospital Marie Lannelongue en París, Francia.

Entre 2004 y 2012 fue cirujano pediátrico, director de programa de la unidad ECMO (siglas en inglés para el sistema de "oxigenación por membrana extracorpórea") de la Clínica Alemana de Santiago.

En esta edición, el Dr. Soto habla de su visión respecto de la labor que realiza la institución, sus experiencias, la fragilidad de la vida en países en vías de desarrollo y cómo se puede contribuir a hacer de este mundo un lugar mejor para los que más lo necesitan.

¿Cómo fueron sus primeros contactos con ICHF, y qué fue lo

que lo cautivó de la labor que hacen?

El contacto inicial fue en el año 2002 a través del Dr. Tom Karl, mi mentor en Australia, quien me invitó la primera vez a Nicaragua. Durante cinco años fuimos a ese país, yo como segundo cirujano junto a él, y luego, el año 2007 me asignaron mi propio programa en República Dominicana.

Con frecuencia, cuando vemos que algo no funciona en la sociedad decimos: "algo está mal, hay que hacer algo, alguien más debería hacerlo", pero nadie lo hace... fue eso lo que me motivó. Tiene mucho sentido que vayas y ayudes en un lugar en que la posibilidad de un tratamiento cardioquirúrgico para niños no existe, así de simple, no existe. Por otro lado, lo importante no es sólo operar, sino también educar a los equipos locales, de manera que sean capaces de generar unidades sustentables e independientes en el mediano plazo, que es uno de los principales legados de ICHF.

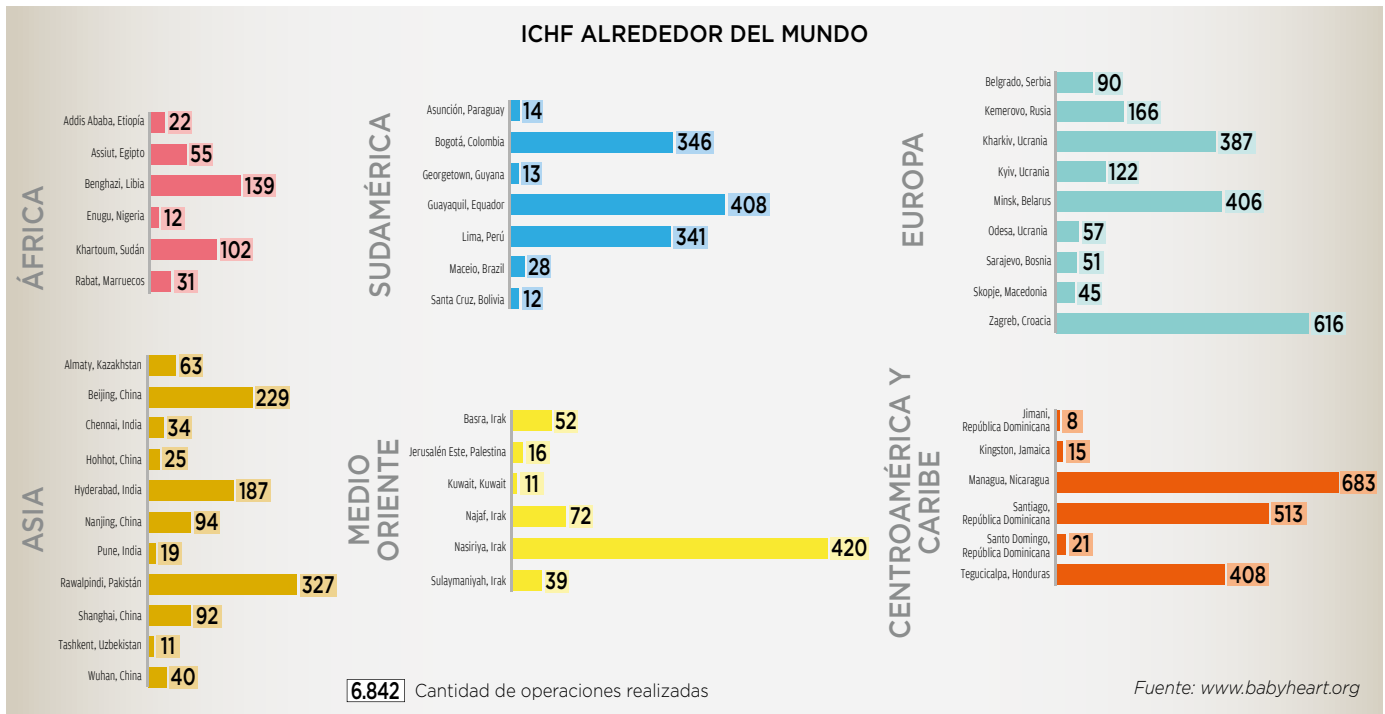
¿De qué manera fue creciendo su compromiso con la Fundación?

En el 2011, la Fundación me ofreció trabajar con compromiso exclusivo. No era una decisión fácil, porque significaba girar a un estilo de vida bastante diferente al tradicional, con muchos viajes, operar en distintos lugares del mundo. Después de pensarlo durante dos años, finalmente en 2013 decidí dedicarme al 100% a ICHF. El hecho de creer de corazón en la misión que realiza la fundación y que lo veo como un trabajo tremendamente necesario hoy día en el mundo, me llevó finalmente a tomar el trabajo.

¿Qué impresiones fueron marcadoras al llegar a operar por primera vez a Nicaragua?

En ese tiempo yo estaba trabajando en Australia, entonces, viajar desde ese país a Nicaragua fue muy impactante. Ver las necesidades, la escasez de recursos, el hecho de que no había





nadie que pudiera resolver estos problemas.

Existen médicos que pueden sanar a un niño con neumonía, pero si un niño nace con una cardiopatía congénita, no había nadie que pudiera solucionar ese problema, su pronóstico era muy sombrío. Eso es lo que te genera una sensación de que “algo hay que hacer acá, hay que entregar ayuda”. Por otro lado, la experiencia que se vive dentro del equipo esas dos semanas es muy interesante. Toda la gente que va a estas misiones humanitarias tiene algo en común. El hecho que estén donando tiempo -muchas veces sus vacaciones- con el objeto de ir a ayudar a esas personas, hay valores y prioridades que se comparten entre los miembros del equipo.

Esas dos semanas, como lo único que importa es el trabajo con tus pacientes, no estás preocupado de ninguna otra cosa. No hay que lidiar con miles de obstáculos de un trabajo habitual, los problemas políticos, otros colegas, etc.

En este contexto, lo único que quieres es que los niños se operen y que todo salga bien, entonces el típico ego médico no está, porque todo el mundo está empujando para el mismo lado y se trabaja como un equipo. Es un fenómeno que, cuando lo experimentas, te deja una sensación muy placentera y que uno añora sentir cuando está en el trabajo habitual, donde generalmente no ocurre.

Es algo mágico que 14 personas que vienen de distintos centros, distintos países y que nunca han trabajado juntas, sean capaces de reunirse algunas horas antes de hacer cirugías cardíacas y logren funcionar perfectamente durante dos semanas. Es como una orquesta de excelencia internacional, que se junta para un concierto, nadie se conoce y les basta una semana de ensayos para interpretar una obra a la perfección.

Todos saben hacer muy bien su trabajo, porque la selección de los voluntarios es muy meticulosa. Tenemos voluntarios de las unidades de Boston, Philadelphia, Midwestern University, RUSH, Kansas City en Estados Unidos, entre otros; Edmonton,

Calgary and Halifax en Canadá, de varios centros en Europa y Australia. Hemos iniciado la incorporación de latinoamericanos, que nos permiten derrumbar la barrera del idioma en algunos lugares.

OPERAR EN PAÍSES LEJANOS

Muchos defectos congénitos al corazón se pueden reparar con una intervención quirúrgica, mientras otros requieren de operaciones por etapas. En países en vías de desarrollo, con frecuencia estos defectos no son diagnosticados, hasta que el niño presenta síntomas concretos, como dificultad para comer, una coloración azulada, baja de peso, entre otros. En ese momento comienza la pesadilla para el niño y sus padres. Los médicos locales no pueden ayudar y la familia debe pensar en acudir a ayuda experta a países desarrollados, pero carece de los medios económicos para optar por esta alternativa. Con frecuencia no tienen más remedio que ver a sus hijos empeorar y finalmente, morir.

Desde su fundación en 1993, ICHF ha realizado misiones médicas alrededor de todo el mundo.

¿Cuáles son los criterios para seleccionar las regiones necesitadas donde acuden?

Más que nosotros seleccionar, son las regiones quienes nos seleccionan. Tiene que haber un equipo médico local y un equipo cardiológico pediátrico, aunque sea incipiente. Los pacientes, después de operarse, necesitan seguimiento, medicamentos y para eso requieren de un equipo cardiológico local, que sea al menos capaz de realizar un diagnóstico primario y luego hacer el seguimiento. Habitualmente estos equipos, ante la frustración de poder diagnosticar pero no curar a estos pacientes, de alguna manera presionan a las autoridades de sus hospitales o a los gobiernos o a otras instituciones no gubernamentales para buscar ayuda y algunos de ellos nos contactan a nosotros. Así se generan las solicitudes de asistencia. Nosotros hacemos una visita de terreno, en la cual se evalúan las necesidades del lugar y si se puede brindar la asistencia o no, se planifica ayuda en equipamiento, medicamentos, insumos, se

fija un presupuesto, se busca el financiamiento y después se inician los viajes.

¿De qué países provienen sus voluntarios y cómo seleccionan a los más idóneos?

La mayoría de EEUU, Canadá, ahora tenemos un buen porcentaje de Europeos (Inglaterra, Dinamarca, Francia, España y Noruega). Estamos reclutando bastantes latinoamericanos, de hecho tenemos varias enfermeras chilenas que se están incorporando al equipo de voluntarios, básicamente para favorecer la comunicación con las personas de lugares de habla hispana.

¿Con cuántos voluntarios cuentan alrededor del mundo?

En este momento tenemos unos 1.200 voluntarios. Los equipos que se forman para cada viaje, en promedio 14 personas por equipo, son 95% voluntarios. La gente staff de la fundación somos muy pocos.

Partiendo de la base que un 1% de la población mundial nace con alguna enfermedad al corazón, ¿existen diferencias de este tipo de mal congénito por región?

Da la sensación que hay patologías más prevalentes en un lugar que en otro, pero eso puede ser sesgado, porque nos llegan más casos a los lugares que vamos y es difícil determinar si hay diferencias estadísticamente significativas. Por ejemplo en Irak, la cantidad de transposiciones -defecto cardíaco que ocurre desde el nacimiento, en el cual los dos vasos principales que llevan sangre lejos del corazón, la aorta y la arteria pulmonar, están intercambiados (transpuestos)- es impresionante. Esto se puede deber a que los casos se concentran, ya que sólo estamos nosotros para operar esa patología en Irak. De los pacientes con cardiopatías congénitas, el 50% va a requerir cirugía en algún momento de su vida, muchas dentro del primer año.

¿Alguna experiencia de algún lugar del mundo donde ha operado que lo ha marcado particularmente?

Un paciente en República Dominicana de 10 años con insuficiencia aórtica severa por una endocarditis. Llevaba tres meses hospitalizado con tratamiento antibiótico, la insuficiencia aórtica era masiva y estaba con edema pulmonar, en insuficiencia cardíaca, pasando sus últimos días en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en el Hospital Arturo Grullón, en Santiago de los Caballeros.

El cardiólogo que iba con nosotros lo vio por accidente, me comentó el caso y que el paciente moriría por su insuficiencia aórtica. En un paciente de esa edad, las alternativas son bastante limitadas para arreglar un problema de esa naturaleza, pero después de discutirlo, sabiendo que era la única oportunidad que ese niño tenía, decidimos operarlo. Tuvimos mucha suerte, reparamos la válvula y el paciente se recuperó en la UCI muy bien. Al tercer día salió de la UCI y a la semana se fue a su casa... ¡fue increíble!

Eso ocurrió el año 2008 y el paciente va casi todos los años a saludarnos. Está bien y lleva una vida absolutamente normal. Era un niño que ni siquiera lo habían presentado porque pensaban que era un caso terminal. Desde esa vez siempre pienso que todos los esfuerzos que hacemos para ir y estar dos semanas, y operar entre 15 a 20 niños, incluso si operamos uno solo como este caso, ya vale la pena hacer lo que hacemos.

¿Ha experimentado momentos de frustración en su trabajo al mando de esta fundación, en los que preferiría abandonar esta responsabilidad y dedicarse a una vida más tranquila?

Siento frustración al ver todos los emails que me llegan diariamente solicitando ayuda de distintas partes del mundo, y debo decir que no podemos ayudar ya que no tenemos recursos suficientes para estar en todos los lugares que nos necesitan. Siento frustración al ver cómo recursos a veces se gastan indiscriminadamente en cosas sin importancia, cuando ese dinero podría salvar vidas. Pero eso solo me confirma que no puedo dejar de hacer lo que estoy haciendo, y que al menos por ahora no necesito ni quiero una vida más tranquila.

¿Planea regresar en un futuro cercano a Chile? ¿Dónde le gustaría trabajar para transmitir su experiencia profesional?

Es difícil saberlo aún. No lo tengo planeado pero sé que puedo en algún momento regresar, pero en esta etapa de mi vida estoy al 100% comprometido con mi labor en ICHF y la vida que llevo de muchos viajes al año para cumplir con mi labor no es compatible por el momento con una vida en Chile. [A](#)



El valor equivalente a los servicios que prestan en forma gratuita cientos de voluntarios, excedió los USD 3,7 millones en 2014. Esta institución también dona equipamiento y suministros médicos a los hospitales que ha elegido como socios. A la fecha, se han realizado 7,548 cirugías a niños con defectos cardíacos; se ha visitado 33 países, la mayoría de los cuales no cuenta en sus servicios de salud con programas diseñados para el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías congénitas.

Uno de los elementos que destaca el Dr. Soto y que distingue a esta fundación de otras, es el hecho que entrega educación clínica, tecnología y capacitación al personal de salud local, mientras están en el país de destino. Ese es el objetivo global de ICHF, a través de sus misiones médicas: no solamente actuar, sino también entregar herramientas y conocimientos para curar y cuidar a niños con este tipo de patologías. Se persigue de esta forma, desarrollar en cada país un centro de cardiocirugía pediátrica, con la capacidad de funcionar de manera independiente y auto sustentable.

Un proyecto multi-métodos

Inteligencia en salud pública primaria para inmigrantes en Chile

Conocer las percepciones y necesidades de salud de los inmigrantes en Chile y su acceso a la atención primaria es el desafío de esta iniciativa.



Marcela Oyarte, Ana María McIntyre, Báltica Cabieses, Catalina García, Javiera Flaño, Alexandra Obach, Margarita Bernales

El equipo interdisciplinario de Estudios Sociales en Salud, de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, está desarrollando a partir de 2013, una investigación multi-métodos de cuatro años de duración con recursos adjudicados del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt). Este estudio busca ser un aporte real para el diseño e implementación de políticas públicas sobre el tema.

El proyecto está en su segundo año de ejecución y considera análisis cuantitativo en dos fases (especial de los últimos tres censos del país y de las encuestas Casen entre 2006 y 2013) y también análisis cualitativo (descripción diagnóstica de las ocho comunas con mayor densidad de migrantes socialmente vulnerables en el país).

Esta investigación forma parte de una de las líneas de investigación de este equipo en migración y salud global; tópico que ha desarrollado la investigadora Báltica Cabieses desde el año 2008. “Esperamos que los resultados del estudio contribuyan a que los responsables políticos y líderes de la salud formulen e implementen políticas públicas dirigidas a esta población en materia de protección social y medidas sanitarias”, señala la Dra. Cabieses.

RESULTADOS PRELIMINARES

El análisis del Censo 1992, 2002 y exploratorio 2012 confirma que los inmigrantes se concentran, principalmente, en el norte del país y en la Región Metropolitana (RM),



pero que ha habido algunos desplazamientos y asentamientos interesantes a lo largo del tiempo. Por ejemplo, inmigrantes en vulnerabilidad social (desempleados, con educación primaria o discapacitados) se han ido concentrando en comunas más vulnerables del país en las últimas décadas.

A la fecha se han realizado más de 100 entrevistas y grupos focales a inmigrantes, funcionarios de salud primaria y autoridades municipales. Los resultados preliminares sugieren que las percepciones en torno a la inmigración han experimentado transformaciones en los últimos años, que podrían evidenciar procesos de exclusión social y desplazamiento espacial, afectando las experiencias de acceso, uso y calidad de la atención en salud primaria e incluso secundaria.

En el norte del país se mantienen las inmigraciones tradicionales de países fronterizos como Perú y Bolivia, pero cambiaron sus patrones de tránsito continuo entre las



Peluquería Colombiana
Centro de Antofagasta



Casa de inmigrantes

Recoleta - Santiago

fronteras a formas de asentamientos permanentes en las principales ciudades de nuestro país. A lo anterior, se suman nuevas olas migratorias provenientes de países como Colombia, Ecuador y Haití, por mencionar algunos.

Este nuevo escenario ha transformado la imagen tradicional del inmigrante entre la población local, quienes pueden aceptar sus costumbres y tradiciones, sincretizando las culturas, o pueden chocar y producir profundos desencuentros y conflictos.

La gran mayoría de la población inmigrante vulnerable considerada para este estudio dejó familias e hijos en su país de origen. Esto hace que en ellos exista un relato permanente de retorno a sus países, aun cuando sus expectativas de vida están puestas en las oportunidades que pueden encontrar en Chile.

Estas experiencias de desarraigo, junto a situaciones migratorias irregulares en muchos casos y condicio-

nes de vida marcadas por el hacinamiento, pobreza, discriminación y dificultades en el acceso a servicios básicos, afectan profundamente la salud de las personas inmigrantes en todas las esferas, incluida la salud mental.

Desde el sector salud existe una percepción de que el fenómeno migratorio ha colapsado al sistema en muchas de las comunas abordadas. Junto con lo anterior, aluden a un desconocimiento de las normativas en salud respecto a la población inmigrante, sosteniendo que existe mucha desinformación y que las políticas actuales son centralizadas, sin considerar las particularidades locales. Además, se perciben resistencias por parte de ciertos funcionarios, lo que genera barreras de acceso para la atención de esta población en el sistema público.

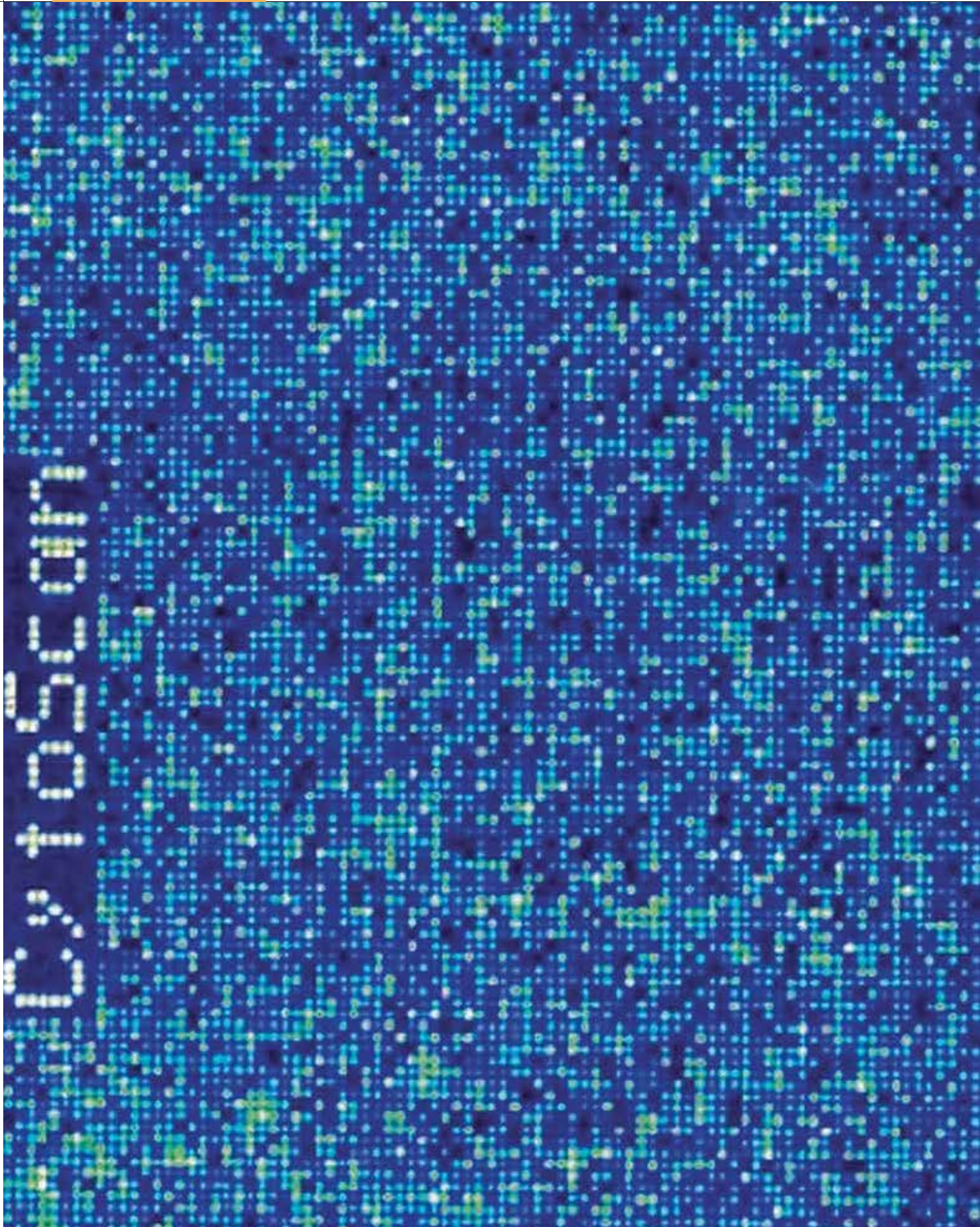
Nuevas facetas de convivencia social y problemas pintados de nuevos colores y costumbres, surgen desde la vulnerabilidad y precariedad del diverso tejido social que hoy compone nuestro país. [A](#)

Feria libre Recoleta - Santiago



* Fondecyt tiene por objetivo estimular y promover el desarrollo de investigación científica y tecnológica básica, y es el principal fondo de este tipo en el país. Creado en 1981, ha financiado más de 16 mil proyectos de investigación cuyos impactos han beneficiado tanto a la comunidad científica como a la sociedad en general. Su línea de acción es el apoyo financiero a la investigación individual en todas las áreas del conocimiento y en distintos períodos de la carrera de un investigador. El objetivo de este concurso es fomentar y fortalecer el desarrollo de la investigación científica y tecnológica de excelencia, a través del financiamiento de proyectos de investigación que duran entre dos a cuatro años.





Investigación publicada en Nature Communications:

El Genoma de los chilenos, analizado por chilenos

Somos un país mestizo, formado por personas de varios orígenes: un chileno promedio tiene un 43% de su genoma proveniente de su origen amerindio, un 55% europeo y un 2% africano.

UNA (BREVÍSIMA) INTRODUCCIÓN A GENÉTICA DE POBLACIONES

La genética y la genómica han experimentado enormes avances en las dos últimas décadas, y muchos de esos desarrollos se están incorporando a la investigación biomédica y a la práctica clínica en el país.

Nuestro genoma está compuesto por 6 mil millones de pares de nucleótidos, la mitad proveniente de cada progenitor. Muchas partes del genoma están altamente conservadas, es decir, sus secuencias son idénticas entre nosotros y también entre varias otras especies con las que compartimos distintos grados de parentesco. Pero, además de conservación, nuestro genoma alberga mucha variabilidad que contribuye, en parte, a las diferencias biológicas entre las personas.

Algunos de estos polimorfismos son recientes y propios de individuos o sus familias, pero muchos surgieron a lo largo de la evolución del Homo Sapiens y de nuestra migración fuera de África para poblar todos los continentes y han sido heredados a través de las generaciones. En consecuencia, nuestro genoma tiene huellas de nuestros antepasados.

El 2002 se publicaron los primeros resultados del proyecto Hapmap (www.hapmap.org), que catalogaron la variación frecuente (presente en al menos 5%) en 270 individuos de origen caucásico, asiático y africano: fue el primer mapa de variación genética continental.

Tiempo después surgió el proyecto Mil Genomas (www.milgenomas.org).



Gabriela Repetto
Centro de Genética y Genómica
Facultad de Medicina CAS-UDD


1000genomes.org), que evaluó diferencias en más de mil personas de distintos países, buscando variaciones menos frecuentes. Y luego hemos visto surgir estudios que miran genomas de poblaciones más específicas como Europa, Caribe y México.

¿QUÉ NOS MOTIVÓ A HACER ESTE ESTUDIO?

Ninguno de estos estudios ha incluido a chilenos y eso es una limitante en investigación. Los estudios de asociación genética, como los que realizamos en nuestro Centro, buscan variantes en genes que sean más frecuentes en personas con alguna condición de enfermedad o característica y, posteriormente, los resultados deben ajustarse por ancestría.

Permítanme explicarlo “con manzanitas”, como lo aprendí en una clase de Eric Lander, uno de los padres de la genómica y análisis masivo, y director-fundador del Broad Institute de Harvard y MIT: suponga que usted es un investigador en una ciudad multiétnica como San Francisco (California) y quiere identificar variantes genéticas asociadas con la habilidad de comer con palillos. Mira miles de genes, encontrando que una variante en los genes de HLA, parte crucial de nuestro sistema inmune, es muchísimo más común entre los hábiles para comer con palillos (casos) que entre quienes usan predominantemente tenedor o las manos para alimentarse (controles)... increíble, usted descubrió un vínculo potente entre el sistema inmune y el uso de utensilios para comer! Pese a lo anterior, una mirada más acuciosa le permitiría darse cuenta que esa variante es más común en asiáticos y que sus grupos de estudio estaban “estratificados”, ya que había más diferencias de origen étnico, que de la característica que estaba tratando de estudiar. Es por esto que surgió la pregunta del origen étnico de los chilenos: una población mestiza con ascendencia amerindia y europea.

Nuestro centro de Genética y Genómica, con el apoyo del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt), estudia factores genéticos involucrados en distintas enfermedades. Entre ellas están las cardiopatías congénitas (malformaciones al corazón presentes al nacer) y susceptibilidad a manifestaciones graves de infecciones, como las causadas por Hantavirus.

Para estos estudios de asociación recolectamos muestras de más de 300 chilenos a lo largo de todo el país, analizando casi un millón de variantes en el genoma de cada uno vinculados a estas dos enfermedades, en los que se denomina un estudio de asociación en el genoma completo o GWAS por su sigla en inglés. Dentro de estas variantes genéticas analizadas, varios miles se han catalogado como “marcadores informativos de ancestría” o AIMs. Es decir, como fruto de los proyectos HapMap, 1000genomes y otros, es posible deducir si un fragmento de un cromosoma de una persona proviene, por ejemplo, de un ancestro europeo, asiático, amerindio o africano. Así, usando las bases de datos de referencias disponibles, potentes herramientas informáticas y estadísticas, y gracias a la crucial colaboración de los investigadores de la Universidad Católica, Susana Eyheramendy y Felipe Martínez, pudimos darle sentido a esta gigantesca cantidad de datos. 

LAS 10 COSAS QUE APRENDIMOS DE LOS CHILENOS¹

- 1** Somos un país mestizo, formado por personas de varios orígenes.
- 2** Un chileno “promedio” tiene un 43% de su genoma proveniente de origen amerindio, un 55% europeo y un 2% africano.
- 3** El rango de ancestría, sin embargo, es muy amplio: amerindia, entre 0,1 a 90% en las personas que participaron; la europea, entre 8 y 99,9% y la africana, entre 0,3 a 7,5%.
- 4** Las fuentes europeas provienen predominantemente del sur (España e Italia), las africanas del oeste del continente y las amerindias se asemejan más a quechuas y aimaras que a mayas y nahuas (no hay bases de datos de otros grupos más al sur para usar como referencia).
- 5** Hay una cierta “gradiente” regional: la ancestría africana tiene una mayor proporción en el norte de Chile; la amerindia en el norte y el sur; la europea en el norte, consistente con la historia de la población del país.
- 6** El cromosoma Y, que sólo tienen los hombres y que se hereda de padre a hijo, tiene un porcentaje relativamente mayor de origen europeo.
- 7** Se pudo estimar que la mezcla amerindia-europea se inició hace alrededor de unas 10 generaciones atrás (250 años, aproximadamente).
- 8** De las miles de variantes evaluadas, hay un grupo pequeño con mayor poder para diferenciar origen continental, que podrían ser una selección útil para futuros estudios de asociación. Entre las que destacan variantes en los genes EDAR y SLC45A2, que tienen roles en desarrollo de pelo y glándulas sudoríparas, y en pigmentación de piel y pelo, respectivamente.
- 9** Estos datos “le ponen biología” a lo que conocemos como la historia de la formación de la población chilena.
- 10** Nada de esto hubiera sido posible sin colaboración e interdisciplina.

¹ en honor a David Letterman

El estudio “Genetic structure characterization of Chileans reflects historical immigration patterns” (“Caracterización genética de los chilenos refleja patrones históricos de la inmigración”) fue realizado por las investigadoras Gabriela Repetto y Cecilia Vial, del Centro de Genética y Genómica de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, en conjunto con los académicos Susana Eyheramendy y Felipe Martínez, ambos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, pertenecientes al Departamento de Estadísticas de la Facultad de Matemáticas y al Departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales respectivamente.

Observatorio de Bioética y Derecho

Impulsando el desarrollo del Bioderecho en el mundo

Una red internacional, un magíster, una revista y un seminario anual, son los ejes de la iniciativa que busca dotar de una profundización doctrinaria a esta área, aún muy poco conocida a nivel global, pero con gran potencial.

El caso de Valentina Román causó revuelo, tanto a nivel nacional como internacional. Se trataba de una menor de 14 años, con fibrosis quística, que solicitó la eutanasia a la Presidenta Michelle Bachelet, mediante un video publicado en su Facebook. La niña falleció, pero durante un par de meses generó el debate sobre cuál es la autonomía que tienen los pacientes para decidir sobre su salud, sobre todo si estos son menores de edad.

La duda que dejó entre la población era ¿es posible aplicar esta inyección que pedía la menor? ¿Cuáles son los reales derechos de los pacientes al momento de tomar decisiones sobre su propia vida? ¿Cuál es el marco legal en torno a este tipo de temas? En Chile la respuesta es una: tanto la eutanasia como el suicidio asistido están prohibidos por la Ley sobre Derechos y Deberes de los pacientes.

Generar el debate y la discusión adecuada sobre estos temas, no sólo desde el punto de vista moral, sino también jurídico y legal, es la tarea que se propuso el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad del Desarrollo.

Este centro de investigación, que nace desde las Facultades de Medicina y Derecho de la UDD, tiene como objetivo dedicarse al estudio del impacto ético, jurídico, social y político de las regulaciones legales, reglamentarias y administrativas en materias biojurídicas en nuestro país.

En este contexto, asumió la responsabilidad de darle una connotación doctrinaria a una disciplina aún muy poco desarrollada en el mundo: el bioderecho. Si bien existen distintas instituciones y expertos alrededor del mundo dedicándose a su estudio, los integrantes del Observatorio consideran que aún queda mucho por hacer.

Según cuenta el director del Observatorio de Bioética y Derecho, profesor Juan Alberto Lecaros, “esta nueva línea de trabajo que estamos desarrollando se complementa perfectamente con nuestra labor anterior. Esta línea es el desarrollo de un bioderecho que permite evaluar, diagnosticar, perfeccionar, mejorar y llenar vacíos regulatorios en nuestra legislación. Y creemos que sin un complemento teórico de esta disciplina, todo el trabajo técnico en derecho aplicado es insuficiente”.

De este modo, se creó la Cátedra Internacional de Bioderecho, una plataforma académica integral que comprende diversos ejes como forma de impulsar ésta área. Un Magíster, un Seminario, una revista y una Red Internacional, son las instancias diseñadas por este grupo de académicos que muestran el esfuerzo por profundizar en los problemas y controversias biojurídicas inherentes a la biomedicina contemporánea, además de proponer, aplicar e instalar soluciones a dichos conflictos.

Según cuenta el doctor Erick Valdés, director de esta Cátedra y presidente de la Red Internacional de Bioderecho, “todo este trabajo nos permitirá generar nuevas categorías jurídicas, por ejemplo, señalar como sujeto de derecho a una persona que todavía no nace, en función del daño inexorable que puede causar una manipulación genética en estado embrionario”.

A su vez, agrega que no sólo se relaciona con esta dimensión conceptual, sino también con una dimensión política e institucional, pues “permite la interacción de centros y universidades de distintos países, además de posicionar a la UDD como líder en el desarrollo de esta disciplina. Con este trabajo, nuestra Universidad está a la vanguardia del Bioderecho en el mundo”.



PRIMER SEMINARIO INTERNACIONAL DE BIODERECHO

El Primer Seminario Internacional de Bioderecho marcó el inicio de este trabajo, encuentro realizado en marzo de este año en Clínica Alemana, que convocó a más de 300 personas. Su objetivo fue conocer, analizar y pensar, desde una perspectiva pluralista, las principales facetas doctrinarias, jurisprudenciales y epistemológicas de esta naciente disciplina.

Este primer Seminario contó con destacados conferencistas internacionales, entre ellos Tom Beauchamp - creador del principalismo bioético-, los daneses Jacob Dahl Rendtorff y Peter Kemp -considerados los fundadores del Bioderecho Europeo- y Darryl Macer, rector y profesor de bioética y biomedicina de la American University of Sovereign Nations.

Durante este encuentro además, y como una forma de sellar los dos días de debate del exitoso Seminario, se firmó el estatuto de la Red Internacional de Bioderecho, cuyo objetivo es el intercambio de conocimiento y colaboración entre los académicos de esta disciplina, uno de los principales ejes de esta Cátedra impulsada por el Observatorio.

Para el rector de la UDD, Federico Valdés, este seminario tuvo una gran relevancia. "Como rector de la Universidad del Desarrollo entiendo que esta disciplina, ante la ausencia de legislación y de una comisión nacional de bioética, podría representar una opción plausible como referente académico deliberativo para la legislación sobre las prácticas biomédicas y técnicas genéticas, y propiciar así su consecuente aplicación en términos doctrinales y jurisprudenciales", enfatizó. [A](#)



DOCTOR JUAN PABLO BECA FUE NOMBRADO MAESTRO DE LA BIOÉTICA CHILENA

Durante este encuentro, el docente e investigador de la Facultad de Medicina CAS-UDD, doctor Juan Pablo Beca, fue nombrado Maestro de la Bioética Chilena.

Este nombramiento fue realizado por la Red Internacional de Bioderecho, que firmó sus estatutos en esta ocasión, como una forma de reconocer la amplia trayectoria del académico en la Bioética y su constante aporte al desarrollo de esta disciplina en nuestro continente.

El doctor Beca, pediatra y neonatólogo, se desempeña en Clínica Alemana, es docente del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina CAS-UDD y es el director del Magíster Interuniversitario de Bioética que dicta la Universidad del Desarrollo junto al Instituto Borja de Bioética de la Universidad Ramón Llull de Barcelona. Ha ejercido distintos cargos relacionados con esta disciplina, además de aportar con un sinnúmero de estudios y publicaciones.

Pionero a nivel nacional

Nace Centro del Niño en Clínica Alemana de La Dehesa

Este centro de atención integral cuenta con infraestructura y ambientación acorde a la edad de los pacientes.

Con un equipo multidisciplinario integrado por más de 90 profesionales del área médica distribuidos en 14 especialidades pediátricas, el Centro del Niño de Clínica Alemana de La Dehesa se posiciona como el primer y único lugar de atención integral en Chile dedicado exclusivamente al cuidado de los niños.

Este centro cuenta con una infraestructura diseñada y ambientada para acoger a los más pequeños; acuarios, imágenes alusivas al fondo marino y una sala de espera con juegos interactivos entregan una experiencia grata y diferente a los pacientes, que son atendidos, principalmente, por problemas de aprendizaje, crecimiento y desarrollo, déficit atencional o trastornos del lenguaje y del espectro autista.

Como un hito importante, a seis meses del inicio de su funcionamiento, destaca la implementación del gimnasio, donde se evalúa y trata a los pacientes que necesitan estimulación de neurorehabilitación pediátrica. Estos tratamientos se complementan con el trabajo coordinado de los distintos especialistas que se desempeñan en las áreas de: Broncopulmonar, Cardiología, Cirugía, Endocrinología,





El equipo del Centro del Niño, formado por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud.

Gastroenterología, Hemato Oncología, Infectología, Inmunología, Nefrología, Neurología, Nutriología, Pediatría, Traumatología y Ortopedia, y Urología.

El Centro del Niño se irá implementando en etapas, con un foco especial en tres áreas: aprendizaje y desarrollo, seguimiento a prematuros y atención integral a niños y adolescentes con necesidades especiales, es decir, aquellos que requieren cuidados diferentes en calidad y cantidad, ya sea porque sufren de alguna enfermedad crónica o prolongada o, simplemente, tienen una condición que demanda una atención distinta.

El programa de promoción del desarrollo y aprendizaje, que se implementará en los próximos meses, contará con un equipo multidisciplinario, integrado por distintos profesionales del área de la salud que trabajarán con el equipo médico, como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y psicopedagogos.

Clínica Alemana de La Dehesa cuenta además con un Servicio de Urgencia Escolar separado de la Urgencia General, un laboratorio clínico completo y laboratorios diagnósticos, que aumentaron la oferta de exámenes. El resultado ha sido un aumento sostenido en el número de atenciones en su primer año de funcionamiento, tales como atenciones de scanner y resonancias, las que se realizan de lunes a domingo, debido a la alta demanda. [A](#)

Como un hito importante, a seis meses del inicio de su funcionamiento, destaca la implementación del gimnasio, donde se evalúa y trata a los pacientes que necesitan estimulación de neurorehabilitación pediátrica.

En salud de la mujer

Chile se integra a la Organización Internacional de Kinesiólogos

Sus miembros tendrán el apoyo de la organización internacional para difundir la especialidad, postular a fondos de investigación, participar en reuniones académicas y clínicas, y organizar cursos con otros países.



Después de tres años de tramitación, y con el respaldo del Colegio de Kinesiólogos de Chile y la Universidad del Desarrollo (UDD), Chile ingresó a la Organización Internacional de Kinesiólogos en Salud de la Mujeres (IOPTWH, por su sigla en inglés), la primera red de fisioterapia mundial de la que nuestro país forma parte.

La gestión fue encabezada por Sonia Roa, profesional que, además de cumplir el rol de coordinadora de Postgrado de la carrera de Kinesiología de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, es directora del diplomado Kinesiterapia en Embarazo y Post Parto. La especialista asumió el desafío de agrupar a



Sonia Roa entre dos de sus pacientes

los kinesiólogos con estudios superiores, que se dedican a cuidar la salud de la mujer en algún momento de su ciclo vital. “Además de la pasión por querer desarrollar esta disciplina, nos mueve la necesidad de profundizar un área que ya está instalada en el mundo, aportar a la salud del país y expandir el campo laboral de los kinesiólogos, ya que este ámbito reúne especialistas en disfunciones músculo-esqueléticas, embarazo y post parto, oncología, piso pélvico, gerontología, enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras”, explicó la académica.

De esta manera, Chile se convirtió en el segundo país latinoamericano en formar parte de IOPTWH -después de Brasil-, lo que permitirá a los profesionales miembros contar con el apoyo de la organización internacional para difundir la especialidad, establecer redes de colaboración, postular a fondos de investigación, participar en reuniones académicas y clínicas, y organizar cursos con otros países.

CLÍNICA KINÉSICA DE LA MUJER EN CLÍNICA UDD

“Necesitábamos un espacio clínico para ejercer lo que enseñamos, realizar investigación clínica y tener un lugar para formar especialistas en un mediano plazo”. En palabras de Sonia Roa, es así como nació la Clínica Kinésica de la Mujer, un nuevo servicio de Clínica UDD de La Florida, que está en línea con los objetivos de ingre-

sar a la Organización Internacional de Kinesiólogos en Salud de la Mujer.

La Clínica Kinésica partió en marzo y ya cuenta con numerosos pacientes de la comuna de La Florida, que tienen entre 24 y 60 años. “En Chile el gran problema es cultural, porque creemos que es normal sufrir dolor lumbar durante el embarazo o a cierta edad tener incontinencia urinaria, cuando en realidad no es así. Estamos acostumbrados a escuchar que una mujer que nunca ha hecho ejercicio, no puede empezar a practicarlo durante el embarazo, mientras que la evidencia internacional dice todo lo contrario”, explica la especialista.

Es por eso que la mayor parte de las sesiones con las pacientes las utilizan para enseñar, conversar sobre los síntomas y las adaptaciones que han hecho para sobrellevarlos. Si bien se realizan ejercicios físicos durante la sesión, la mayor parte del tratamiento las pacientes lo continúan en su casa. Y las mujeres lo hacen porque están motivadas.

Es el caso de Carolina, paciente de 52 años que fue a la evaluación gratuita por incontinencia urinaria: “Hago los ejercicios tres veces al día de lunes a domingo. Es para mí un hábito, e ir a mi sesión es una hora que yo destino para mí como mujer. Y ya veo los cambios. Creo que toda mujer necesita y merece darse este espacio para conocerse y descubrir su cuerpo”. **A**

Facultad de Medicina presenta el libro “La Fisonomía del Sentido”

La publicación es el resultado de la segunda etapa del Proyecto Buscando Sentido, impulsado por el Centro de Humanidades. El tema central fue la búsqueda del sentido en el camino profesional desde un ángulo filosófico.

“**E**n el libro que presentamos hoy se muestra lo que da sentido a lo que hemos elegido, los límites que tenemos que sobrepasar, el vínculo que generamos con nuestra realidad y las situaciones que hemos experimentado a las que no encontramos sentido. Es una obra de arte que quiere ser exhibida como tal y recordada, examinada, consultada y que queremos compartir con el mundo”. Con estas palabras, el doctor Pablo Vial, ex decano de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, dio inicio al lanzamiento del libro “La Fisonomía del Sentido”, resultado del Proyecto Buscando Sentido 2014.

Se trata de una publicación de la artista Justine Graham, que a partir de la mirada del filósofo Cristóbal Holzapfel, invita a observar y reflexionar sobre el sentido de haber elegido un camino profesional en la salud.

De este modo, se entrega una radiografía interna de la comunidad aca-

démica a través de un retrato visual y testimonial de 300 estudiantes y docentes, quienes se sometieron a exámenes médicos con una finalidad artística y no diagnóstica. Ellos, además, participaron en diversos talleres filosóficos para abordar el sentido, el límite, el vínculo y el sin sentido en su experiencia como estudiantes y académicos del área de la salud.

La actividad se realizó en el anfiteatro del Campus Las Condes y contó con la presencia de autoridades, académicos y estudiantes de la Universidad del Desarrollo y la Facultad de Medicina CAS-UDD.

SOBRE BUSCANDO SENTIDO

El proyecto Buscando Sentido nace en 2013 con el objetivo de conocer más a los estudiantes de la Facultad de Medicina CAS-UDD, descubrir quiénes son, qué los motiva, cómo comprenden el mundo, sus prioridades y sueños, además de generar nuevos canales y redes de co-





De izquierda a derecha: Pablo Vial, Cristóbal Holzzapfel, Justine Graham, Susana Dörr, Claudia Sponton.

municación entre los integrantes de la comunidad universitaria.

En aquella ocasión, se les hizo la pregunta “hoy partes a un viaje sin retorno, ¿qué llevarías en tu mochila y por qué? Sus respuestas fueron recopiladas a través de escritos, fotografías y material audiovisual, para finalmente elaborar un libro y un video.


Condición fundamental del proyecto Buscando Sentido, que abarca cuatro etapas, la sociológica, filosófica, psicológica y neurobiológica, con una perspectiva en conjunto y un lenguaje artístico distinto “es su capacidad de trascender y modificar el espacio educativo. Cada año aspiramos a situar a nuestros estudiantes en un espacio diferente al habitual trabajo académico, ofreciéndoles una pausa de reflexión y dándoles la oportunidad de verse a sí mismos desde nuevos ángulos, mediados por un lenguaje artístico y humanístico”, explica Carla Benaglio, directora del Centro de Humanidades.

Claudia Sponton, encargada del proyecto, y responsable de la preparación, desarrollo, culminación y difusión del mismo, comenta que esta iniciativa se desarrolla “con un lenguaje diferente, el lenguaje del arte contemporáneo y

participativo. Arte con una finalidad precisa, que explora temas contingentes y desafía los estereotipos”.

En 2014, se buscó explorar “el sentido desde la vocación” a través de un taller dirigido por el filósofo Cristóbal Holzzapfel, y una recopilación visual y testimonial de la artista Justine Graham.

“Al decidir trabajar con una ‘muestra’ de 300 alumnos y docentes, busqué encapsular -de forma igualitaria y repetitiva- la heterogeneidad de los participantes y cómo se representaba cada uno en comparación con el otro”, señaló Graham, quien también agregó: “elegí ocupar un lenguaje de repetición para argumentar algo casi-científico, sin la necesidad de llegar a conclusiones concretas (...) Parte fundamental del proceso de elaboración de este trabajo fue la intención de sorprender y encantar a los participantes, tanto en el proceso de creación como en la obra final que nace”.

En la tercera fase de Buscando Sentido, durante el año 2015, la artista invitada es Catalina Bauer, quien trabajará junto a la decana de la Facultad de Psicología, Teresa Serrano, para explorar en la rutina de la comunidad y en las relaciones interpersonales, a través actividades manuales individuales y colectivas. 

Con tecnología BLI

Instituto Nacional del Cáncer estrena moderno servicio de Endoscopía

Esta prestación, pionera a nivel Latinoamericano, es posible gracias a la colaboración docente-asistencial que el INC mantiene con profesionales de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, e implicó un incremento de la cantidad de endoscopías de seguimiento, de 300 a 1.000 en el período 2013-2014.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de colon es la tercera causa de muerte en el mundo y se estima que en nuestro país fallecen 1.600 pacientes al año por esta patología. En este contexto, durante junio, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) inauguró un nuevo Servicio de Endoscopía, cuyo principal atractivo es la torre con tecnología BLI.

Esta implementación, que tuvo un costo de \$110 millones, busca aminorar las listas de espera en usuarios con sospecha de cáncer digestivo y descubrir patologías en etapa inicial, resecaando el cáncer incipiente sin provocar complicaciones.


Asimismo, es la única técnica endoscópica que utiliza una fuente de luz láser para capturar, en alta definición, lesiones iniciales en el tracto digestivo, detectando precozmente el cáncer y reduciendo la mortalidad por esta enfermedad.

“La mayoría de los tumores malignos de colon se inician como pólipos benignos que crecen en la superficie interna del intestino y que, posteriormente, desarrollan el cáncer. Por eso es tan importante controlarse periódicamente y poder descartar la amenaza a tiempo, extirpar los pólipos en forma oportuna antes de desarrollar cáncer, mejorando notablemente el pronóstico de vida”, señaló el jefe de Endoscopía del INC, Dr. Rodney Stock.



Este servicio de alto impacto en la comunidad, pionero a nivel Latinoamericano, es posible gracias a la colaboración público privada que el INC mantiene hace dos años con reconocidos profesionales de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, liderados por el Dr. Roque Sáenz y los doctores Antonio Rollan, Franco Orellana, Felipe Finkelstein, Pablo Cortés, Alex Navarro y Carlos Rueda.

El Dr. Roque Sáenz destaca la participación de líderes del país en esta materia, reconociendo el excelente grupo humano que se formó. Además, señaló que “hoy no sólo mostramos estas grandes cosas que hemos hecho en conjunto, como parte de la relación con el hospital, la universidad, los académicos y los administrativos, quienes entendieron esto como un proyecto a futuro, sino que también con el cariño y el pensamiento de ayudar, que es lo que nos motiva a seguir trabajando”.

La alianza ha logrado aumentar la cantidad de endoscopías de seguimiento de 300 a 1.000 en el período 2013-2014 y representa un modelo de compromiso y responsabilidad pública de la institución y los médicos que trabajaron -ad honorem- por resolver íntegramente los problemas de la especialidad en el área y constituir un centro de referencia regional. 

Más de 660 atenciones en los últimos siete meses

Programa de rehabilitación cardiovascular en el Hospital Padre Hurtado

La iniciativa se realiza en el módulo III del recinto hospitalario, infraestructura que además de dar continuidad al restablecimiento de pacientes, alberga otros programas, como el de atención a personas con Síndrome de Down y la Fundación Debra, que apoya y atiende a portadores de Epidermolisis Bulosa (conocida como Piel de Cristal o de Mariposa).

El Hospital Padre Hurtado (HPH) es el principal campo clínico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Cuenta con tres módulos docentes asistenciales construidos en el recinto, donde se realizan labores, tanto de atención a la comunidad, como de docencia y en los cuales, sólo el año pasado, se realizaron más de 16 mil atenciones médicas.

Hace un año se inauguró el módulo III, espacio concebido para el servicio a la comunidad y donde se lleva a cabo, entre otros, el Programa de rehabilitación cardiovascular, para pacientes con insuficiencias al corazón, que han sufrido infartos, o han sido sometidos a cirugías cardíacas. La infraestructura del módulo III cuenta con boxes de atención médica, salas para uso comunitario, salas de simulación y gimnasio de tratamiento y rehabilitación en Kinesiología.

El objetivo de este programa es mejorar la capacidad física, disminuir efectos psicológicos y físicos producidos por una enfermedad cardíaca, reducir el riesgo de muerte súbita o reinfarcto y la educación para fomentar hábitos de vida saludable.

“El programa de rehabilitación cardiovascular ha sido muy bien recibido y valorado por la comunidad. Entre sus profesionales cuenta con una enfermera especializada, dos kinesiólogos, un auxiliar de enfermería, y una psicóloga. De hecho, sólo en los últimos siete meses se han realizado cerca de 660 atenciones de rehabilitación y tratamiento kinésico a pacientes del HPH”, explica Ana Neilsen, Enfermera Coordinadora de Docencia del HPH.

“Cuando entré al programa llegué ahogado y con crisis de pánico, y con el tratamiento me lo han quitado todo. Me enseñaron a respirar y me controlan permanentemente. Es más, partí corriendo 8 minutos en la trotadora, quedaba agotado, y ahora estoy corriendo 30 minutos, lo cual me tiene muy feliz”, explica Jorge López, paciente de 71 años del programa de rehabilitación cardiovascular.

OTROS PROGRAMAS

Además de dar continuidad a la rehabilitación de pacientes cardiovasculares, el módulo III del HPH también alberga a otros importantes programas de servicio a la comunidad, como la Fundación Debra, que entrega apo-



yo, educación y atención médica a portadores de Epidermolisis Bulosa (conocida como Piel de Cristal o de Mariposa). Cuenta con 118 pacientes y durante los primeros seis meses de 2015 se han realizado 618 atenciones.

El programa para niños con Síndrome de Down, en tanto, entrega apoyo multidisciplinario a los niños y sus familias. Asisten 30 familias de La Granja, La Pintana y San Ramón, y se desarrollan terapias grupales para padres, con apoyo de psicóloga, fonoaudióloga, educadora de párvulos y kinesióloga.

Este programa cobra especial relevancia, considerando que Chile tiene la mayor tasa de niños con Síndrome de

Down en América Latina: 2,4 por cada mil nacimientos (en el HPH es de 2,1 por mil nacidos vivos).

A partir de este programa surge el taller de tejidos para familias de pacientes "NANEAS" (Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud), un espacio de encuentro donde los cuidadores de estos niños elaboran ropa y tejidos infantiles para ser comercializados (trabajo remunerado).

Por último, la Clínica de Lactancia entrega apoyo a madres y/o hijos con problemas de lactancia, madres que estudian o trabajan y a aquellas que desean inducir la lactancia materna. [A](#)

El rol de Docente clínico

en la enseñanza actual de la medicina en Chile



Ricardo Ronco

Decano Facultad de Medicina

Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

La medicina académica está altamente influida por la situación actual en los sistemas de salud, tanto públicos como privados, por lo que se hace necesario reflexionar sobre la definición de docente y sus implicancias para la formación de futuros médicos. En este proceso se debe debatir la relación entre las prioridades asistenciales y/o económicas de la institución de salud y la necesidad de reclutar, retener y recompensar a los docentes. (1)

HECHOS RELEVANTES QUE IMPACTAN LA MEDICINA ACADÉMICA

Los centros médicos académicos han liderado en el mundo el avance de la medicina, persiguiendo las misiones de cuidado clínico, investigación y educación. Es importante considerar que la atención de salud en el mundo desarrollado -y en nuestro país- ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Existe un aumento desmedido de las expectativas de los pacientes, en cuanto a resultados clínicos, y un acceso casi ilimitado a la información médica. Hoy los pacientes son cada vez más exigentes y “empoderados” e intervienen activamente en la toma de decisiones sobre su propia salud. Por otro lado, la ultra especialización produce profesionales expertos en “fragmentos”, con una carencia importante en la visión integral del enfermo. Se valoriza menos a los médicos con especialidades generales, quienes son encargados de prevenir y tratar la gran mayoría de las patologías prevalentes actuales.

Por otro lado, la presión sobre la actividad médica, en cuanto a productividad y eficiencia, ha ido en desmedro de una práctica médica humanizada; se agrega un exceso de consultas, servicios de urgencia sobrepasados y la consecuente insatisfacción de pacientes y médicos. Este escenario es exigente para el médico, con gran carga de trabajo y escaso tiempo para mantener sus competencias y aun más para enseñar, transmitir conocimientos y experiencia. En el pasado, la gran mayoría de los profesionales médicos continuaban labores en instituciones ligadas a la docencia, favoreciendo su desarrollo profesional, su realización personal y generando un impacto positivo en la formación de los futuros médicos del país. Hoy, dadas las condiciones descritas, no existen estímulos dirigidos a la medicina académica. Esta situación tiene claramente un efecto en la calidad de la formación de médicos en nuestro país.

Las Facultades de Medicina deben preguntarse a quiénes considerar parte de su equipo de docentes clínicos. ¿Cuál es el perfil que necesitan? La respuesta a esta interrogante es de vital importancia y determina las políticas de reclutamiento, el desarrollo de una carrera académica y de progreso profesional.

SITUACIÓN EN CHILE

Hoy en Chile existen 21 universidades que imparten la carrera de Medicina, de las cuales 18 pertenecen a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Aso-

famech). En el último año, el número de egresados fue de aproximadamente 1600 médicos, faltando aun instituciones sin sus primeras generaciones de egresados. Es decir, próximamente existirán cerca de 13.000 estudiantes de Medicina, considerando los siete años de carrera. La información disponible (2) estima en algo más de 30.000 los médicos activos en Chile. De acuerdo a lo anterior, con el elevado número de estudiantes, las necesidades de docentes sobrepasan largamente el número disponible, más aún cuando la tendencia actual en la educación médica sugiere exposición clínica precoz, disminución de clases lectivas, aprendizaje activo y enseñanza tutorial con el enfermo.

FUNCIONES DIFERENCIADORAS DE LA MEDICINA ACADÉMICA Y ROL DEL PROFESOR.

La medicina académica tiene como sus misiones irrenunciables, el cuidado de pacientes, la educación y la investigación.

Es pertinente preguntarse entonces cómo los cambios en la situación de salud y financiera influyen en los nombramientos, evaluación y promoción de nuestros profesores. La definición estandarizada de docente clínico en países desarrollados exige -mayoritariamente- la dedicación de jornada completa a la actividad académica. Los profesores full time, sin duda, generan las condiciones ideales para realizar una docencia de calidad, además de investigación y actividad clínica. Existe información creciente en países como Canadá y Estados Unidos (3), que muestra un aumento de la demanda por posiciones part time con indicadores positivos en la calidad del cuidado del paciente, mayor productividad y mejor retención como docente clínico. Especialmente en la situación demográfica actual, en que cerca del 50% de estos profesionales son mujeres con hijos, que valoran una mayor flexibilidad de su tiempo.

Dadas las condiciones actuales en nuestro país, es poco factible contar con un número suficiente de profesores full time. En la realidad nos encontramos con que la docencia es realizada por clínicos con diversos niveles de vinculación, en diferentes lugares de una red, a veces en más de una facultad, pero al mismo tiempo, con la

necesidad de mantener altos estándares en su disciplina y excelencia en la actividad docente.

PROPUESTA

Las facultades deben posicionar la actividad docente como un rol de máxima importancia y actuar en consecuencia. ¿Qué puede atraer a un médico al área académica?, ¿Qué estímulos permiten retenerlo y facilitar su desarrollo profesional integral? Es probable que la Investigación, el prestigio, el clima laboral y el progreso continuo sean factores que mantengan el atractivo y compensen, en parte, a muchos médicos que trabajan en la comunidad o en campus clínicos, sin una retribución económica acorde a su labor docente. En este sentido, es importante considerar algunas acciones:

Cada facultad debe establecer criterios mínimos de participación, necesarios para considerar a un docente como parte de su cuerpo académico.

Los criterios deben ser estimados de acuerdo a la realidad local y quedar explícitos en el proceso de reclutamiento de académicos.

El perfil heterogéneo de docentes puede ser enriquecedor para la facultad. Sin embargo, exige claridad en las responsabilidades y roles. Aquellos con dedicación completa tendrán actividades académicas más amplias además de la docencia, por ejemplo, innovación, contribución a una disciplina clínica, investigación, actividades administrativas, por mencionar algunas.

En ambas situaciones -docentes con menor vinculación horaria y académicos con dedicación completa- el compromiso con el profesionalismo que requiere su cargo debe ser irrestricto y la evaluación, rigurosa.

La Facultad debe valorar y reconocer en forma explícita todo trabajo educativo realizado por los académicos. Además del reconocimiento docente formal, debe establecerse una política activa de vinculación con recompensa y estímulos que generen atractivo al profesor en permanecer en la institución, invitar a integrarse y crear espacios de colaboración. **A**

1 Block S, Sonnino R, Bellini L. Defining "Faculty" in academic Medicine: Responding to the Challenges of a Changing Environment. Acad. Med. 2015; 90: 279-282.

2 Gillou M, Caravantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile Rev. Med. Chile 2011; 139:559-570.

3 Valerie P, Levinson W. The right time to rethink part-time careers. Acad. Med. 2009; 84:9-10.

La copia: un reflejo de nuestros procesos



Cristina Biehl
Directora Carrera de Medicina
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

La deshonestidad académica ha sido ampliamente descrita y estudiada¹. Diversas investigaciones muestran prevalencias hasta del 20%, cuando se pregunta directamente a los estudiantes. Muchas son las razones descritas para explicar este fenómeno, y en particular, la falta de claridad de las personas respecto de la importancia que tiene no realizar esta práctica.


Pese a que hay pocos estudios locales, el comportamiento académico deshonesto y su aceptación o sanción, en particular la copia, está ligado a cada sociedad y cultura. En particular, en el área de la salud no debiese ser tolerado, dadas las consecuencias que puede traer en el actuar ético de nuestros profesionales.

Se han estudiado diversas causas de porqué la copia es un fenómeno tan frecuente. Una de ellas requiere nuestra atención: el hacerlo por una calificación y considerarlo como una excusa para lograr un fin, no menor, de aprobar un curso².

¿Podemos influir en este comportamiento? Sí. Si se logra encantar a los estudiantes con el aprender, si las reglas están claras desde el inicio del proceso, junto a las consecuencias, para que se hagan responsables de sus

acciones desde el día uno, se puede influir. La copia es inaceptable y los valores morales que se imparten en una universidad deben ser claros.

Fomentar el trabajo en equipo, la búsqueda de información y el estudio, son herramientas que tenemos para trabajar. Todos tenemos los recursos disponibles. No hay ninguna necesidad de copiar, y la justificación a una calificación que puede definir el futuro, debe explicitarse y conversarse en los círculos académicos. Debemos mejorar nuestros sistemas de evaluación, sin duda, y quitar el foco de la calificación, hacia el proceso de aprendizaje y la demostración de competencias. No se puede copiar el quehacer. Mejorando los procesos, en un trabajo que incluya tanto a académicos como a estudiantes. Estudiar nuestra realidad y las razones por las que nuestros estudiantes copian es un desafío no menor. La mayoría de las escuelas sabe dónde están estos espacios, la mirada inclusiva y a largo plazo puede darnos la clave para disminuir estos episodios y fortalecer el desarrollo de nuestros estudiantes, así como comprometer a nuestros docentes en el proceso de formación.

Debemos generar los espacios, conversar, reflexionar respecto de nuestras necesidades, motivar la honestidad. Ser inflexibles ante la trampa. 

1 Cárdenas, S. (2012). La corrupción en sistemas educativos: una revisión de prácticas, causas, efectos y recomendaciones. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 14(2), 52-72.

2 Vaamonde, Juan Diego; Omar, Alicia. 2008. "La deshonestidad académica como un constructo multidimensional". Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), Vol. XXXVIII. Sin mes, pp. 7-27.

“La Fisonomía del Sentido”

Extrañamiento y proximidad inesperada



Cristián Barros

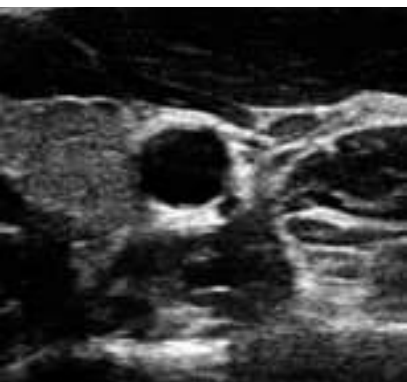
Abogado y escritor.

*Docente Instituto de Humanidades
Universidad del Desarrollo*

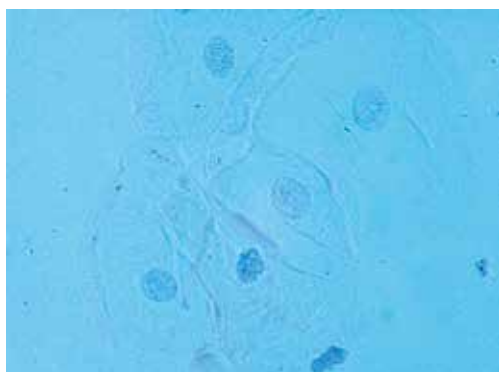
Nada menos extraño que la complicidad entre arte y ciencia. Bastaría traer a la mente las notas anatómicas de Leonardo, o las primeras naturalezas muertas obtenidas a través de rayos X, las que surgieron casi simultáneamente a la aplicación médica del descubrimiento de Roentgen. En efecto, es solo muy recientemente que ambos campos se han separado, y sin duda en detrimento de los dos: arte y ciencia, subjetividad y objetividad.

De ahí que produzca una rara impresión de coherencia y belleza el libro “La Fisonomía del Sentido”, publicado a instancias de la Facultad de Medicina de la Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; una colección de imágenes y glosas, resultado de la exposición a aparatos de diagnóstico y registro por parte de alumnos y docentes

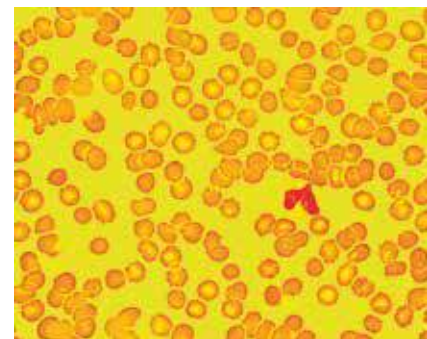
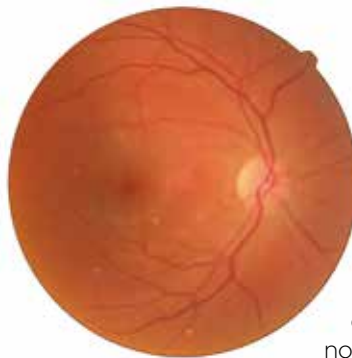
de la propia Facultad. Desde pruebas serológicas a cartografías por ecografía, las imágenes se nos presentan como citas de lo espectral, a veces como retratos abismales de lo muy pequeño. La belleza que revela este viaje a lo microscópico, este delicado sondeo hasta el anverso de tejidos y




membranas, lejos de la piel, lejos del exterior, produce primero una sensación de distancia, luego nos obsequia una perspectiva inédita sobre lo que somos.



Los comentarios y glosas, en general opiniones de los propios participantes de este proyecto, otorgan un contrapunto amable y leve, y permiten acceder a la sorpresa de los involucrados ante estas imágenes arcanas, espejismos de una intimidad radical. En suma, se trata de un volumen que a un tiempo mueve a placer e intriga, y que nos guía por un paisaje de una observación fantástica, donde los detalles de corpúsculos de hemoglobina, o las ner-



vaduras del interior del ojo, evocan raros jardines nocturnos o visiones astronómicas. He aquí, pues, un ejercicio de distancia, de extrañamiento, y luego el regalo de una proximidad inesperada, de una pertenencia. ¿Eso somos? Materia, puro organismo, sí, pero de un diseño maravilloso.

El libro en cuestión es también una apertura hacia la antigua complicidad entre ciencia y arte. No hay que pensar solo en Leonardo, o en las placas anatómicas que embellecen las primeras ediciones de Vesalio, o en Santiago Ramón y Cajal inyectando pigmentos reactivos a muestras celulares, tarea artística en sí misma. Hay que pensar en la maravilla cotidiana de nuestros cuerpos, y la capacidad de la medicina para no solo curar, sino brindarnos un resplandor de nuestra propia identidad. En verdad, solo se cura lo que se conoce. 



Charlas Humanísticas

La persona y la ciudad



1

“Humanizando la Ciudad: mejores ciudades, mejor vida”
Miércoles. 29.04.15
Campus Las Condes / 13:00-14:00

Invitados:

Pablo Allard: Decano Facultad de Arquitectura y Arte UDD, Doctor y Master en diseño urbano, Universidad de Harvard, USA, Arquitecto PUC.

Alejandro Gutiérrez: Director ejecutivo CREO Antofagasta, presidente Programa Estratégico de Productividad y Construcción Sustentable, CORFO, Master *City Design and Social Science*, London School of Economics and Political Science, Arquitecto PUC.

2

“La ciudad emergente: tácticas y herramientas para ciudades centradas en las personas”
Miércoles. 27.05.15
Campus RESB / 13:00-14:00

Invitado:

Javier Vergara: Co- fundador y director ejecutivo Ciudad Emergente (Laboratorio de herramientas para el urbanismo ciudadano), Arquitecto y Master *City Design and Social Science*, London School of Economics and Political Science.

3

“Personas en contexto: la ciudad como determinante social de la salud física y mental”
Miércoles. 12.08.15
Campus RESB / 13:00-14:00

Invitado:

Esteban Calvo Ph.D.: Profesor Asociado de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales, Investigador Adjunto, Robert N. Butler Columbia Aging Center, Columbia University.

4

“Atlas imaginario de Santiago de Chile”
Miércoles. 09.09.15
Campus Las Condes / 13:00-14:00

Invitado:

Justine Graham: Artista Visual y Productora Cultural, Directora del laboratorio cultural Yapo Project, Profesora de Fotografía Escuela de Diseño PUC.

5

“Ciudadanía y Consumo: oportunidad para cambiar el mundo”
Miércoles. 21.10.15
Campus RESB / 13:00-14:00

Invitada:

María José Montero: Directora Fundación Ciudadano Responsable, miembro del Consejo Asesor Laboratorio de Emprendimiento e Innovación Social, PUC, Licenciada en Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magister en Política Social y Planificación de la London School of Economics and Political Science.

Durante 2015, el Centro de Humanidades planificó un ciclo de cinco charlas humanísticas con un tema en común, “La persona y la ciudad”, con el fin de invitar a una reflexión sobre formas de habitar nuestros espacios urbanos, y a la vez, enriquecer la discusión desde distintas disciplinas.

A la fecha se han realizado dos charlas, que reproducimos a continuación, que dan cuenta de nuestro rol como individuos en cambios a nuestra calidad de vida en la urbe, y de la realidad que debemos enfrentar como ciudadanos de espacios cada vez más poblados y desafiantes.

La persona y la ciudad

Mejores Ciudades, Mejor Vida



*Por Pablo Allard
Decano Facultad de Arquitectura
Universidad del Desarrollo*

A comienzos del siglo XX, el 2% de la población mundial vivía en ciudades. Hoy, un siglo después, más del 50% de la raza humana es urbana. Las cifras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) hablan de 3,3 mil millones de personas viviendo en ciudades, pero la tendencia, lejos de frenarse, solo se profundizará hasta alcanzar los 5 mil millones en 2030. Para tener una idea de la magnitud de este fenómeno, sólo en China, más de 300 millones de personas migrarán del campo a la ciudad en los próximos 20 años. Esto implica que China debe construir el equivalente a 66 veces Buenos Aires o Sao Paulo en este período para satisfacer las demandas de estos nuevos habitantes.

Este fenómeno es más crítico en territorios complejos particularmente en África ecuatorial, donde en los próximos 20 años, más de 50 millones de personas migrarán a territorios urbanos, huyendo de hambrunas y luchas étnicas para buscar oportunidades en ciudades que no cuentan con la infraestructura ni la institucionalidad capaz de satisfacer sus necesidades.

Tendemos a creer que las ciudades son entes ajenos a nuestro control, o que los problemas sociales y económicos derivados de la urbanización son más bien locales. Las vemos como organismos que crecen y se reproducen espontáneamente, a su antojo, pero finalmente a todos nos afecta su desarrollo, más aún en un contexto global. Las ciudades utilizan más del 70% de la energía consumida por la humanidad y generan más de un 80% de los gases invernadero; son escenario de problemas sociales pero también de talento, cultura y desarrollo. En este sentido, es crítico que ante las demandas emergentes de un planeta urbano, las ciudades estén obligadas a encarnar los principios del desarrollo sustentable.

Un estudio reciente del McKinsey Global Institute determinó un índice de las ciudades más dinámicas del mundo hacia el 2025, considerando su calidad de vida, Producto Interno Bruto (PIB), competitividad y sosten-

tabilidad entre otras variables. De las top 75: 29 son ciudades chinas, 13 norteamericanas, sólo 3 son europeas y Santiago se ubica en el lugar 73.

Los principales desafíos de nuestra capital están precisamente en los ámbitos de su sustentabilidad social y ambiental: en cómo revertir décadas de segregación social, tal como lo confirma el reciente estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y el alto índice de emisiones y dependencia de combustibles fósiles de su matriz energética. Por suerte, tanto autoridades como urbanistas y la sociedad civil han logrado internalizar en los últimos años estos desafíos y comprender que las ciudades, como toda obra humana, pueden perfeccionarse o deteriorarse según las decisiones que tomemos. Resolver esas opciones determinará que nuestra calidad de vida mejore o se vuelva miserable. Las ciudades chilenas se encuentran en un momento en que si se toman las decisiones correctas y suscriben a los principios de la sustentabilidad, podrán ser la plataforma para el tan esperado salto hacia convertirnos en un país desarrollado.

Chile tiene las tasas de urbanización más altas de Latinoamérica, incluso superando a países europeos. Hoy más del 90% de los chilenos vivimos en ciudades, lo que es una gran noticia: ellas no son sólo fuente de oportunidades, sino además en las ciudades chilenas necesidades básicas como el acceso a la educación, vivienda, transporte, salud y servicios básicos cuentan con amplia cobertura y subsidios. Las demandas sociales de hoy no son por más escuelas, más viviendas u hospitales, sino que por mejor calidad y equidad en el acceso a ellas. Basta recordar cómo hace 30 años instituciones como CONIN luchaban contra la desnutrición infantil, y hoy cerca de dos tercios de los escolares sufre de obesidad. Todos estos factores comienzan a derivar en nuevas demandas por calidad de vida, que nuestras ciudades tendrán que responder si quieren mantenerse competitivas y sustentables en el tiempo.



Charlas Humanísticas

En este contexto, nuestra capital, Santiago, se acerca a la adultez. Signo de ello no son las grúas pluma u obras de infraestructura, sino la creciente discusión urbana y demandas de calidad de vida, el fortalecimiento de organizaciones ciudadanas y barriales, y una ciudadanía que reconquista los espacios públicos desde la plaza de la esquina hasta eventos como Teatro a Mil. Las tasas de crecimiento demográfico indican que con suerte terminando la década, la población de Santiago se acercará a los 8 millones (hoy es cercana a los 6,5 millones), salvándonos de problemas de Mega ciudades como Sao Paulo o México que ya superan los 20 millones. Un número perfecto para consolidarnos como uno de los principales centros de negocios de la región y capitalizar los atributos de la capital.

Si la población no va a crecer, lo que sí aumentará serán los ingresos de ella, y por consecuencia, las demandas de viviendas más grandes y más servicios, por lo que la ciudad seguirá creciendo en extensión y en altura. El crecimiento económico y social proyectado llevará a que hacia finales de la década, los hogares ABC1 C2 subirán su participación actual de 33% a 46%. Esto ya está modificando los patrones de localización de esta “nueva clase media emergente”, consolidando ejes de desarrollo asociados a oferta de transporte como Av. Vicuña Mackenna/Concha y Toro, Gran Avenida o Pajaritos con sus respectivos subcentros en torno a los malls. Esto ya está revertiendo dinámicas de segregación tradicionales y surgirán oportunidades de regeneración urbana en comunas pericentrales y periféricas hasta hoy estancadas, como Pedro Aguirre Cerda o Cerrillos.

Santiago se encuentra hoy en un punto de inflexión en que podría capitalizar sus ventajas competitivas frente al resto de las ciudades globales de la región, si se toman hoy las medidas adecuadas, estas son:


1. Invertir fuertemente en infraestructura de transporte: Metro, trenes de cercanías, autopistas y ciclovías. Corregir las fallas de Transantiago.
2. Controlar la congestión vehicular con tarificación vial.
3. Reducir la huella ecológica de áreas de expansión aprovechando el sistema de desarrollos condicionados
4. Enfrentar la contaminación ambiental con la reconversión de la ciudad existente por medio de incentivos a la eficiencia energética e hídrica de edificios y loteos
5. Revertir el déficit de áreas verdes y parques urbanos
6. Recuperar los barrios sociales de la periferia e invertir en la creación y consolidación de nuevos subcentros.

Si avanzamos por esta vía, Santiago celebrará el 2041 los 500 años de su fundación siendo una de las ciudades más hermosas, atractivas y con mejor calidad de vida del continente.

Otro dato de la causa es que Santiago ya no es Chile; hoy nuestro país cuenta con sólo tres áreas metropolitanas: el gran Santiago, el gran Concepción y el gran Valparaíso, pero a finales de esta década se incorporarán al menos cinco nuevas conurbaciones metropolitanas: Antofagasta, Iquique-Alto Hospicio, Coquimbo-La Serena, Temuco-Padre las Casas, y Puerto Montt-Alerce-Puerto Varas.

Si bien la capital aún concentra cerca de la mitad de la población y el PIB del país, las dinámicas más fuertes de desarrollo están en regiones. No es casual que las mayores tasas de crecimiento de población y hogares se estén dando en ciudades regionales, particularmente en el norte del país gracias al boom de inversión minera. Este crecimiento explosivo traerá consigo nuevas oportunidades y también nuevos desafíos. Las ciudades del norte tendrán que ver cómo capitalizan los billones de dólares que se invertirán en la minería, reconvirtiéndose y haciéndose más atractivas para atraer al esquivo capital humano. Estas ciudades tendrán que luchar, además, con severos problemas de escasez hídrica, educación de calidad, áreas verdes y en casos como Antofagasta, también escasez de suelo. Por otro lado, ciudades como Calama tendrán que reinventarse para sobrevivir al éxodo de población hacia la costa, levantando una nueva identidad propia que articule su historia material minera con el creciente turismo altiplánico.

Hacia el sur, los desafíos son más bien de sustentabilidad ambiental y cultural; en el caso de Temuco-Padre las Casas los problemas de contaminación han llegado a niveles tan críticos como la tensión con los pueblos originarios; y si bien Puerto Montt se levanta luego de la crisis salmonera, su desarrollo disperso y descontrolado hacia Alerce y Puerto Varas ya está generando severos problemas de congestión y deterioro de imagen urbana que atentan contra su potencial turístico.

No es fácil hacer frente a estos desafíos, el gobierno se ha comprometido a implementar la nueva Política Nacional de Desarrollo Urbano durante este período, pero no podemos esperar a que todo llegue de arriba y debemos ser proactivos. Esta nueva autodeterminación se aprecia en una serie de iniciativas público-privadas como el Plan Calama PLUS o el CREO Antofagasta, que precisamente apuntan a integrar a todos los actores a pensar su ciudad y sus desafíos, de manera de encauzar su desarrollo y corregir el rumbo para convertirse en este país metropolitano que emerge. 

La persona y la ciudad

Tácticas Urbanas: acciones de corto plazo para cambios de largo plazo

Hoy en día cerca del 90% de los chilenos vive en ciudades, y lamentablemente pocos se sienten orgullosos y felices de vivir en ellas. Sin embargo, hay un tipo de “ciudad emergente”, entendida como aquella donde los ciudadanos pasan de ser actores pasivos receptores de beneficios a agentes activos de cambio para mejorar sus barrios, a través de tácticas y herramientas que mejoren su calidad de vida.



*Por Javier Vergara Petrescu
Co-fundador y Director Ejecutivo
Ciudad Emergente*

Una de las dificultades de hacer ciudad en la era urbana es la capacidad para involucrar a las personas en la toma de decisiones. Sin duda, las negociaciones en la planificación urbana son procesos difíciles, pero afortunadamente existen acciones a corto plazo que logran gatillar cambios en el largo plazo y que ponen a la ciudadanía en el centro de la pregunta sobre cómo construir ciudades a escala humana. Estas son tácticas posibles de ser implementadas aquí y ahora, que ayudan a enriquecer el capital social de las comunidades y a comunicar la visión de un proyecto urbano de forma efectiva.

No solo los grandes proyectos, sino también los de pequeña y mediana escala requieren de negociaciones entre integrantes del mundo político y la sociedad civil, siendo esta última muchas veces pasada por alto para

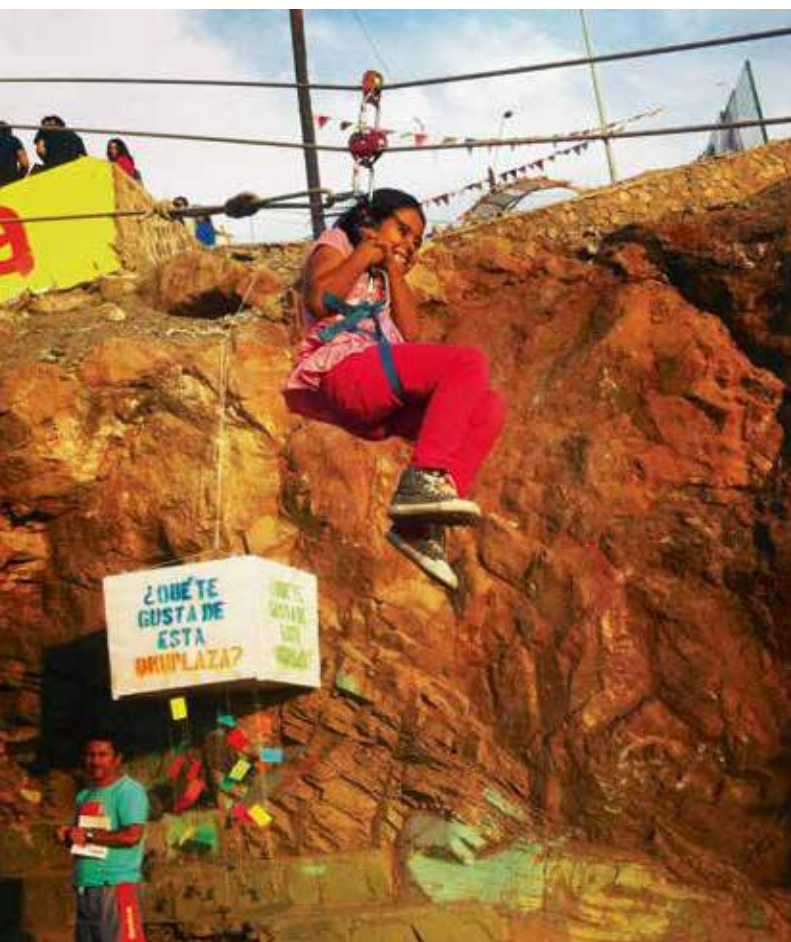
acelerar la aprobación o ejecución de una iniciativa en particular – olvidando que al final del día son los ciudadanos quienes se ven mayormente beneficiados (o perjudicados) por las decisiones que toman unos pocos.

La ciudadanía opera con frecuencia a través de reacciones que atentan contra el proyecto mismo, muchas veces desconectado de su propia realidad o intereses. Sin duda, las negociaciones en la planificación urbana son procesos difíciles y burocráticos, pero existen tácticas que ayudan a facilitar la concreción de planes, bajo visiones concensuadas.

Algunos los llaman “proyectos detonantes”, “guerrilla urbana”, “D.I.Y Urbanism” (algo así como urbanismo ‘hágalo usted mismo’) o simplemente tácticas urbanas. Lo cierto es que la combinación de planificación a largo



Charlas Humanísticas



← Transformación de áreas abandonadas en plazas. En Antofagasta, Ciudad Emergente ha implementado estas acciones para recuperar basurales ilegales en el centro alto de la ciudad.

↙ Una táctica para construir comunidad desarrollada por Ciudad Emergente. A partir de una invitación a compartir una gran mesa, se convoca a los vecinos de un barrio a construir redes y capital social.



plazo con estrategias de transformación livianas, rápidas y baratas, pueden ser una fórmula eficaz, no solo para validar en el presente las ideas de largo aliento, sino también una herramienta potente para articular y activar a la ciudadanía sobre temas de importancia, que tengan un impacto positivo en la calidad de vida.

Considerando la significativa presencia de economías urbanas informales en Chile, las estrategias de corto plazo para solucionar problemas de habitabilidad de largo alcance se pueden enmarcar dentro de prácticas recurrentes en la ciudad. Ya sea en cascos urbanos consolidados o bien en barrios periféricos, encontrar buenos ejemplos de acciones rápidas, livianas y baratas en el imaginario colectivo latinoamericano no es ninguna novedad, por el contrario, éstas son de alguna forma parte del ADN de la geografía sociocultural de nuestras ciudades. Ya sea en el ámbito de la vivienda, la economía local de un barrio o el transporte, en Chile y Latinoamérica es posible detectar soluciones ingeniosas, implementadas con bajos recursos, apelando a la creatividad individual

o colectiva de las personas. Éstas nacen como respuesta frente a un histórico escenario de escasez que hoy se encuentra en un cruce de caminos: entre una heredada informalidad y una necesaria formalización de los procesos urbanos. Esto se refleja en múltiples ejemplos cotidianos como vendedores ambulantes, ferias libres, ocupaciones de predios por juntas de vecinos, huertos urbanos o prácticas informales que, por falta de canales institucionales o voluntad política, operan de forma reactiva buscando acortar la brecha de inequidad y representatividad en la ciudad.

El denominador común de todas estas estrategias, ya sean acciones en barrios ricos o pobres, es aquel que habla de ciudadanos organizados quienes, a través de la colaboración e inteligencia colectiva, están mejorando la habitabilidad de su medioambiente construido. Lo importante es recordar que hacer ciudad es simple y es posible actuar hoy para generar los cambios de largo plazo que necesita tu barrio. A esto se le llama "tácticas urbanas". ^A



Generales de zona

Comprometidos con la salud pública de Chile

Francisco Idalsoaga y Óscar Torrealba son médicos de la Universidad del Desarrollo. Ambos se desempeñan actualmente como generales de zona y trabajan en las comunas de Calbuco y El Carmen respectivamente, bajo la firme convicción de realizar cambios en la salud de nuestro país y ser un aporte a la sociedad.

Óscar Torrealba y Francisco Idalsoaga son egresados de Medicina de la Universidad del Desarrollo. Ambos médicos se desempeñan en la actualidad como generales de zona en regiones bajo una firme convicción: el compromiso de llevar la Medicina a pacientes que viven en zonas alejadas y prestar una mejor atención a la población.

El cargo de médico general de zona se inició en año 1955 como una política gubernamental para desplazar profesionales de la Salud a las localidades más aisladas del país, cubriendo las necesidades básicas a lo largo del territorio nacional.

Óscar trabaja en la comuna de El Carmen, ubicada a 42 kilómetros de Chillán, en la Región de Bío Bío. Francisco, en tanto, se desempeña como médico en la comuna de Calbuco, en la Región de Los Lagos. Ambos quisieron compartir su experiencia, contar de dónde nacen sus deseos por salir de Santiago para ejercer la profesión médica y cómo aportan desde sus labores y esfuerzo diario a la salud pública de Chile.

“LA MEDICINA DEBE SER ENTREGADA A LA GENTE”

Terminaba el año 2013 y Francisco Idalsoaga llegaba al

final de siete años de estudios para titularse de médico cirujano de la Universidad del Desarrollo. En este ambiente de cambios y nuevos desafíos se abrieron muchas posibilidades y caminos. El ingreso a una beca, emigrar a España, trabajar en atención primaria de salud fueron algunas opciones. Sin embargo, la oportunidad que más le llamó la atención fue ingresar al ciclo de destinación como médico general de zona.

Y es que desde su primer año de universidad, este egresado tuvo claro que tenía una responsabilidad con la sociedad. Es más, desde su práctica de Atención Abierta en Huepil, en cuarto año de la carrera, ya consideraba este ciclo como una alternativa para lograr su objetivo de aportar a la salud de la población.

“Siempre he considerado que la Medicina deber ser entregada a la gente y que el regalo de la vocación médica debe ir de la mano del compromiso con la sociedad en la que vivimos, con el llamado a realizar cambios en la Salud de nuestro país”, enfatizó el médico.

A su vez, siente la responsabilidad de “realizar cambios en las personas que, por diferentes causas, no tienen los accesos necesarios, que viven en situación de calle o aquellos que están inmersos en una realidad rural; gente

El cargo de médico general de zona se inició en año 1955 como una política gubernamental para desplazar profesionales de la Salud a las localidades más aisladas del país, cubriendo las necesidades básicas a lo largo del territorio nacional.

a la que, como país, no hemos logrado asegurarles atención médica. Como dice un proverbio indio, lo que no se da, se pierde”, dijo.

Francisco Idalsoaga tuvo, por otro lado, la oportunidad -un regalo, como él lo define- de hacer parte de su internado electivo en Calcuta, India. Se trató de una experiencia que le mostró realidades impactantes y que le abrió los ojos a las grandes disparidades que existen en salud.

Esta vivencia lo llevó a realizar una profunda reflexión. “Haber conocido durante nuestra formación un centro con tecnología de punta como la Clínica Alemana, donde el acceso a los últimos tratamientos es un hecho, me hizo comparar con los ‘Medical Dispensary’ de Calcuta, donde niños de cinco o seis años no tienen acceso a terapias, y eso es algo que no puede dejarnos tranquilos”, recordó, y afirma que fue una situación que lo llevó a decir “yo, como médico, tengo una misión con la salud de nuestro país”.

Calbuco es el primer archipiélago del Sur de Chile, conformado por 14 islas. Cuenta con una población de unas 33 mil personas, de las cuales más del 60% son población rural. Esta fue una de las razones por las que eligió esta comuna: “Sentía que tenía mucho que aportar en ese lugar”, cuenta.

Durante el tiempo trabajando en esa localidad, ha podido detectar que la realidad es muy distinta a la de Santiago. “Muchas personas que habitan en las islas más solitarias tienen solamente acceso a salud a través de rondas rurales esporádicas. Incluso, hay vacíos de cobertura en donde adultos mayores o pacientes postrados simplemente no reciben atención, por una limitante geográfica y de planificación”, explica.

A esta carencia en el sistema de salud, se suma un problema presente en la realidad nacional: la falta de especialistas, situación que en este lugar se ha logrado manejar con programas de telemedicina en conjunto con profesionales del Hospital de Puerto Montt.

Hoy, el doctor Idalsoaga trabaja junto a otros 11 médicos generales de zona en el Hospital de Calbuco, un centro de baja complejidad en transición a la mediana comple-

jididad, con un alto crecimiento en los últimos años y con un considerable aumento en la dotación de personal e infraestructura, en pos de mejorar la atención a la comunidad.

El trabajo que realizan es variado. Va desde atenciones de urgencia, visitas a los hospitalizados (a pacientes adultos y pediátricos), coordinar programas de telemedicina, hasta la asistencia de partos. Además, hacen rondas rurales a las diferentes localidades aledañas al hospital e iniciaron una labor con postrados de la comuna.

Si bien ha sido difícil para Francisco dejar a su familia y amigos atrás, para partir a una localidad ubicada a 1.200 km, profesionalmente es muy desafiante. “Enfrentarse a patologías de todo tipo de complejidad, con recursos limitados y sin acceso a especialistas, es siempre diferente y nos obliga a sacar el mayor provecho a la semiología y a los conceptos básicos de la Medicina”, cuenta.



Francisco Idalsoaga (primero a la derecha) junto a colegas en Calbuco.

A su vez, ha tenido que liderar importantes cambios en el Hospital y colaborar con ellos. En febrero de 2015 asumió como Subdirector Médico, promoviendo su aprendizaje en el área administrativa. “Me ha tocado trabajar en cambios estructurales, guiando los procesos y teniendo un fuerte contacto con la actividad gremial de Calbuco, que es muy alta”, contó.

Francisco Idalsoaga espera quedarse en Calbuco unos cuatro o cinco años, para luego regresar a Santiago a hacer su beca. Posteriormente evaluará la posibilidad de volver a la región de Los Lagos a trabajar en la red de salud y colaborar en la disminución de la brecha de especialistas que existen a lo largo de nuestro país.

“QUIERO SER UN APORTE COMO MÉDICO GENERAL”

Óscar Torrealba es general de zona del Hospital de El Carmen, perteneciente al Servicio de Salud Ñuble, en la Región del Biobío. Inició estas labores en abril de 2013, recién egresado de la Facultad de Medicina CAS-UDD, luego de pasar por los servicios de urgencia del Hospital de Talagante y del Hospital Parroquial de San Bernardo.

El doctor Torrealba cuenta que, a pesar que toda su familia vive en Santiago, siempre le pareció atractivo emigrar a regiones. Además, “ya había vivido en Chillán antes de irme a estudiar, por lo que conocía muy bien las cosas que me gustaban y lo que significaba vivir fuera de la capital”, comentó.

Los primeros pasos de Óscar como general de zona no



Oscar Torrealba, luego de atender un parto en turno. Hospital del Carmen.

fueron del todo certeros “Hasta ese momento, no conocía totalmente lo que significaba ingresar a este programa. Tenía alguna idea por lo experimentado en mi práctica de atención abierta el año 2010 en el Consultorio de Cobquecura, pero a fin de cuentas el trabajo en hospitales es bien distinto”, explicó.

Los turnos de urgencia, la residencia, atender a distintos tipos de paciente, en cualquier situación, hicieron que el camino se pusiera más difícil, aún más cuando se trata de un médico recién egresado. Sin embargo, y según cuenta, tener que asumir responsabilidades enseña a tomar decisiones.


A pesar de esto, Óscar ha sabido sacar partido a la oportunidad que se le presentó. La idea de ser general de zona, para él, nace como una alternativa real para ejercer como médico en un ambiente distinto al que se había formado. Además, y como no tenía intenciones de hacer en el corto plazo una especialización, este trabajo le ha permitido potenciar sus habilidades y conocimientos.

“Acá tengo la posibilidad de trabajar con pacientes hospitalizados, de consulta ambulatoria y en urgencia. Dar atención a pacientes sin clasificar si son adultos, pediátricos o embarazadas, considerando su grado de ruralidad, te permite desarrollar habilidades clínicas y humanas que son fundamentales para el ejercicio de la profesión, en esta primera etapa de formación”, enfatizó.

Durante este proceso, uno de los principales desafíos que asumió el doctor Torrealba fue ser nombrado Subdirector Médico del Hospital Comunitario. Esto le permite combinar la atención de pacientes con las funciones directivas y de gestión, situación que espera dé frutos, tanto para el hospital como para sus pacientes.

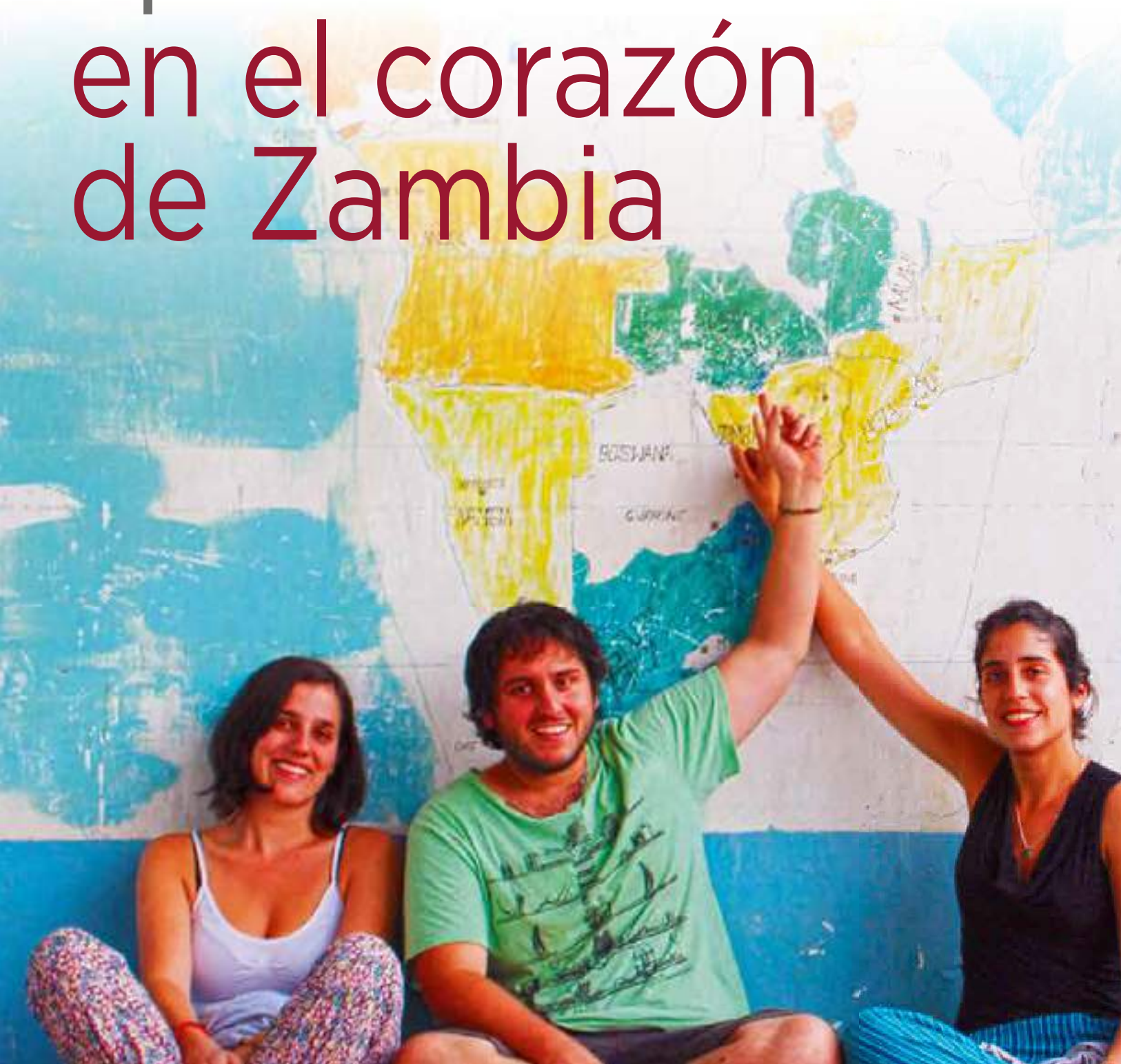
A su vez, los pacientes a los que debe atender se han transformado en grandes desafíos, así como las deficiencias que presenta el sistema de salud en esta zona. “Muchos son analfabetos y viven en situación de hacinamiento, lo que conlleva a otros problemas de salud. Además, existen carencias en recursos humanos, en los procedimientos y en la infraestructura, lo que hace complejo atender a la gran cantidad de poblados aledaños a El Carmen”, relató.


Sin embargo, destaca una gran ventaja de trabajar como profesional de la salud en comunas rurales. A pesar de las dificultades que relató anteriormente, hace una reflexión: “el paciente es distinto, muy abierto, agradecido, simple y con el que se generan grandes lazos de confianza. Eso hace que te sientas valorado”.

Por ahora, el doctor Óscar Torrealba no pretende moverse de la comuna de El Carmen. Espera estar allá alrededor de seis años, combinando los tiempos con su señora, que también es médico, aprovechando las comodidades de la vida fuera de Santiago y “trabajando por la gente de una comunidad rural de Chile, en un intento por ser un real aporte como médico general”. 

Cómo un sueño se convierte en proyecto

Cuidar, curar y aprender en el corazón de Zambia





Juan Pablo Ceroni, Andrea Sepúlveda y Daniela Martin levantaron -y coordinan aún- el proyecto “Médicos para Zambia”, para cuidar pacientes, tanto en atención primaria como en cirugías menores. A esta iniciativa se suma un proyecto de Salud y Educación.

“**M**uchos años después, frente al pelotón de fusilamiento, el coronel Aureliano Buendía había de recordar aquella tarde remota en que su padre lo llevó a conocer el hielo. Macondo era entonces una aldea de 20 casas de barro y cañabrava construidas a la orilla de un río de aguas diáfanas que se precipitaban por un lecho de piedras pulidas, blancas y enormes como huevos prehistóricos. El mundo era tan reciente que muchas cosas carecían de nombre, y para mencionarlas había que señalarlas con el dedo”.

Las primeras impresiones que relatan Daniela, Andrea y Juan Pablo sobre su voluntariado de un año en Sichi-li como médicos generales, hacen recordar ese párrafo inicial de la novela “Cien Años de Soledad”, de Gabriel García Márquez. “No había nada, el pueblo era una pradera inmensa y estaba conformado por un par de casas de barro y paja, excepto la escuela y el hospital, que eran de cemento. No había ducha, ino había hielo! Teníamos eso sí internet, porque una antena colgada en medio de la selva nos mantenía parcialmente conectados con el mundo. El hospital carecía de médico residente y cuando llegamos los niños querían tocarnos, porque éramos los únicos blancos que muchos habían visto. Nos comunicábamos al principio a través de señas con los pacientes”.

Juan Pablo Ceroni, Andrea Sepúlveda y Daniela Martin egresaron de Medicina el año 2012. No postularon a una beca, como muchos de sus compañeros, pues querían ejercer un año antes de optar por su especialidad. Juan Pablo tenía desde su infancia dos metas claras: estudiar Medicina y luego trabajar un tiempo en África.”Yo siempre buscaba una institución que me permitiera hacer eso,



desde que estaba en quinto año, más cerca de salir de la universidad; luego postular a Médicos Sin Fronteras (MSF) o a América Solidaria”, comenta Juan Pablo. “Todos querían MSF, pero para trabajar ahí tenías que ser especialista o contar con dos años de experiencia contratado en un servicio de urgencia importante, con conocimientos en poli-traumatizados, no alguien que esté trabajando en consultorios... es muy difícil entrar y nosotros no calificábamos por ningún lado”, agrega Daniela.

Mientras almuerzan en un restaurante de Vitacura, antes de partir a dar una charla para entusiasmar a los internos de la Universidad Católica sobre el voluntariado en Sichili, nos cuentan cómo esta experiencia, nacida de un proyecto, los marcó y de qué manera ha trascendido para continuar creciendo.

AFRICA DREAM Y “MÉDICOS PARA ZAMBIA”

Juan Pablo conoció en 2012 la Fundación Africa Dream, por un reportaje en El Mercurio, y se presentó ante el director ejecutivo de ese entonces. “Lo que nos convenció de Africa Dream, a diferencia de otras ONGs, es que busca hacer proyectos sustentables, entonces uno trabaja con la comunidad, detecta los problemas junto con ellos, para que luego continúen solos. No es tan asistencial, a pesar de que también nos tocó asumir una función bien asistencialista en el hospital”, comenta Juan Pablo.

El director de entonces le contó de un proyecto en Ke-

nia. Pero ese país no era el que más convencía a Juan Pablo, “porque Kenia es más desarrollado y cuenta con muchos voluntarios de diferentes instituciones”. Él buscaba zonas con mayor necesidad donde trabajar. Ese mismo año hubo un cambio de director ejecutivo y la nueva directora, Consuelo Voigt, quería realizar un proyecto con doctores en un hospital de Sichili, pueblo aislado en la región de Mulobezi, Zambia. Este centro asistencial atiende a 37 mil personas y llevaba seis años sin un médico. Pero la fundación no tenía fondos para apoyar el envío voluntarios a ese país, aún cuando las primeras acciones de la fundación habían nacido justamente en aquella región. Juan Pablo decidió que Zambia sería su destino y junto a Daniela Martí y Andrea Sepúlveda comenzaron a recaudar fondos para financiar el proyecto.

Comenzó la etapa de calcular, recaudar y prepararse. Primero realizaron una estimación general de los costos totales y mensuales por persona que implicaría esta misión, luego una campaña puerta a puerta, persona a persona: “como muchos amigos ya estaban trabajando con carreras más cortas, les pedíamos que nos donaran desde tres mil pesos, el equivalente a una ‘piscola’ al mes y así conseguimos muchos socios”. También acudieron a diferentes empresas, otras fundaciones e incluso un laboratorio farmacéutico. “Unas nos donaron cierta cantidad de dinero, otras los seguros, las vacunas. Así logramos juntar fondos para mantenernos allá y muchos socios donan hasta hoy para continuar financiando esta labor”, cuenta Daniela Martí. “Fuimos los primeros vo-

luntarios e iniciamos el viaje en 2013. Teníamos grandes sueños, queríamos arreglar el mundo” agrega Juan Pablo.

La etapa de preparación incluyó una práctica médica, para lo cual recurrieron al Servicio de Ginecología del Hospital Padre Hurtado. “Ellos se portaron muy bien con nosotros; nos prepararon en parto y cesáreas, a solucionar las cosas con pocos materiales, se portaron un siete porque nos dejaron operar con el ginecólogo presente, gracias a lo cual pudimos enfrentar muchas emergencias durante nuestra estadía”.

SICHILI: “COMO EN LAS PELÍCULAS”

Zambia está situado en el centro sur del continente africano, con una población de 13,5 millones de habitantes. Su capital es Lusaka y está dividido en 10 provincias. Proclamó su independencia del Reino Unido en 1964 -el idioma oficial es el inglés-, aunque se hablan más de 70 dialectos locales. La esperanza de vida es de 49 años. Es un país rico en recursos naturales y la explotación minera su principal producto, sin embargo, ésta se encuentra en manos de compañías extranjeras. En los últimos 10 años la pobreza solo se ha reducido en un 2%. Más de la mitad de sus habitantes vive bajo el umbral de la pobreza, lo que en zonas rurales llega a un 80%. La desnutrición crónica afecta a un 52% de la población. Su nombre proviene del río Zambezi, de donde surgen unas cataratas imponentes, que constituyen uno de los principales focos turísticos del país. Livingstone, capital de la provincia del sur de Zambia, con más de 100 mil habitantes, es una de las zonas más visitadas por los turistas.

Aterrizaron en abril de 2013 en Livingstone. Tuvieron que lidiar con problemas burocráticos en inmigraciones para obtener el permiso de trabajo, el cual solo se obtenía si rendían un examen para convalidar su título. De un día para otro les avisaron que debían presentarse en la Universidad de Lusaka. “¡No sabíamos lo difícil que era ese examen! Constaba de cuatro pruebas escritas con estadísticas de Zambia, el porcentaje de VIH y luego una prueba oral ante cuatro médicos (cirujano, pediatra e internista) y el decano de la Facultad de Medicina de la universidad. Era como volver a séptimo año, muy exigente, lo que indica que la medicina en Zambia tiene un buen nivel. Sin embargo, el problema es que el 80% de médicos de Zambia se va a Kenia, Sudáfrica o Tanzania, donde las condiciones son mejores”, explica Daniela.

La fundación Africa Dream es laica, pero como trabajan tantas iglesias y misiones diferentes en esos países, todas se unen en una asociación llamada CHAZ y así se comunican con el gobierno local, para facilitar trámites de permisos laborales y estadías. De esta forma, Juan Pablo, Andrea y Daniela lograron obtener su título de médicos zambiano, aunque el permiso para trabajar les fue conferido al cabo de dos meses. Como no había tiempo que perder, emprendieron el viaje a Sichili y convencieron a Sister Nimi, una monja que vive hace 12 años

en el lugar y que dirigía ese hospital misión, que debían comenzar con su labor.

“Es como en las películas, vivir en un lugar donde no hay nada. Vas por un camino siguiendo huellas y de repente aparece un pueblo mágico”, recuerda Juan Pablo. “Son praderas gigantes, con unas rucas, lo único de cemento que podías ver es el convento, un hospital, el colegio y la casa del staff del colegio. El resto son rucas, no hay calles, sólo una principal de tierra donde está el mercado, con gente que vende sus cosas, negocios de personas que trabajaban en el hospital o la escuela. Agua no teníamos. Había que ir al pozo a buscarla”. Tantos detalles que en el diario vivir pasan inadvertidos, se transformaban en un lujo para ellos. En vez ducharse, tenían que lavarse con un recipiente; tomar bebida con hielo era imposible, dado que el refrigerador había llegado al pueblo 6 meses antes que ellos, pero funcionaba con placas solares, por lo que no se alcanzaban a formar los apetecidos cubos.

“Lo que nos convenció de Africa Dream, a diferencia de otras ONGs, es que busca hacer proyectos sustentables, entonces uno trabaja con la comunidad, detecta los problemas junto con ellos, para que luego continúen solos”, comenta Juan Pablo.

“Es difícil resumir tantas sensaciones, porque por un lado es cumplir un sueño, y por otro, es como volver a la época medieval; vimos cosas que en Chile nunca veríamos. La lepra, por ejemplo, era algo que no conocíamos y los lugareños nos preguntaban a nosotros... ser un poco como un chamán, arreglárselas solo, tener solamente a tu compañera de interconsulta y viceversa. El primer paciente que atendimos tenía malaria ¡y qué sabíamos nosotros de malaria! Además, todo lo que se hace respecto de esa patología aquí está obsoleto... Nos tocaron como tres casos de rabia. Primero nos asombramos porque para nosotros era una enfermedad de libro. Empieza con un compromiso del estado general, luego insomnio e hiperactividad, por último, fobia al agua y el paciente nos preguntaba ‘doctor no puedo ver el agua pero no sé por qué, no me puedo lavar los dientes por-

que me da miedo, no me puedo lavar las manos'; él no sabía por qué tenía fobia al agua, pero ya se encontraba en la etapa 3 y la mortalidad es de un 75%. Aprendimos a agudizar el ojo para las enfermedades más frecuentes en esa zona, entonces, ganarse el respeto de la gente allá y la credibilidad costó mucho", recuerdan. Para las dos mujeres, ese respeto tuvo un obstáculo adicional: el machismo de los pacientes, quienes llegaban al extremo de no dirigir la palabra a las voluntarias. "Después captaron que éramos unos bichos raros y nos aceptaron como tales", sonríe Daniela.

Otra experiencia que fue difícil de asumir era el hecho que nada funcionaba como habían imaginado: "uno llega con una cierta disposición, pero luego se da cuenta que las cosas no funcionan como uno cree. Todo es lento. Ellos tienen muchas donaciones, mucha ayuda extranjera, pero nadie las implementa, nadie les enseña, las cosas quedan botadas, tienes que conseguir permiso de las tribus, del gobierno, no es llegar y hacer cosas. Aterrizamos con 20 mil ideas en la cabeza y con suerte

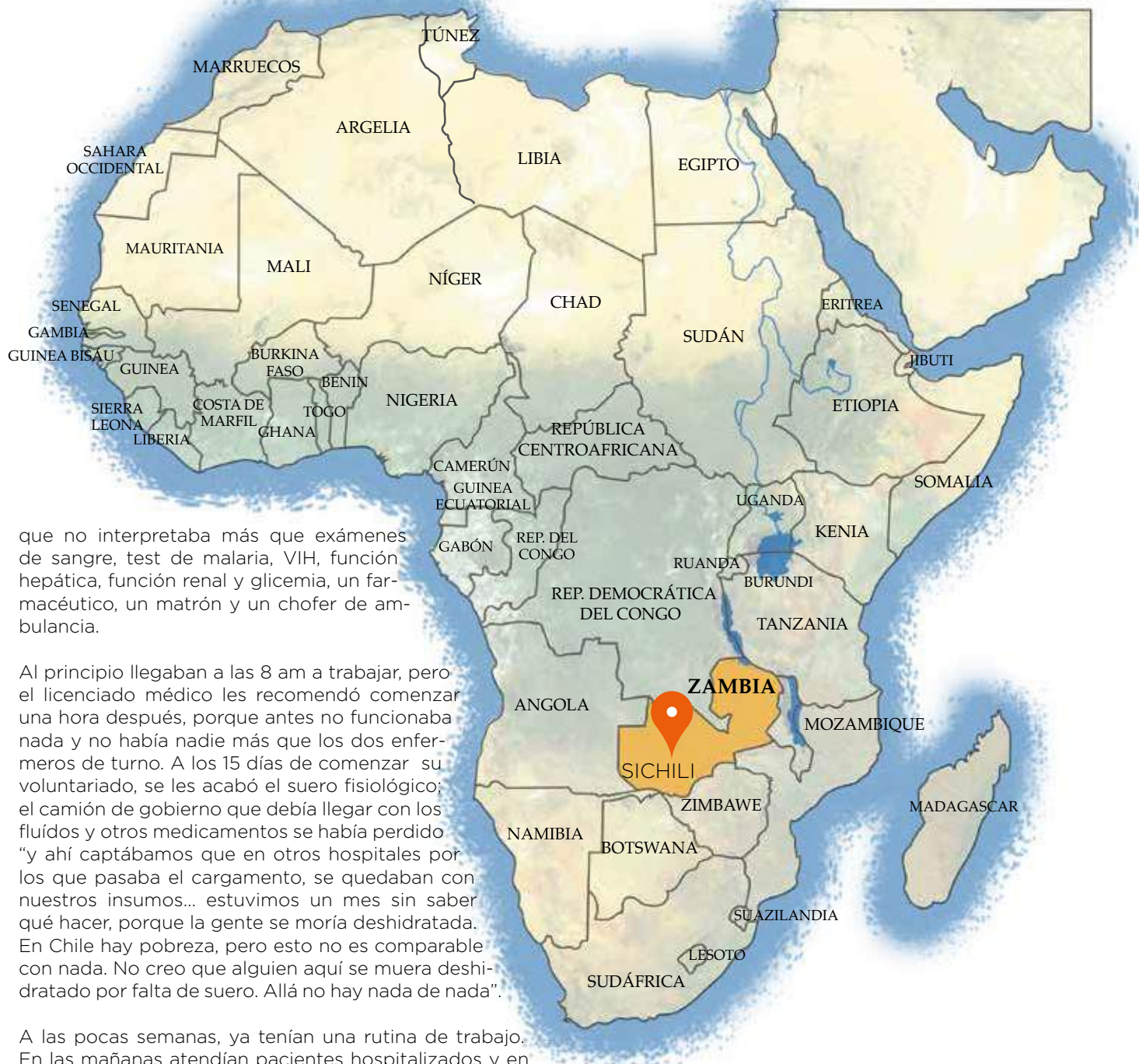
logramos hacer una, y te demoras mucho tiempo".

De pronto, los jóvenes son interrumpidos en su relato por un hombre que almorzaba en la mesa vecina y les comenta: "Perdonen que les diga algo, pero he estado muy entretenido escuchando las experiencias de ustedes ¡Los felicito!". Entre risas agradecen y continúan rememorando su estadía, como si se transportaran nuevamente a África.

DE VOLUNTARIOS DESCONOCIDOS A AUTORIDADES DE HOSPITAL

Sichili tiene cinco mil habitantes y es el único pueblo del distrito donde se encuentra un hospital con capacidad de 40 camas, que debe atender a una población 37 mil personas. La aldea más lejana se encuentra a 120 kilómetros. Los pacientes llegan caminando cuando están muy enfermos, de lo contrario, recurren a curanderos locales. El staff de ese centro cuenta con 14 enfermeros, un licenciado en medicina, un trabajador de laboratorio





que no interpretaba más que exámenes de sangre, test de malaria, VIH, función hepática, función renal y glicemia, un farmacéutico, un matrn y un chofer de ambulancia.

Al principio llegaban a las 8 am a trabajar, pero el licenciado médico les recomendó comenzar una hora después, porque antes no funcionaba nada y no había nadie más que los dos enfermeros de turno. A los 15 días de comenzar su voluntariado, se les acabó el suero fisiológico; el camión de gobierno que debía llegar con los flúidos y otros medicamentos se había perdido “y ahí captábamos que en otros hospitales por los que pasaba el cargamento, se quedaban con nuestros insumos... estuvimos un mes sin saber qué hacer, porque la gente se moría deshidratada. En Chile hay pobreza, pero esto no es comparable con nada. No creo que alguien aquí se muera deshidratado por falta de suero. Allá no hay nada de nada”.

A las pocas semanas, ya tenían una rutina de trabajo. En las mañanas atendían pacientes hospitalizados y en las tardes tenían diferentes actividades. Martes y miércoles, consultas ambulatorias; jueves clases instauradas por ellos para enseñar distintos temas donde notaban un déficit, por ejemplo, trabajo de parto o reanimación cardiopulmonar; también realizaban reuniones de mortalidad para evaluar qué habían “hecho mal” como equipo de salud. Un día lo ocupaban para pabellón, sin embargo, era difícil de programar en un espacio fijo. A las cinco de la tarde salían del hospital, pero quedaban de llamado. Daniela recuerda: “el personal en ese hospital tenía un muy mal concepto de urgencia, les pides que monitoricen un paciente y no lo hacen, el fenómeno de enfrentarse a la muerte es muy distinto, no realizan el esfuerzo por salvar a alguien que quizá tiene mal pronóstico, por lo que el paciente fallece. Entre la indiferencia y la costumbre de ver morir con frecuencia a alguien... además no había nadie que les dijera qué se podía hacer

al respecto. Generalmente nos llamaban cuando ya era tarde, para declarar el deceso de una persona, por lo que decidimos levantarnos más de una vez, varias veces durante la noche, con el fin de controlar personalmente los casos más delicados”.

La primera cesárea que les tocó operar fue muy marcadora para ambos. Tuvieron que convertir la sala de parto en pabellón y superar momentos de mucha tensión. En ese primer parto sobrevivió el niño y la madre. Las urgencias más frecuentes eran obstétricas, roturas uterinas, donde el niño normalmente muere de inmediato, pero lograban salvar a la madre. En época de lluvia llegaban de urgencia muchos niños con malaria o problemas respiratorios y se veían con la obligación de acomodar dos pacientes por cama. “Tuvimos numerosos casos extremos, pacientes que al principio no confiaban en

En Sichili experimentaron la sensación de despojarse de todo lo material y, a la vez, llenarse de cariño y simpleza con un pueblo alegre, siempre sonriente, que vivía en casas miserables, pero de una pobreza humilde.

nosotros y se salvaron, luego quedaban muy apegados y nos visitaban todos los meses”.

Al quinto mes el licenciado médico que los recibió abandonó el hospital. “Él llevaba 12 años solo, tenía experiencia, estaba a cargo de todo y nos ayudó muchísimo, pero cuando llegamos nosotros, aprovechó la ocasión para partir”, cuenta Juan Pablo. Entonces la hermana Nimi los nombró directores del recinto. Tuvieron que enfrentar una infinidad de problemas administrativos, además de las emergencias médicas del día a día. Daniela relata de qué manera lidiar con la muerte como un fenómeno cotidiano, fue una de las experiencias más extremas que les tocó vivir: “ver que se te muere gente es muy fuerte. Al principio llegábamos llorando a la casa. Teníamos 40 camas y una máquina de oxígeno en todo el hospital. Si nos tocaban dos o tres insuficiencias respiratorias, teníamos que optar. A veces se morían los dos, de repente se moría uno... el problema no es la precariedad material, es la precariedad de todo... después hicimos una campaña en Chile y pudimos comprar dos máquinas más”.

“Al principio nos fijábamos en este u otro proyecto y luego, para no desesperarnos, dijimos: concentrémonos en lo que realmente falta para que funcionen las cosas: no hay comunicación. Empezamos a organizar el equipo de salud, porque el laboratorio trabajaba por su lado, las enfermeras por otro y la coordinación en general era difícil”, recuerda Daniela. Establecieron procesos que aún hoy continúan vigentes, como por ejemplo, organizar reuniones clínicas una vez por semana con cada departamento; instaurar la costumbre de firmar entrada y salida del centro de salud; promover medidas de precaución donde no existían: “la sala de rayos no cumplía con ninguna medida de seguridad... tomabas una radiografía e irradiabas al pueblo entero, no había ventanas. Un empleado que partió limpiando en el hospital, y después ascendieron como auxiliar de enfermería, terminó como técnico de rayos, era aplicado y alguna vez en su vida había trabajado con un radiólogo. Nosotros le dábamos las indicaciones de lo que queríamos y él hacía su mejor esfuerzo”.



En poco tiempo, los jóvenes egresados eran autoridades en el pueblo y los invitaban a las actividades oficiales de la zona, donde contaban con asiento -bajo el toldo- reservado especialmente para ellos, junto a los dirigentes políticos. En una ocasión, con motivo del nombramiento de una nueva alcaldesa en el lugar, se enfrentaron con el ministro de Salud de Zambia para exigir la presencia de un médico local para el recinto hospitalario, polémica que los llevó incluso ante las cámaras de televisión. Existía un profesional de la salud asignado para el distrito, quien nunca cumplía con sus obligaciones en Sichili. Como tenía buenos contactos con los políticos, nadie se había atrevido a reclamar contra esta persona, hasta que Daniela y Juan Pablo levantaron la voz, logrando finalmente que asignaran a un médico zambiano para esa zona.

“MACÚA”

En Sichili experimentaron la sensación de despojarse de todo lo material y, a la vez, llenarse de cariño y simpleza con un pueblo alegre, siempre sonriente, que vivía en casas miserables, pero de una pobreza humilde. “Allá la gente no tiene nada. Viven con harapos, se alimentan de lo que cosechan, no sienten resentimiento por tener poco, porque no conocen la realidad afuera. Sus rucas eran eso sí muy limpias, barrían la tierra. Como que no hubiera polvo, mientras nuestra casa estaba llena de polvo. Era una vida completamente simple. Trabajamos mucho.

Aprendimos mucho... lo que más nos gustó fue que las personas notaban la preocupación -y lo agradecían- que nosotros mostrábamos por ellas. Quizás no sabíamos tanto, pero había casos que íbamos estudiando y después resolvíamos bien; éramos de llamado 24/7, pero nadie funciona trabajando los 30 días del mes, 24 horas del día. Al principio no queríamos salir, porque no había nadie si nos íbamos, por lo que luego decidimos desconectarnos... uno aprende allá que no se puede hacer cargo de todo lo que sucede, si no, te vuelves loco. De hecho, por regla nos íbamos a la ciudad una vez al mes, al supermercado, a cargar los celulares, a distraernos”.

De las experiencias más entrañables con los habitantes de este lugar los médicos recuerdan cómo los bebés, de pocos meses, al decir sus primeras palabras abrían sus grandes ojos y los llamaban “macúa”, incluso antes de pronunciar “mamá”. Macúa significa blanco. “Un día tuvimos la ocurrencia de hacer ejercicio y salir a la pradera; empezamos a trotar y todos los niños partieron corriendo detrás de nosotros gritando ¡macúa! ¡macúa!”, recuerdan riendo.


VUELTA A LA REALIDAD CON PROYECTOS CONCRETOS

Se produjo un cambio fuerte en ellos después de esta experiencia. No les faltaron las ganas de quedarse, aún cuando hubo momentos de duda y angustia. “Lo sentimos como nuestro hogar. Incluso tuve que venir por una semana a Chile y cuando volví me sentí en casa... al final no nos queríamos volver”, recuerda Juan Pablo con nostalgia. El gobierno local les ofreció un cargo pagado, pero declinaron, porque decidieron continuar con Africa Dream desde Chile y potenciar la ayuda a Sichili entusiasmando a médicos recién egresados: “vamos en la tercera generación de voluntarios”.

Dejaron amigos en Sichili, con quienes se comunican hasta hoy por whatsapp y cada vez que han vuelto con nuevos voluntarios -la mayoría de su propia Facultad,

“porque nos conocen y postulan más”- son recibidos con alegría y sorpresa, dado que nadie vuelve a esa zona después de haber hecho un voluntariado. Han observado con alegría los cambios positivos que se han generado en el lugar: “fuimos en febrero la última vez a dejar voluntarios y constatamos que todo ha evolucionado muy bien; están haciendo caminos, el gobierno ha destinado más fondos, están haciendo un pozo de agua, son capital de distrito...muchos de los procesos que instauramos en el hospital siguen funcionando”.

Actualmente, los tres médicos trabajan en servicios de urgencia en Chile y realizan su beca de Ginecología en distintos centros formadores. No fue fácil para ellos adaptarse a una vida cotidiana radicalmente distinta. Andrea, quien volvió a los seis meses de estadía, cuenta que una de las cosas más difíciles de este viaje fue volver a Chile. “Primero porque tuve que despedirme de personas importantes para mí, dos amigos que eran mi familia, de toda esa gente maravillosa que conocí, con la que viví cosas que creo, nunca mas viviré. Luego, volver a tu casa y ver a tu familia y amigos que extrañas infinito. No quieres pecar de grave, pero volver a ducharse todos los días, tener agua que sale de la llave, y todas esas cosas que están siempre con nosotros, son valoradas. Choca el cambio de vivir en una aldea con el mínimo de recursos, al llegar a Santiago, y volver a acostumbrarse a lo que nos parece tan normal. Pero el tiempo pasa y se convierte en lo que era antes tu vida, sin embargo nunca vuelve a ser igual”.

Siguen ligados a Sichili, coordinando la iniciativa “Médicos para Zambia” y la implementación del proyecto para la creación de un huerto sustentable. Tienen la certeza de hacer una labor con sentido, que trasciende y deja frutos concretos, que entusiasma a otros porque es un sueño tangible, más allá del idealismo. Cuentan con una energía inagotable para continuar ayudando a ese pueblo africano que, desde la precariedad, les enseñó la simpleza, la dignidad y sobre todo, el valor infinito que tiene cada vida humana. 

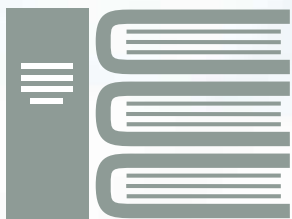
AFRICA DREAM



Nace en 2005, con el objetivo de impulsar trabajos comunitarios, en los que voluntarios puedan entregar sus capacidades y talentos desde distintas áreas profesionales, pero a la vez, se impregnen y aprendan de la riqueza humana y cultural del pueblo africano, con el fin de “vivir una solidaridad sin fronteras”, como lo expresa su misión.

La presidenta de Africa Dream es Janet Spröhnle, quien junto al sacerdote Rodrigo Mercado y Marcelo Mosso, decidió emprender esta iniciativa luego de un viaje de exploración a ese continente, buscando ideas para ayudar. Este viaje los transformaría de por vida. Como el sacerdote había vivido cinco años con la tribu Lozi, al sur de Zambia, y el grupo estableció un poderoso vínculo con sus habitantes, se decidió que en Sichili empezarían los trabajos.

Actualmente, Africa Dream cuenta con un total de tres voluntarios trabajando en África y voluntarios apoyando desde Chile la planificación de los proyectos y la administración de los mismos.



Publicaciones Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Enero a Junio de 2015

Centro de Bioética

- Beca JP, Astete C. **Objeción de conciencia en la práctica médica.** Revista Médica de Chile. 2015; 143: 493-498.

Centro de Fisiología Celular e Integrativa

- Fernández R, Cortés P, Del Río R, Acuña-Castillo C, Reyes EP. **Lipopolysaccharide-induced ionized hypocalcemia and acute kidney injury in carotid chemo/baro-denervated rats.** Adv Exp Med Biol. 2015. DOI: 10.1007/978-3-319-18440-1
- Fiori MC, Krishnan S, Cortés DM, Retamal MA, Reuss L, Altenberg GA, Cuello LG. **Functional hemichannels formed by human connexin 26 expressed in bacteria.** Biocience Rep. 2015; 35(2).
- Nardocci G, Martin A, Abarzúa S, Rodríguez J, Simon F, Reyes EP, Acuña-Castillo C, Navarro C, Cortes PP, Fernández R. **Sepsis progression to multiple organ dysfunction in carotid chemo/baro-denervated rats treated with lipopolysaccharide.** J Neuroimmunol. 2015; 278:44-52.
- Oliva CA, Inestrosa NC. **A novel function for Wnt signaling modulating neuronal firing activity and the temporal structure of spontaneous oscillation in the entorhinal-hippocampal circuit.** Exp Neurol. 2015; 269:43-55.
- Retamal MA, Leon-Paravic CG, Ezquer M, Ezquer F, Del Río R, Pupo A, Martínez AD, González C. **Carbon monoxide: A new player in the redox regulation of connexin hemichannels.** IUBMB Life. 2015. DOI: 10.1002/iub.1388
- Retamal MA, Reyes EP, García IE, Pinto B, Martínez AD, González C. **Diseases associated with leaky hemichannels.** Front Cell Neurosci. 2015. DOI: 10.3389/fncel.2015.00267

Centro de Genética y Genómica

- Berlin A, Fernández M. **Avances en el tratamiento de cáncer de próstata resistente a la castración: énfasis en nuevas terapias hormonales.** Rev Médica Chile. 2015; 143(2):223-236.
- Eyheramendy S, Martínez FI, Manevy F, Vial C, Repetto G. **Genetic structure characterization of Chileans reflects historical immigration patterns.** Nat Commun. 2015. DOI: 10.1038/ncomms7472
- Lay-Son G, Espinoza K, Vial C, Rivera JC, Guzmán ML, Repetto G. **Chromosomal microarrays testing in children with development al disabilities and congenital anomalies.** J Pediatr (Rio J). 2015; 91(2): 189-195.
- Lun W, Fung A, Butcher NJ, Costain G, Andrade DM, Boot E, Chow EWC, Chung B, Cytrynbaum C, Faghfoury H, Fishman L, García-Miñaur S, George S, Lang AE, Repetto G et al. **Practical guidelines for managing adults with 22q11.2 deletion syndrome.** Genet Med. 2015. DOI: 10.1038/gim.2014.175
- Ysunza PA, Repetto G, Pamplona MC, Calderon JF, Shaheen K, Chaiyasate K and Rontal M. **Current controversies in diagnosis and management of cleft palate and velopharyngeal insufficiency.** Biomed Res Int. 2015. DOI: 10.1155/2015/196240

Centro de Medicina Regenerativa

- Arango-Rodriguez ML, Ezquer F, Ezquer M, Conget P. **Could cancer and infection be adverse effects of mesenchymal stromal cell therapy?** World J Stem Cells. 2015; 7(2): 408-417.
- Ezquer F, Gutiérrez J, Ezquer M, Caglevic C, Salgado HC, Calligaris SD. **Mesenchymal stem cell therapy fordoxorubicin cardiomyopathy: hopes and fears.** Stem Cell Res Ther. 2015; 6:116.
- Contador D, Ezquer F, Espinosa M, Arango-Rodriguez M, Puebla C, Sobrevia L, Conget P. **Dexamethasone and rosiglitazone are sufficient and necessary for producing functional adipocytes from mesenchymal stem cells.** Exp Biol Med. 2015. DOI: 10.1177/1535370214566565
- Erranz B, Wilhelm J, Riquelme R, Cruces P. **Predisposición genética y síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico: nuevas herramientas de estudio genético.** Rev Chil Pediatr. 2015; 86(2):73-79.
- Ezquer F, Giraud-Billoud M, Carpio D, Cabezas F, Conget P, Ezquer M. **Proregenerative Microenvironment Triggered by Donor Mesenchymal Stem Cells Preserves Renal Function and Structure in Mice with Severe Diabetes Mellitus.** Biomed Res Int. 2015. DOI: 10.1155/2015/164703

Escuela de Enfermería

- Bernales M, Cabieses B, Obach A, Maturana A. **Investigación traslacional en salud: un camino para la investigación pragmática e interdisciplinaria.** Rev Médica Chile. 2015; 143:128-129.
- Cabieses B, Delgado I, Bernales M, Obach A. **The relationship between disability and migration status in Chile: preliminary analysis from repeated cross-sectional surveys.** Value Health. 2015; 18(3):A98.
- Mason-Jones A, Cabieses B. **Alcohol, binge drinking and associated mental health problems in young urban Chileans.** Plos One. 2015; 10(4).
- Uphoff E, Cabieses B, Wright J, Pickett K. **International prevalence rates of asthma and allergy are associated with income inequality.** J Allergy Clin Immunol. 2015. DOI: 10.1016/j.jaci.2015.01.037
- Vásquez A, Cabieses B, McIntyre AM, Aragay M. **Social and health vulnerability of international immigrants in Chile: preliminary findings from a spatial analysis using 2002-2012 census data.** Value Health. 2015; 18(3):A98.
- Zitko P, Cabieses B. **Is spatial segregation by income associated with self-reported disability in Chile? Exploratory analysis using a population-based survey.** Value Health. 2015; 18(3):A97.

Escuela de Kinesiología

- Castro-Avila AC, Merino-Osorio C, Henriquez-Rodriguez L, Leppe-Zamora J. **Therapeutic strategies performed by physiotherapists in three intensive care units (ICUS) in Santiago, Chile: Pilot study.** Physiotherapy. 2015; 101(Supp 1):eS26-eS426.
- Castro-Avila AC, Serón P, Fan E, Gaete M, Mickan S. **Effect of early rehabilitation during intensive care unit stay on functional status: Systematic review and meta-analysis.** PLoS One. 2015; 10(7).
- Celis-Morales C, Salas C, Alduhishy A, Sanzana R, Martinez MA, Leiva A, Diaz X, Martinez C, Alvarez C, Leppe J, Munro CA, Siervo M, Willis ND. **Socio-demographic patterns of physical activity and sedentary behaviour in Chile: results from the National Health Survey 2009-2010.** J Public Health. 2015. DOI: 10.1093/pubmed/fdv079
- Leppe J, Aguilar N, Mena MJ, Besomi M, Roa S. **Measuring physical activity and sedentary behaviors in pregnancy: A comparison of accelerometry and questionnaires.** Physiotherapy. 2015; 101(Supp 1):eS833-eS1237.
- Mena-Iturriaga MJ, Roa-Alcaino S, Besomi-Molina M, Leppe-Zamora J. **Lumbopelvic pain, urinary incontinence and quality of life in pregnant women in a low income and social risk Chilean population.** Physiotherapy. 2015; 101(Supp 1):eS833-eS1237.
- Roa S, Mena MJ, Besomi M, Leppe J. **Perception of musculoskeletal health and knowledge about physical activity among pregnant women with low income and low educational level.** Physiotherapy. 2015; 101(Supp 1):eS1238-eS1642.

Escuela de Odontología

- Rodríguez MP, Fontalba J, Molina C, González S. **OSCE as a design enabling test for admission to the dental clinic / OSCE un diseño de prueba de habilitación de admisión a la clínica dental.** Journal Science Education. 2015; 16(1):15-16.
- Velasquez D, Durán J, Aguirre F. **Comparison of direct and indirect techniques to develop customized indirect impression copings: A pilot study.** Int J Periodont Rest Dent. 2015; (4):525-531.

Escuela de Tecnología Médica

- Santa María L, Faundes V, Curotto B, Morales P, Morales K, Aliaga S, Pugin A, Alliende MA. **Comparison of two subtelomeric assays for the screening of chromosomal rearrangements: analysis of 383 patients, literature review and further recommendations.** J Appl Genetics. 2015. DOI: 10.1007/s13353-015-0295-4

Estudios Clínicos

- Arima H, Heeley E, Delcourt C, Hirakawa Y, Wang X, Woodward M, Robinson T, Stapf C, Parsons M, Lavados PM, Huang Y, Wang J, Chalmers J, Anderson CS, INTERACT2 Investigators, INTERACT2 Investigators. **Optimal achieved blood pressure in acute intracerebral hemorrhage INTERACT2.** Neurology. 2015; 84(5):464-71.
- Bonnín CM, Reinaresa M, Hidalgo-Mazzei D, Undurraga J, Mur M, Sáez C, Nieto E, Vázquez GH, Balanzá-Martínez V, Tabarés-Seisdedos R, Vieta E. **Predictors of functional outcome after a manic episode.** J Affect Disorders. 2015; 182:121-125.
- Chan E, Anderson CS, Wang X, Arima H, Saxena A, Moullaali TJ, Heeley E, Delcourt C, Wu G, Wang J, Chen G, Lavados PM, Stapf C, Robinson T, Chalmers J, Huang Y, INTERACT2 Investigators. **Significance of intraventricular hemorrhage in acute intracerebral hemorrhage intensive blood pressure reduction in acute cerebral hemorrhage trial results.** Stroke. 2015; 46:653-658.
- Demestre X, Schonhaut L, Morillas J, Martínez-Nadal S, Vila C, Raspall F, Sala P. **Riesgo de déficits en el desarrollo en los prematuros tardíos: evaluación a los 48 meses mediante el Ages & Stages Questionnaires®.** An Pediatr. 2015. DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.02.017
- Dietz HP, Zhang X, Shek KL, Guzman R. **How large does a rectocele have to be to cause symptoms? A 3D/4D ultrasound study.** Int Urogynecol J. 2015. DOI: 10.1007/s00192-015-2709-6
- Dube S, Errazuriz-Cruzat I, Basu A, Basu R. **The forgotten role of glucose effectiveness in the regulation of glucose tolerance.** Curr Diabetes Rep. 2015; 15(6):605.
- Fernández-Bussy S, Labarca G, Canals S, Caviedes I, Folch E, Majid A. **Diagnostic yield of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for mediastinal staging in lung cancer.** J Bras Pneumol. 2015; 41(3).

- Fernández-Bussy S, Labarca G, Canals S, Zagolin M, Oyonarte M, Isamit D, Jalilie A, Guerra C, Chernilo S. **Rendimiento diagnóstico de la broncoscopia con biopsia transbronquial en el estudio de lesiones sugerentes de cáncer pulmonar.** Rev Médica Chile. 2015; 143: 433-438.
- Fernandez-Bussy S, Mahajan B, Folch E, Caviedes I, Guerrero J, Majid A. **Tracheostomy tube placement early and late complications.** J Bronchol Intervent Pulmonol. 2015. In press.
- Fernández-Bussy S, Labarca G, Pires Y, Díaz JC, Caviedes I. **Dendriiform pulmonary ossification.** Respir Care. 2015; 60:4 e64-e67.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. **Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.** Lancet. 2015; 385(9963):117-71.
- González-Valderrama A, Mena C, Undurraga J, Gallardo C, Mondaca P. **Implementing psychosocial evidence-based practices in mental health: are we moving in the right direction?** Front Psychiatry. 2015. DOI: 10.3389/fpsy.2015.00051
- Guzmán R, Kamisan I, Shek KL, Dietz HP. **Anal sphincter trauma and anal in continence in urogynecological patients.** Ultrasound Obstet Gynecol. 2015. DOI: 10.1002/uog.14845
- Guzmán R, Quintero C, Shek KL, Dietz HP. **Does childbirth play a role in the etiology of rectocele?** Int Urogynecol J. 2015; 26:737-741.
- Hidalgo-Mazzei D, Mateu A, Reinares M, Undurraga J, Bonnín CM, Sánchez-Moreno J, Vieta E, Colom F. **Self-monitoring and psychoeducation in bipolar patients with a smart-phone application (SIMPLE) project: design, development and studies protocols.** BMC Psychiatry. 2015; 15:52.
- Hidalgo-Mazzei D, Undurraga J, Reinares M, Bonnín CM, Sáez C, Mur M, Nieto E, Vieta E. **Los costos y consumo de recursos sanitarios asociados a episodios maníacos en la práctica clínica diaria: el estudio MANACOR.** Revi Psiquiatr Salud Ment. 2015; 8(2):55-64.
- Huang Y, Sharma VK, Robinson T, Lindley RI, Chen X, Sung J, Lavados P, Olavarría V, et al. **Rationale, design, and progress of the enhanced control of hypertension and thrombolysis stroke study (ENCHANTED) trial: An international multicenter 2 × 2 quasi-factorial randomized controlled trial of low- vs. standard-dose rt-PA and early intensive vs. guideline-recommended blood pressure lowering in patients with acute ischaemic stroke eligible for thrombolysis treatment.** Int J Stroke. 2015; 10:778-788.
- Maass JC, Gu R, Basch ML, Waldhaus J, Lopez ME, Xia A, Oghalai JS, Heller S, Groves AK. **Changes in the regulation of the Notch signaling pathway are temporally correlated with regenerative failure in the mouse cochlea.** Front Cell Neurosci. 2015; 9(10).
- Mehta HJ, Begnaud A, Penley AM, Wynne J, Malhotra P, Fernandez-Bussy S, Cope J, Shuster JJ, Jantz MA. **Treatment of malignant airway obstruction with intratumoral injection of chemotherapy with cisplatin.** Annals ATS. 2015. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201503-1310C
- Muñoz Venturelli P, Olavarría V, González F, Brunser A, Lavados P, Arima H, Anderson CS. **Head position in the early phase of acute ischemic stroke: An international survey of current practice.** J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015; 24(7):1564-9.
- Muñoz-Venturelli P, Arima H, Lavados P, Brunser A, Peng B, Cui L, Song L, Billot L, Boaden E, Hackett ML, Heritier S, Jan S, Middleton S, Olavarría VV, Lim JY, Lindley RI, Heeley E, Robinson T, Pontes-Neto O, Natsagdorj L, Lin RT, Watkins C, Anderson CS, Head PoST Collaborative Investigators. **Head position in stroke trial (HeadPoST) - sitting-up vs lying-flat positioning of patients with acute stroke: study protocol for a cluster randomised controlled trial.** Trials. 2015; 16(1):256.

- Oppliger F, Ríos H, Manríquez L. **Migración y perforación de una banda gástrica en el intestino delgado.** Cir Espan. 2015. DOI: 10.1016/j.ciresp.2014.07.008
- Parra M, Oppliger F, Berríos R, Schiappacasse G. **Intrathoracic gossypiboma presenting 52 years later as a chest mass.** Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2015; 23(5) 596-598.
- Parra M, Gantz J, Ortega J, Berríos R, Schiappacasse G. **Absceso mediastínico con extensión espontánea a través de la pared torácica.** Rev Chil Cir. 2015; 67(2):191-194.
- Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Undurraga J, Mur M, Nieto E, Sáez C, Vieta E. **Making sense of DSM-5 mania with depressive features.** Aust NZ J Psychiat. 2015. 49(6):540-549.
- Riquelme R, Rioseco ML, Bastidas L, Trincado D, Riquelme M, Loyola H, Valdivieso F. **Hantavirus pulmonary syndrome, Southern Chile, 1995-2012.** Emerg Infect Dis. 2015; 21(4).
- Rosas R, Solar S, Durán L, Porte L, Noriega LM, Thompson L, Marcotti A, Pérez J, Weitzel T. **Infecciones respiratorias bacteriémicas por neisseria meningitidis serogrupo W.** Rev Chil Infectol. 2015; 32 (2):242-243.
- Schonhaut L. **Veinte observaciones de poliomielitis anterior aguda. Revista Chilena de Pediatría 1938.** Revi Chil Pediatr. 2015; 86(1):61-65.
- Schonhaut L, Armijo I, Pérez M. **Gestational age and developmental risk in moderately and late preterm and early term infants.** Pediatrics. 2015; 135(4).
- Tan L, Shek KL, Atan IK, Guzman R, Dietz HP. **The repeatability of sonographic measures of functional pelvic floor anatomy.** Int Urogynecol J. 2015. DOI: 10.1007/s00192-015-2759-9
- Thomas V, Shek KL, Guzmán Rojas R, Dietz HP. **Temporal latency between pelvic floor trauma and presentation for prolapse surgery: a retrospective observational study.** Int Urogynecol J. 2015. DOI: 10.1007/s00192-015-2677-x
- Valenti M, Pacchiarotti I, Undurraga J, Bonnín CM, Popovic D, Goikolea JM, Torrent C, Hidalgo-Mazzei D, Colom F, Vieta E. **Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder.** Bipolar Disord. 2015. DOI: 10.1111/bdi.12288
- Wang X, Arima H, Salman R, Woodward M, Heeley E, Stapf C, Lavados PM, Robinson T, Huang Y, Wang J, Delcourt C, Anderson CS for the INTERACT Investigators. **Rapid blood pressure lowering according to recovery at different time intervals after acute intracerebral hemorrhage: Pooled analysis of the INTERACT Studies.** Cerebrovasc Dis. 2015; 39:242-248.
- Wang X, Arima H, Salman R, Woodward M, Heeley E, Stapf C, Lavados PM, Robinson T, Huang Y, Wang J, Delcourt C, Anderson CS, for the INTERACT Investigators. **Clinical prediction algorithm (BRAIN) to determine risk of hematoma growth in acute intracerebral hemorrhage.** Stroke. 2015; 46(2):376-81.
- Weitzel T, Sugiyama H, Yamasaki H, Ramirez C, Rosas R, Mercado R. **Human infections with Pseudoterranova cattani, Chile.** Emerg Infect Dis. 2015. DOI: 10.3201/eid2110.141848.

Programa Hantavirus

- Vial PA, Valdivieso F, Calvo M, Rioseco ML, Riquelme R, Araneda A, Tomicic V, Graf J, Paredes L, Florenzano M, Bidart T, Ferres M, Cuiza A, Marco C, Hjelle B, Ye C, Hanfelt-Goade D, Vial C, Rivera JC, Delgado I, Mertz GJ. **A nonrandomized multicenter trial of human immune plasma for treatment of hantavirus cardiopulmonary syndrome by ANDV.** Antiviral Therapy, 20:377-86, 2015. doi: 10.3851/IMP2875. PMID: 25316807

Doctorado en Ciencias Médicas

“FORMANDO INVESTIGADORES PARA LA INNOVACIÓN EN CIENCIA”

Una iniciativa del PMI “De la ciencia a la innovación en salud” y el Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo.



Postulaciones hasta el 31 de octubre

Contacto: Juan Francisco Calderón, Ph.D.

Mail: juancalderon@udd.cl

Teléfono: (+56 2) 2327 9263

medicina.udd.cl/doctorado-ciencias-medicas

Felicitamos a Medicina

por sus **6** años

de acreditación





ACADEMIA



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo