

que dispone del hombre, porque ella, la técnica, no es otra cosa sino un modo –metafísico– como el ser mismo de todo lo que nos interpela hoy. La técnica no surge de los aparatos, ni de las máquinas, ni de la planificación, ni de las computadoras. Ni tampoco surge, como suele creerse, de la ciencia; como si la técnica no fuera más que una ciencia aplicada y, por lo tanto, algo que puede hacerse u omitirse. La verdad es precisamente al revés: el hombre hace ciencia y la aplica al hombre, inventa maquinarias, planifica y emplea las computadoras, porque está llamado a ello por un poder del cual él mismo no puede disponer” (5). También afirma Heidegger (6): “La decadencia espiritual de la Tierra ha ido tan lejos que los pueblos están amenazados de perder la última fuerza del espíritu, la que todavía permitiría ver y apreciar la decadencia como tal (pensada en relación con el destino del “ser”). Esta simple comprobación no tiene nada que ver con el pesimismo cultural, ni tampoco, como es obvio, con el optimismo. En efecto, el oscurecimiento del mundo, la huida de los dioses, la destrucción de la Tierra, la masificación del hombre, la sospecha insidiosa contra todo lo creador y libre, ha alcanzado en todo el planeta tales dimensiones, que categorías tan pueriles como las de pesimismo y optimismo se convirtieron, desde hace tiempo, en risibles”. También dice Heidegger (7): “Todo funciona. Esto es precisamente lo terrible, que todo funciona, y que el funcionar impele más y más a un más amplio funcionar y que la técnica arranca y desarraiga cada vez más al hombre de la Tierra... No necesitamos ninguna bomba atómica: El desarraigo del hombre ya está aquí. Ya sólo tenemos condiciones técnicas de la vida. La Tierra, en la que el hombre de hoy vive no es ya más una Tierra... La filosofía no podrá producir ninguna directa alteración del actual estado del mundo. Y esto no vale sólo para la filosofía, sino para toda reflexión y empeño meramente humanos. Tan sólo un Dios puede salvarnos”.

También Heidegger dice, ya antes de la Segunda Guerra Mundial: “Rusia y América, metafísicamente vistas, son la misma cosa: la misma furia desesperada de la técnica desencadenada y de la organización abstracta del hombre normal. Cuando el más apartado rincón del globo haya sido técnicamente conquistado y económicamente explotado; cuando un suceso cualquiera sea rápidamente accesible en un lugar cualquiera y en un tiempo cualquiera; cuando se puedan “experimentar”, simultáneamente, el atentado a un rey, en Francia, y un concierto sinfónico en Tokio; cuando el tiempo sólo sea rapidez, instantaneidad

y simultaneidad, mientras que lo temporal, entendido como acontecer histórico, haya desaparecido de la existencia de todos los pueblos; cuando el boxeador rija como el gran hombre de una nación; cuando en número de millones triunfen las masas reunidas en asambleas populares, entonces, justamente entonces, volverán a atravesar todo este aquelarre, como fantasmas, las preguntas: ¿Para qué?, ¿hacia dónde?, ¿y después qué?” (8).

Parecida visión se encuentra en la famosa “Carta del Jefe Seattle al Presidente Pierce” (9):

“La vista de vuestras ciudades hace doler los ojos al hombre de piel roja. Pero quizá sea así porque el hombre de piel roja es un salvaje y no comprende las cosas. No hay ningún lugar tranquilo en las ciudades del hombre blanco, ningún lugar donde pueda escucharse el desplegarse de las hojas en primavera o el rozar de las alas de un insecto. Pero quizá sea así porque soy un salvaje y no puedo comprender las cosas. El ruido de la ciudad parece insultar los oídos. ¿Y qué clase de vida es cuando el hombre no es capaz de escuchar el solitario grito de la garza o la discusión nocturna de las ranas alrededor de la laguna? Soy un hombre de piel roja y no lo comprendo. Los indios preferimos el suave sonido del viento que acaricia la cara del lago y el olor del mismo viento purificado por la lluvia del mediodía o perfumado por la fragancia de los pinos. El aire es algo precioso para el hombre de piel roja, porque todas las cosas comparten el mismo aliento: El animal, el árbol y el hombre. El hombre blanco parece no sentir el aire que respira. Al igual que un hombre muchos días agonizante, se ha vuelto insensible al hedor... He visto miles de búfalos pudriéndose sobre las praderas, abandonados allí por el hombre blanco que les disparó desde un tren en marcha. Soy un salvaje, y no entiendo cómo el humeante caballo de vapor puede ser más importante que el búfalo al que sólo matamos para poder vivir... Aun el hombre blanco, cuyo dios se pasea con él y conversa con él de amigo a amigo, no puede estar exento del destino común... Los hombres blancos también pasarán, tal vez antes que las demás tribus. Si contamináis vuestra cama, moriréis alguna noche sofocados por vuestros propios desperdicios... Tal destino es un misterio para nosotros, porque no comprendemos lo que será cuando los búfalos hayan sido exterminados, cuando los recónditos rincones de los bosques exhalen el olor a muchos hombres y cuando la vista hacia las verdes colinas esté cerrada por un enjambre de alambres parlantes. ¿Dónde está el espeso bosque? Desapareció. ¿Dónde está el águila? Desapareció. Así termina la vida y comienza el sobrevivir”.

De otra manera, pregunta también el poeta por el sentido de la vida que ha perdido su centro y su destino:

"Se llama y nadie responde
Se anda por seguir andando
Andar... andar...
¿Hacia dónde? ¿Y hasta cuándo?" (10).

La tecnología que todo lo invade, incluyendo nuestra práctica clínica de todos los días, ¿cambia la esencia de nuestra Medicina comparada con la clásica? ¿Se ha transformado la Medicina moderna en tecnología? ¿Qué es la Medicina? ¿Qué es la Medicina moderna? ¿Es la esencia de la Medicina moderna técnica, o científica, o meramente humana?

Desde mucho antes de poseer eficacia tecnológica, desde siempre, el médico ha sido necesario y apreciado. Su rol esencial, por lo tanto, no es necesariamente el dominio eficaz de la enfermedad. El rol esencial es otro. Recuerdo, por ejemplo, cuando una de mis hijas estaba enferma, cómo bastaba la llegada del pediatra a la casa para cambiar la atmósfera tensa y angustiada en otra de confianza. Antes que hubiera hecho nada propiamente técnico, antes incluso que hubiera visto a la pequeña enferma, el médico ya había asumido sobre sí la incertidumbre y el temor. Este ha sido desde siempre el rol esencial del médico: asumir sobre sí la incertidumbre de la enfermedad, hacerse cargo de la angustia frente a lo desconocido, frente al dolor, frente a la muerte.

Incluso hoy día, cuando la receta que el médico escribe se basa en conocimiento farmacológico cuantitativo, donde la dosis de droga se calcula en base a su farmacocinética, el médico la entrega de acuerdo al arte antiguo. Se inclina sobre la paciente, le entrega el papel mágico, y le dice mientras le palmea el hombro: "con este remedio se va a sentir muy bien, se va a mejorar".

Otra función extremadamente importante del médico en relación con el enfermo y su familia ha sido, desde siempre, el poder predecir el curso de la enfermedad. Aun sin ninguna posibilidad real de alterar su curso espontáneo, es función esencial del médico el poder predecir lo que va a pasar en el futuro, si el paciente se va a mejorar o no. El médico ha adquirido un poder trascendental: el estar frente al enfermo, y saber lo que éste no sabe aunque tiene para él la máxima importancia, si se va a morir o no. La vida y la muerte del enfermo pasan, de algún modo, a residir en el conocimiento y, por tanto, en la esfera de poder del médico. La Medicina tradicional tiene un rol esencial frente a la muerte, ya que además de

predecirla, corresponde al médico confortar al paciente y su familia ante el duro trance. La muerte era, por consiguiente, parte de la Medicina antigua. El médico actual, sin embargo, define la Medicina sólo en términos de prolongar la vida, y ha hecho abandono de su rol esencial frente a la muerte.

2. LA MEDICINA/TECNOLOGIA ENLOQUECIDA POR EL RECHAZO DE LA MUERTE

La muerte del paciente no se cuenta entre las alternativas que el médico puede considerar, aunque sea muchas veces la única alternativa humana y racional. ¿Por qué los médicos hemos excluido *a priori* la muerte como una de las alternativas aceptables? ¿Cómo entender los encarnamientos terapéuticos que tanto dan que hablar?

Los médicos tenemos, según los economistas, "pensamiento puntual". Por lo tanto, voy a mencionar un par de casos reales para activar los recuerdos que todos hemos ido acumulando sobre la aplicación desafortunada de terapias a personas que no pueden defenderse y para quienes morir habría sido en realidad mejor alternativa.

Una viejita cercana a los 90, semiciega, adolorida, muy religiosa, que esperaba impaciente morir y así lo hacía saber a sus parientes. Tuvo un gran infarto un día... y ¿qué creen ustedes? ¡A la Unidad Coronaria! Catéteres, tubos de todos los tipos, dopaminas y dobutaminas.

Otro viejito, esperando la muerte en una casa de reposo, con el cerebro ya malito, sin parientes. Un buen día, una bronconeumonía... y ¿qué creen ustedes? Se hospitaliza en la Unidad de Cuidado Intensivo. Tubo traqueal, respirador, Swan Ganz, antibióticos de esos que ya no tienen nombre sino número... Sobrevivió dos semanas, pero de todos modos se murió, dejando una deuda de tres millones de pesos...

Hoy día, el médico ha abjurado de su papel frente a la muerte. El médico sólo está para la vida. Cuando se muere un paciente, el médico sale de la pieza porque cree que ya no tiene nada más que hacer. Son las enfermeras quienes ayudan a la familia en el amargo trance. El médico no quiere tener nada que ver con el morir, ya que se siente insultado en su orgullo de tecnólogo. Si la vida es el fin único de la Medicina, la muerte representa la más esencial de las derrotas.

¿Qué es lo que nos pasa? ¿Hasta cuándo debemos tratar de extender la vida... y ¿qué es la vida? ¿Tiene que ver la vida humana con la per-

cepción de sí y del mundo, con el estar inserto en una red de afectos, en una cultura, poseer alguna utilidad, o es todo pura bioquímica? ¿Es la vida un fin en sí, o un regalo que hemos recibido para un fin más trascendente? ¿Es suficiente la vida individual, o es una parte de un enrejado más grande, la familia, la sociedad? Si incluimos como parte esencial de la definición de lo vivo la capacidad de reproducirse, entonces la familia, y no el individuo aislado, debería ser la unidad fundamental.

Por otro lado, no sólo somos nosotros los médicos los que no aceptamos la muerte como posibilidad (11). Toda la sociedad actúa como si la muerte no existiera. La muerte da vergüenza. La muerte es el tabú de nuestro tiempo. Se toman seguros de vida, que son en realidad seguros de muerte, ya que el seguro paga cuando el asegurado muere, no cuando está vivo. No se le entierra a uno en cementerios, sino en parques. Como si desde el cajón uno fuera a elevar volantines o a pololear bajo los árboles. Nadie se muere, sólo se fallece. Parecemos tontos; el paciente sabe que se va a morir y los médicos no nos atrevemos a reconocerlo. Y para que nadie se dé cuenta de lo que todos sabemos, que el paciente va a morir, se mantiene todo tipo de terapias fútiles. Y no vaya a haber una probabilidad, por baja que sea, de que algún tratamiento pudiera servir de algo, porque cualquiera sea el costo, cualquiera sea el sufrimiento, por absurdamente chica que sea la probabilidad de éxito, seguro que lo vamos a operar, o a transfundir, o a quimioterapizar, o a irradiar, o de cualquiera otra manera lo vamos a fastidiar.

¿Pero no es la muerte, en muchos casos, inevitable para nuestra pobre ciencia? Y si la muerte próxima es verdaderamente inevitable, ¿qué sentido tiene retardarla, hacer sufrir a los pacientes y a sus familiares, dilapidar la pobre herencia de la viuda y de los hijos, sólo para postergar el desenlace de tres semanas?

¿Y no es la muerte una parte necesaria de la vida? ¿No sabemos todos que nos tenemos que morir, todos nosotros, incluyendo aquellos a quienes queremos, incluso nuestros pacientes? Y en una Universidad católica, como la nuestra, ¿no debiera ser la muerte terrenal sólo un tránsito a la vida eterna? ¿Por qué este rechazo histórico, casi herético, a algo que debiera ser tan normal como el nacimiento y como la vida misma? ¿Estamos todos locos? Tal vez estamos todos locos. Escuchemos la historia del hombre loco, como la cuenta Nietzsche:

“¿No habéis oído hablar de aquel hombre loco que, encendiendo en pleno día una linterna, corrió

hasta la plaza y gritaba sin cesar: ¡Voy en busca de Dios!, ¡voy en busca de Dios! Como se encontrasen allí muchos que no creían en Dios, se produjo una gran hilaridad. ¿Es que se ha perdido?, dijo uno de los circunstantes. ¿Se ha extraviado como un niño?, exclamó otro. ¿Se habrá escondido? ¿Nos tendrá miedo? ¿O se habrá hecho a la mar? ¿Tal vez habrá emigrado?, clamaban todos, riendo a carcajadas. El hombre loco se precipitó en medio de ellos y los fulminó con su mirada: ¿Qué adónde ha ido Dios?, exclamó. ¡Os lo voy a decir! ¡Nosotros lo hemos muerto, vosotros y yo! ¡Todos somos asesinos! Pero ¿cómo llegamos a hacerlo? ¿Cómo pudimos bebernos el mar? ¿Quién nos dio la esponja para borrar el horizonte? ¿Qué fue lo que hicimos cuando desatamos nuestra tierra de su sol? ¿Hacia dónde se desplaza ahora? ¿Adónde nos movemos nosotros? ¿Cada vez más lejos de todos los soles? ¿No vamos cayendo de continuo? ¿Hacia atrás, hacia un lado, hacia adelante, hacia todas partes? ¿Hay todavía un arriba y un abajo? ¿No vamos a la deriva a través de una nada infinita? ¿No nos roza el soplo del vacío? ¿No hace ahora más frío que antes? ¿No cae constantemente la noche, cada vez más profunda? ¿No es preciso encender linternas en pleno día? ¿No oímos aún el ruido de los sepultureros que entierran a Dios? ¿No percibimos aún el hedor de la divina podredumbre? ¿Que también los dioses se descomponen? ¡Dios ha muerto! ¡Y muerto queda! Nosotros lo hemos muerto. ¿Cómo consolarnos, asesinos de asesinos? Lo más santo y poderoso que ha habido en el mundo se ha desangrado bajo nuestro cuchillo. ¿Quién nos limpiará de esta sangre?, ¿con qué agua nos habremos de purificar? ¿Qué fiestas propiciatorias, qué juegos sagrados tendremos que inventar? ¿No es la magnitud de este acto excesiva para nosotros? ¿No necesitamos volvernos dioses a fin de aparecer dignos de lo que hemos hecho? ¡Jamás ha habido acto tan grande! ¡Por él, toda la posteridad pertenece a una historia que supera toda la historia hasta ahora habida! El hombre loco guardó silencio, clavando una vez más la mirada en sus oyentes. Al fin arrojó al suelo su linterna, que se hizo pedazos y se apagó. “He llegado antes de tiempo”, dijo luego. “No suena aún mi hora. Este acontecimiento tremendo está todavía en camino; no ha llegado aún al oído de los hombres. El rayo y el trueno requieren tiempo, la luz de los astros requiere tiempo. Y los actos, aun después de realizados, necesitan tiempo; los actos tardan en ser vistos y oídos. Y este acto se encuentra más lejos de los hombres que las más lejanas estrellas; ¡y fueron los hombres, empero, quienes lo perpe-

traron! Dicen que ese mismo día el hombre loco entró en algunas iglesias y entonó en ellas su *requiem aeternam deo*. Y que cada vez que lo expulsaban y le pedían cuentas de lo que hacía, se limitaba a replicar. ¿Qué son estas iglesias todavía, sino tumbas y monumentos fúnebres de Dios?" (12).

La palabra de Nietzsche es estremecedora. Pero no puede el hombre, me dirán ustedes, matar a Dios. Somos demasiado chicos. Aunque nos tentase idea tan desafortada, tendríamos que ser más locos de lo que somos, para no darnos cuenta de que tamaña empresa es imposible.

La respuesta está en la palabra de Nietzsche, como la interpreta Heidegger: No es que hayamos matado a Dios. Esta sería una tarea inconcebible. Pero los dioses han huido del templo. Dios ha sido obliterado del mundo, ya que lo hemos sacado de la vida de todos los días, relegándolo al ámbito de "lo religioso". Nuestras decisiones cotidianas, qué carrera estudio, me caso o no, cuánto seguro de vida compro, son decisiones que tomamos en otro ámbito que lo religioso. No es *en contra* de Dios; sólo que no se le pregunta su opinión. La vida de todos los días se ha secularizado. No es que no se crea en Dios; es que se ha relegado a Dios y a la fe al ámbito limitado de lo sobrenatural, mientras que la vida moderna, la de todos los días, tiene lugar en el plano de lo racional, de lo material, de lo técnico. Y antes de enojarse conmigo, ¿le preguntan ustedes a Dios qué antibiótico se indica en un paciente grave? ¿O más bien le creen al New England?

La Edad Media no separaba la vida de todos los días de la vida religiosa; eran las dos lo mismo. Aún hoy día, en el Islam esta división entre religión y vida cotidiana no ha sido completada. El mundo moderno occidental se ha deshecho de lo maravilloso, para adorar a la razón: "*La Déesse Raison*". ¿Se acuerdan ustedes del "Gloria a Dios"? Era un hombre que saltaba en las calles del centro de Santiago, sin parar, interminablemente, gritando con un sonsonete monótono: ¡Gloria a Dios! ¡Gloria a Dios! Para nosotros el "Gloria a Dios" era simplemente un loco. Durante la Edad Media habría sido un hombre designado, un hombre tocado por el dedo de Dios. San Francisco de Asís estaría hoy bajo terapia antipsicótica.

La muerte de Dios ha dejado el cielo vacío. El hombre individual ha perdido *de facto* a Dios como su marco de referencia. El mundo se hace incomprendible sin su presencia ordenadora. El cosmos se revierte en caos. Es necesario, por ende, un nuevo paradigma. Si ya no es Dios, entonces tiene que ser alguien. Este alguien es, a partir del fin de la Edad Media, el individuo.

La importancia del individuo como marco de referencia, como ente que conoce al mundo y por tanto lo define en su ser mundo, no es invento moderno. Fueron los griegos. Los diálogos de Platón son precisamente la exploración del mundo, de la verdad, del amor y la belleza, a través de la exploración que los individuos hacen dentro de ellos mismos. La búsqueda se hace mirando hacia adentro, hacia lo que en cada persona está immanente, hacia la que reside *a priori* en el hombre.

Durante la Edad Media, sin embargo, el individuo perdió toda relevancia frente a Dios, que era el marco de referencia universal. Frente al poder de Dios, frente a su presencia infinitamente abarcadora, el individuo no era nada, una ilusión, un soplo. ¿Que es, en efecto, un individuo, comparado con la inmensidad de Dios? ¿Qué importa la vida en esta tierra, si no dura nada, al compararla con la vida eterna? Hay culturas que hasta hoy día mantienen un respeto bastante relativo por la vida individual. Entre los fundamentalistas islámicos, en India, en Africa, la muerte de miles de personas es un precio secundario, frente a problemas políticos, de seguridad del país, o de amenaza a la religión. Incluso en nuestro propio mundo occidental, antes de la Segunda Guerra Mundial, en Rusia y Alemania se eliminó a millones de individuos por "necesidades nacionales".

Es con Descartes que la vida individual vuelve a asumir el rol de marco de referencia universal. En efecto, Descartes intenta eliminar de su pensamiento todo lo accesorio, todo lo dudoso, para quedarse sólo con lo absolutamente seguro y cierto. Y en vez de quedarse con Dios, se queda con la conciencia que piensa y percibe que piensa, la *res cogitans*, la percepción que de su propio percibir posee el individuo. O sea, la percepción que el individuo tiene de sí mismo deviene en lo absoluto. El individuo adquiere, así, el valor de marco de referencia universal.

Schopenhauer es aún más explícito: "Por grande y poderoso que sea el mundo, afuera, toda su existencia pende de un hilito, a saber, la conciencia del que lo percibe". O sea, la existencia del mundo, el ser del universo, no es en sí, sino mediado por la conciencia perceptiva de un individuo, de mí. Si yo me muero, desaparece el mundo. Si toda la existencia del mundo depende de mí, obviamente mi vida individual adquiere una importancia trascendental. Sin mí se muere el mundo. Mantener mi vida individual, por lo tanto, merece cualquier costo. Mi vida individual vale infinito. Decía Nietzsche: "¡Dios ha muerto! ¡Y muerto queda! Nosotros lo hemos muerto. ¿No necesitamos volvernos dioses a fin de apa-

- *recer dignos de lo que hemos hecho?*". Es decir, hemos llenado nuestro cielo vacío con el hombre, con el individuo. Tarea excesiva por cierto para ser tan pequeño, *miserabilis homuncio*, tarea que somos incapaces de enfrentar, y que constituye, creo, la raíz esencial de nuestra alienación moderna. Tarea imposible, generadora de monstruosidades como sistemas políticos que en nombre del individuo lo destruyen y aniquilan. Tarea tan desafortunada para nuestras miserables fuerzas, que sólo puede generar impotencia, desorientación, la náusea.

Si el valor de la vida individual es infinito, resulta obvio por qué los médicos hacemos esfuerzos tan desproporcionados por prolongar una vida individual, aunque sea por unos pocos días. Se entiende así este automatismo ciego que nos lleva a aplicar terapias, sirvan o no de nada, ya que lo que está en juego es nada menos que el marco de referencia de todo el universo. Es evidente que no puede medirse en los gastos, ni siquiera pensar en cuánto cuesta un tratamiento, si lo que estamos tratando de salvar vale infinito. Se justifica por lo tanto gastar todos los recursos del país en un solo paciente. Desgraciadamente, no se puede formular un presupuesto de salud sobre esa base.

3. LOS COSTOS DE LA ATENCION MEDICA Y EL NUEVO SISTEMA DE SALUD

Siendo el valor de la vida individual infinito, no es extraño que los costos de mantener la vida hayan ido en permanente ascenso. Tanto es así, que todos los sistemas de salud del mundo están en profunda crisis de costos, cuando no completamente colapsados. El sistema de salud estatal chileno no es excepción, ya que se encuentra en crisis semipermanente, por la insatisfacción de los usuarios y de sus propios trabajadores. La inyección de recursos del Estado no ha solucionado los problemas, ya que más del 80% de aumento real del aporte presupuestario fiscal no ha mejorado mucho la situación. (Un paréntesis de tipo económico. El Estado no posee recursos propios para asignar. El Estado no produce dinero; sólo se lo saca a las personas para asignarlo según sus propias prioridades. Sólo las personas producen riqueza, el Estado tan sólo la gasta. El gasto fiscal responde, en teoría, a las prioridades y decisiones de toda la sociedad. En la práctica, el gasto fiscal... Mejor cierro este paréntesis económico.)

El costo de la Medicina tiende a infinito, porque tanto el valor de la vida individual, como la

demanda por atención médica, tienden a infinito. El gasto que cada sociedad efectúa en Medicina es una función lineal de la riqueza de cada país (entre paréntesis, el gasto en Medicina no debe confundirse con el presupuesto estatal de salud, que sólo es una fracción del gasto total; los gastos médicos en que incurren las personas son en Chile mayores que el presupuesto del Ministerio de Salud). Nos estamos acercando al punto en el cual el mayor gasto de la sociedad será la Medicina. Ya la industria de la salud figura entre las actividades económicas más importantes del mundo occidental.

La demanda por atención médica tiende a infinito. Esto se debe a muchos factores, entre los cuales debe mencionarse, junto al rechazo a la muerte, la intolerancia al dolor; cualquier molestia justifica un analgésico, cualquier angustia un diazepam. La definición de enfermedad es también cambiante; los dientes chuecos antes eran solamente dientes chuecos, hoy día son años de ortodoncia. El niño flojo antes era flojo, hoy día tiene un síndrome de déficit atencional y, por supuesto, debe ser tratado por especialistas. La definición de salud que crearon los genios de la OMS: "Salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar psicológico, físico y social" pone el límite de la demanda por salud en el infinito, ya que salud pasa a ser igual a la felicidad, o sea, el cielo.

La magnitud del gasto en salud es gigantesca, y creciente. Los Estados Unidos de Norteamérica gastan 940 mil millones de dólares al año en salud, 14% del producto geográfico bruto... y no están contentos. Su gasto médico crece tres o cuatro veces más que el producto, 12% al año... La industria de la salud da empleo en Estados Unidos a 10 millones de personas, y tan sólo un hospital, Cleveland Clinic, tiene un presupuesto anual de 1.000 millones de dólares.

Entre las numerosas causas que subyacen a este enorme crecimiento del gasto en salud, se pueden identificar algunas presiones de las cuales somos nosotros responsables (13):

-*El rol del médico como factor de aumento de costos.* Es quizás el más importante de todos, ya que el médico actúa, sin tener conciencia de ello, como asignador de recursos. Nuestro hospital es como una empresa con 300 gerentes generales, cada uno de los cuales dispone de poder para decidir los gastos que hay que hacer... sin que nadie pueda discutirle. Existe también, por supuesto, el interés personal de los doctores, que nos lleva a aumentar el número de actos médicos, y a elevar el precio de cada uno de ellos.

—Efecto “Congreso Nacional”. Se aplica en la venta de servicios por salud, lo que yo llamo el “efecto Congreso Nacional”. Si yo puedo, como legislador, fijar mi renta, no les quepa ninguna duda que ésta no va a ser muy baja, y que va a sufrir, además, aumentos muy frecuentes. Asimismo, el prestador de salud, persona o institución, tratará todo el tiempo de maximizar su ingreso, elevando los precios hasta donde el mercado lo permita. Este efecto ha estado en acción en Chile, no sólo en nuestro Congreso Nacional, sino también en clínicas y doctores, cuyas tarifas han subido 4 ó 5 veces más que el IPC.

—Las nuevas tecnologías de diagnóstico y terapia. Entre acelerador lineal, tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear, se van cinco o seis millones de dólares. Se estima que cerca de tres cuartas partes del aumento del gasto en salud de los Estados Unidos se ha debido a los mayores precios asociados a las nuevas tecnologías. El corazón artificial ha costado, sólo en Estados Unidos, varios cientos de millones de dólares, para “beneficiar” a un puñado de pacientes. La relación costo/beneficio del ECMO, o del trasplante hepático, dejan bastante que desear, y hay muchas otras intervenciones cuyo costo es tan subido que sólo pueden justificarse si consideramos el valor de la vida individual como infinito. Los médicos somos los primeros en presionar a las autoridades políticas o administrativas para que financien nuestros juguetitos, ya que de ellos proviene nuestro prestigio, parte importante de nuestro ingreso, y mucha de nuestra satisfacción profesional.

—La no aceptación de la muerte, que lleva a gastos de gran magnitud en pacientes con poca probabilidad de sobrevivir. Se ha afirmado que muchas de las operaciones realizadas en Estados Unidos habrían sido innecesarias. En relación al intensivo, en las últimas dos semanas de vida de un paciente puede gastarse más que todo lo gastado previamente en salud durante toda su vida.

—La influencia de los juicios de “mal practice” y de las revistas especializadas que reportan complicaciones inusuales se traduce a menudo en Medicina defensiva y orientada a los casos de excepción más que a los casos frecuentes, elevando los costos al usar exámenes, drogas y precauciones con baja relación beneficio-costos.

Existía en Chile una publicidad de la Casa Moya, que decía: ¡Aquí no paga usted... paga Moya! Uno de los factores más importantes del aumento de los costos médicos es el mecanismo “Paga Moya”, o sea el pago de servicios por parte de instituciones financieras. Si ni el paciente, ni el doctor, saben cuánto cuestan las

prestaciones, y no les significa desembolso alguno, se indican más exámenes y terapias que si el costo fuese asumido por el paciente, o compartido por su doctor.

¿Se puede diseñar un sistema que entregue Medicina de calidad razonable a costos manejables, compatibles con la limitación de recursos de Chile? (14). En rigor, no se puede. Si se incluye aunque sea una fracción de las posibilidades médicas y tecnológicas actuales, incluyendo técnicas como trasplante hepático o resonancia magnética nuclear, es imposible financiarlo. No lo puede financiar Estados Unidos, que gasta en Medicina 940 mil millones de dólares al año (el producto total de Chile es menos de 40 mil millones). No lo puede financiar nadie, a ningún precio, si no se pone freno a la demanda desatada y a los gastos sin medida. Todos los sistemas del mundo que trataron de dar salud gratuita están hoy en crisis o en liquidación.

La complejidad de los procedimientos y de los procesos que caracterizan a la moderna Medicina tecnológica, el aumento progresivo de la demanda y su insatisfacción creciente, la espiral ascendente de los costos, han hecho que el Estado sea incapaz de administrar el sistema. Se ha propuesto descentralizar los servicios estatales para aumentar la eficiencia de la gestión; sin embargo, cuesta imaginar que dentro del aparato del Estado sea posible un real incremento de eficiencia en la gestión. Para demostrar la validez de mi afirmación, propongo un “Gedanken Experiment”. Supongamos que podemos traer al gerente de la General Motors a administrar el Hospital Salvador (no muy fácil con 350.000 pesos al mes, pero supongamos). ¿Lo podrá administrar? ¿Podrá disponer de efectiva descentralización y autonomía? ¿Con el estatuto funcionario, presupuesto itemizado, y la cariñosa vigilancia de la Contraloría General de la República?

No se trata de despojar al Estado de su rol esencial en la fijación de políticas de salud ni en la elaboración de normativas, planes de prevención, o asignación de subsidios. No se trata tampoco de que el Estado abandone su responsabilidad para con los pobres, ni que deje de ejecutar acciones como las vacunas cuyas externalidades positivas benefician a toda la sociedad. Lo que sostengo es que el Estado debe abandonar la gestión directa de los hospitales y consultorios, cuya administración debiera pasar a empresas autónomas, propiedad del Estado o de privados, pero que se manejen de acuerdo a las reglas de mercado.

Por otro lado, la planificación y presupuestos centralizados son probadamente ineficaces en

problemas de tanta complejidad. Debiera cambiar la estructura del financiamiento, entregando el control de la demanda y la asignación de los recursos (dimensionar el gasto) a las personas. Conceptos como plan básico de salud, beneficios limitados, y copago, parecen en este contexto inevitables.

La racionalidad, propia de la tecnología, también nos puede ayudar en la organización del sistema de salud. Si la Medicina tecnológica se hace inmanejable en sus costos, si su misma eficacia aumenta la demanda a niveles que un sistema estatal no puede manejar... usemos entonces las técnicas de modelación, de análisis de sistemas y de administración. Tomando en cuenta la naturaleza humana, podremos crear un sistema que contenga incentivos correctos y evite incentivos perversos, para entregar atención razonable a un costo razonable. Ningún sistema va a poder entregar "salud integral", en la definición celestial de la OMS ("completo bienestar físico, psicológico y social"), pero sí dar atención médica suficiente en cantidad y calidad para cumplir nuestro deber solidario con los pobres.

4. ¿HACIA DONDE VA LA TECNOLOGIA EN LA MEDICINA?

1. *La computación.* La computación en Medicina es ya una realidad, pero probablemente sólo hemos empezado a ver su pleno desarrollo. Los computadores van a ser cada vez más transparentes para el usuario, ya que mientras más sofisticados y complejos, se hacen menos perceptibles. La interfaz se acerca más y más a la persona, y no serán necesarias pantallas ni teclados, bastará con la voz para dar órdenes, y la respuesta será tal vez también como voz, imágenes, o realidad virtual. Computadores más pequeños y poderosos significan cada vez más procesamiento, para el mismo tipo de información. La mejor interacción entre el computador y el lenguaje del médico permitirá a éste recibir sólo los datos finales que realmente interesan, o los gráficos más relevantes, siendo "transparentes" todos los cálculos intermedios. Desde el punto de vista médico, el resultado es más estabilidad, detección automática de errores, mayor grado de inteligencia en el equipo, que llega incluso a elegir estrategias. A partir de la misma información inicial se puede también obtener más información derivada; un ejemplo es nuestro proyecto de investigación que persigue obtener débito a partir de la onda de presión. En este trabajo, programas bastante complicados analizan

la onda de presión miles de veces para extraer información sobre otras variables fisiológicas incluyendo débito cardíaco. Las máquinas del futuro serán capaces de autodiagnóstico de fallas y su corrección, detección y eliminación de ruido, mensajes de alarma inteligentes, participación creciente de la máquina en el diagnóstico "operacional". Los exámenes de laboratorio se harán con frecuencia creciente al lado del paciente, con sistemas desechables, sin retardo, sin errores y a menor costo.

La información que cada uno de nosotros necesite va a estar ahí, al lado nuestro, en el formato que nosotros requerimos. La misma información podrá, además, estar en muchos otros lugares a la vez, contestando las preguntas de diferentes usuarios; la persecución de la ficha perdida o el examen de laboratorio extraviado serán, si Dios quiere, cosas del pasado. Muchas veces la computación sólo se nota porque los procesos no se trancan, las cosas no se acaban, las cuentas no se pierden. No pierdo la esperanza de ver algún día la tabla de operaciones hecha con el mismo software que efectúa la reserva de asiento en los aviones; nuestros pabellones, con sus tablas hechas a mano con siete copias; son el último gran consumidor de papel calco del país!

La computación ha revolucionado también las comunicaciones, haciendo posible la transmisión de imágenes y su disponibilidad simultánea en número ilimitado de copias. En el hospital Hammersmith el nuevo servicio de radiología no tiene placas fotográficas, sólo imágenes computacionales. El rol de la computación en la enseñanza de la Medicina, tanto en pregrado como en posgrado, se ha hecho cada vez mayor. En pregrado, usando texto y gráfica, posibilita incluso reemplazar en parte los cadáveres para aprender anatomía. La simulación de procesos bioquímicos, de receptores moleculares, de la circulación de la sangre mediante modelos cardiovasculares, hace más intuitivo el aprendizaje de bioquímica y fisiología. En posgrado, la simulación y el uso de realidad virtual sirven para la enseñanza de especialidades, ejercitando habilidades de difícil aprendizaje, tal como el simulador de vuelos para entrenar pilotos. Estos simuladores permiten enseñar anestesia o técnica quirúrgica, sin arriesgar pacientes en el proceso.

En investigación, la computación es indispensable. Cada vez más se usan modelos matemáticos como herramientas de comprensión de los procesos. Los teoremas se prueban mediante procesos iterativos o técnicas numéricas, que sólo los computadores pueden realizar. La biología de poblaciones usa con frecuencia modelos de or-

ganismos vivos a partir de fórmulas matemáticas. Sólo con computadores pueden manejarse las cantidades enormes de información involucradas en el código genético. Hacer a mano un "matching" de secuencias de bases es simplemente impensable. También sólo el computador podrá almacenar la gigantesca información existente sobre toxicidad e interacciones de drogas.

¿Veremos tal vez el fin de los "journals" de papel? ¿Serán tal vez sólo bases de datos, accesibles a través de la red desde el computador personal sobre cada escritor?

¿Llegaremos al diagnóstico por computadores algún día? La computación ha sido útil en el diagnóstico de sistemas acotados y bien caracterizados, como por ejemplo el análisis automático de electrocardiogramas. En el caso del diagnóstico propiamente clínico falta mucho más, ya que el médico procesa en muy corto tiempo información poco estructurada, que le permite converger casi de inmediato a los dos o tres diagnósticos más probables; eso no lo puede imitar un computador actual. Nuevas técnicas como procesamiento paralelo, inteligencia artificial, redes neuronales, sistemas expertos, lógica difusa, podrán tal vez simular la intuición diagnóstica del clínico en el futuro.

2. *La cercanía de lo tecnológico y de lo "vivo"*. Lo tecnológico, en la medida que avanza, se va haciendo más biológico. Por ejemplo, las nuevas máquinas fotográficas son de formas redondeadas (tienen forma de rana, o de pirigüín), se mueven solas, enfocan, toman decisiones. La suspensión delantera de un automóvil "Mercedes Benz" es igual a un hueso de animal, conformado para responder exactamente a las líneas de fuerza y al estrés. Las nuevas tecnologías son más parecidas a lo vivo en lo autónomo, en la capacidad de tomar decisiones, en la mayor adaptabilidad a las condiciones externas en base a más sensores, más procesamiento, y programación más compleja.

El progreso de la tecnología computacional la aproxima a lo que llamamos "vivo". Un ejemplo impresionante son las figuras hechas por computador, en que la representación gráfica de ecuaciones complejas resulta en verdaderos "seres" computacionales que crecen y cambian en la pantalla. Uno de los más espectaculares es el llamado "set de Mandelbrot", de extraña belleza, que al ser explorado con aumento creciente permite encontrar réplicas cada vez más pequeñas del mismo set, cada uno con toda su complejidad, *ad infinitum*. El *Juego de la Vida*, y otras simulaciones computacionales, representan en la pantalla el crecimiento y desaparición de indivi-

duos y de especies, simulando en pocos minutos dinámica de poblaciones que en la realidad se prolonga durante muchos siglos.

Esta cercanía de lo tecnológico y lo vivo, de lo matemático y de lo biológico, ha significado que vida y muerte han dejado de ser categorías operativas, inmediatamente comprensibles, obvias en sí. La comprensión a fondo del fenómeno biológico y químico nos ha llevado a la confusión: ¿Qué es un fragmento de DNA cristalizado? ¿Vida, química... o informática? Del mismo modo, la poderosa tecnología de nuestra Medicina moderna ha hecho difuso el momento del morir. La muerte es una transición, es un proceso, que podemos hacer durar días, semanas, hasta meses. Si estos locos norteamericanos que se hicieron congelar pueden ser descongelados en el futuro, entonces están vivos. Si no, entonces están muertos. O sea, desde nuestra perspectiva están simultáneamente vivos y muertos, ya que la proposición no nos es decidible; la respuesta reside en una tecnología del futuro, el que por definición no podemos conocer.

¿Qué lugar tienen entonces las ciencias? La clasificación de las ciencias, cada una propietaria de un territorio conceptual bien definido, se hace gelatinosa y vacilante cuando nos acercamos a lo submicroscópico. Un electrón, un cuántum, ¿es física, es química, es matemática aplicada, es estadística no lineal, o es filosofía? Para qué hablar de la física, que invade la metafísica y la religión en su investigar sobre el origen del universo. *"En un principio, era la nada. O casi nada, ya que todo el espacio medía sólo 10 a lo menos 27 cm, y el tiempo aún no era. En un momento, por razones que sólo podemos denominar misterio, se inició el "Big Bang", el tiempo empezó a correr y el espacio y la masa a expandirse a velocidades inimaginables..."*. Ustedes me van a perdonar, pero eso no es física. No es lo que yo aprendí como física, por lo menos. El Big Bang pertenece al Génesis, más que a la ciencia experimental. Tal vez ahora van a descubrir que para iniciar el Big Bang es necesario también que haya un "Big Boss", que dé el puntapié inicial en este partido de fútbol sideral.

3. ¿Cuál es ahora el gran avance que falta en Medicina? La biología de la mente, de la conciencia, de los afectos. Ya se han resuelto los "puzzles" del código genético y de la respuesta inmunológica; se entiende la biología molecular de casi todas las enfermedades e infecciones. El cáncer y los virus han sido identificados hasta el nivel de los átomos, y perfeccionar terapias es cuestión de tiempo. La gran tarea que enfrenta

ahora la investigación en Medicina es comprender cómo funciona la conciencia y la emoción, para poder intervenir eficazmente sobre los afectos.

En un kilo y medio de cerebro caben todos los mundos; ahí reside la conciencia y su relación operacional con la memoria y con los afectos. Francis Crick ha formulado recientemente (15) la hipótesis de que yo (así como cada uno de nosotros) no soy más que el producto del funcionamiento de este kilo y medio de neuronas. Douglas Hofstadter y Daniel Dennett (16) han postulado que la conciencia es un producto de alto nivel del funcionamiento de bajo nivel de las neuronas, o sea, un "software" corriendo sobre las neuronas que constituyen el "hardware" del sistema. Al ser un producto, la conciencia sucede algo después en el tiempo, o sea, está algo desfasada respecto a la actividad de las neuronas. Dennett (17) y Hofstadter (18) distinguen procesos conscientes, altamente estructurados y comparativamente lentos, de procesos "hard-wired", mucho más rápidos y de nivel propiamente neuronal, que son inconscientes o instintivos. Como ejemplo de procesos que residen en el "hardware", o sea la disposición congénita de los circuitos neuronales, puede mencionarse el agacharse frente a una piedra arrojada contra uno. Es tan automático, que incluso nos agachamos estando protegidos dentro de un vehículo, y lo hacemos "antes de darnos cuenta", sin poder evitarlo voluntariamente. Conductas complejas que parecen propositivas se encuentran "hard-wired" en insectos; una de las más impresionantes es la avispa sepulturera. Esta busca primero una madriguera vacía para depositar sus huevos. Sale luego a buscar una víctima, que es otro insecto, al cual inmoviliza con su veneno pero sin matarlo. Lo lleva después empujando hasta el borde de la madriguera, donde lo deja, mientras entra a asegurarse de que no haya entrado en el intertanto un invasor. Introduce luego al insecto paralizado y pone sobre éste sus huevos, para que les sirva de alimento cuando nazcan las larvas. Este ritual parece inteligente, hasta que se altera algún componente de la rutina, por ejemplo, alejar el insecto paralizado a algunos centímetros del borde de la madriguera. La avispa repite en ese caso el proceso entero, aproximando el insecto hasta el borde y luego vuelve a entrar a verificar que no haya un invasor. No importa cuántas veces se repita la maniobra, la avispa reinicia la rutina, de nuevo, de nuevo... La avispa posee la estupidez infinita de un programa de computación, que parece inteligente hasta que falla... y falla... y falla... ¿Cuánto tenemos "hard-wired" en noso-

tros? ¿Es por eso la tendencia que uno tiene, frente a ciertas situaciones, a errar... y errar... y errar? Me temo que es en mi "hard-wired" el reflejo de mirar apreciativamente a las chiquillas.

¿Es verdaderamente la conciencia la estructura de comando de nuestra relación con el mundo? La experiencia muestra que sólo cuando los procesos se hacen inconscientes se dominan verdaderamente, como lo sabe bien quien haya aprendido a tocar el piano, o a manejar un auto. La conciencia parece ser más bien un producto *a posteriori*, no una herramienta de supervivencia. Retiramos la mano del fuego antes, no después, de sentir el dolor de la quemadura. Refuerza este concepto la transparencia que para nosotros poseen muchos procesos mentales; un ejemplo lo da el tomar un lápiz y sentir mediante éste la textura de la mesa. No percibimos el contacto de los dedos con el lápiz; sólo percibimos, directamente, la textura de la superficie. Parece evidente la necesidad de procesamiento entre la aferencia sensorial y la percepción en la conciencia. Un ejemplo citado por Dennett es el de las dos lucécitas. Se presenta al observador una luz blanca al lado izquierdo, que luego se apaga; algunos milisegundos después se enciende una luz roja a la derecha. El sujeto, sin embargo, no percibe las dos luces inmóviles que existen en realidad, sino sólo una luz que se mueve de izquierda a derecha... ¡y que en la mitad del camino cambia de color! Esto demuestra que el procesamiento consciente camina atrás en el tiempo, ya que se ve el cambio de color aparentemente *antes* de que realmente ocurra. La conciencia, por lo tanto, no sucede en "tiempo real", sino en "tiempo diferido". Heidegger ha hecho presente que no se perciben *percepciones*, se perciben *cosas*: la puerta que se cierra, el viento entre los árboles. Diseñar las percepciones en componentes de frecuencia y otras variables físicas o químicas, que constituyen las aferencias sensoriales sobre las cuales se elabora la conciencia, es como diseccionar una poesía en su estructura gramatical de sujeto, verbo y predicado.

¿Es la conciencia una secreción química? Tal vez no sólo es un software de alto nivel, sino quizás en parte un algo de naturaleza química. La existencia y la inevitabilidad del sueño, o sea, la obligatoriedad de la periódica interrupción de la conciencia, sugieren que el sueño puede ser necesario para reponer sustratos agotados, o para remover catabolitos acumulados, por el proceso consciente.

Este es el futuro de la Medicina, la comprensión de los procesos mentales y la posible intervención terapéutica sobre las enfermedades de la emoción y del amor. Hoy que fracasa más de la

mitad de los matrimonios, que las enemistades envenenan la vida familiar, que las relaciones laborales son cargadas de envidia y de odiosidad, es urgente entender la química que subyace a estos problemas. Y, tal vez, descubrir una "bala mágica" para corregir estas alteraciones. Problemas como la timidez, las adicciones, la agresividad, el pánico, la homosexualidad, son todas probablemente alteraciones químicas. El rol de la ocitosina, recientemente descubierto como inductor de afecto y de necesidad de cercanía física con la pareja, es en este sentido una demostración verdaderamente impactante.

La existencia de correlatos químicos en los procesos mentales y en las emociones, en nada alteran, por supuesto, el valor trascendente de la persona y la primacía de su voluntad.

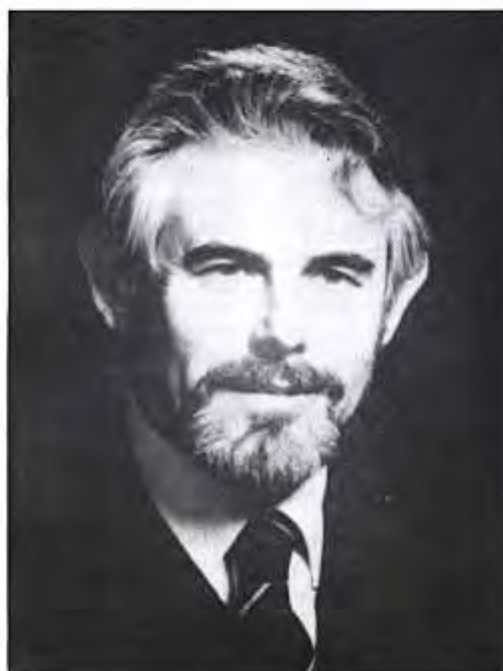
BIBLIOGRAFIA

1. HEIDEGGER, M. ¿Por qué permanecemos en la provincia? *Revista Universitaria* 15: 8-10, 1985.
2. URZUA, J. Medicina: ¿Ciencia, arte... o tecnología? *Revista Universitaria* 17: 18-23, 1986.
3. SILVA, S. La técnica moderna en la crisis cultural de nuestro tiempo. *Revista Universitaria* 14: 18-25, 1985.
4. *Ibid.*
5. HEIDEGGER, M. en: RIVERA, J.E. Dios en la filosofía contemporánea. *Revista Universitaria* 11: 68-75, 1984.
6. *Ibid.*
7. HEIDEGGER, M. *Introducción a la metafísica*. 2ª edición, Editorial Nova, Buenos Aires, 1957, p. 76.
8. HEIDEGGER, M. *Introducción a la metafísica*. 2ª edición, Editorial Nova, Buenos Aires, 1957, p. 75.
9. Carta del Jefe Seattle al Presidente de los Estados Unidos, Franklin Pierce, en respuesta a la oferta de compra de sus tierras. 1855.
10. NERUDA, P.
11. URZUA, J. Modern medicine and the rejection of death. *Anaesth Intents Care* 19(3): 400-403, 1991.
12. NIETZSCHE, F. *La gaya ciencia, Libro III*, citado en: RIVERA, J.E. Dios en la filosofía contemporánea. *Revista Universitaria* 11: 68-75, 1984.
13. URZUA, J. Cost Benefit Ratio, capítulo en: ALDRETE, J.A., Editor: *Cost of Anesthesia*, Mediglobe, Fribourg, 1991, pp. 11-17.
14. URZUA, J. Las prestaciones médicas. En: *Estrategias para el desarrollo de un modelo integrado de seguridad social*, Ciedess, Santiago, 1993, pp. 427-433.
15. CRICK, FRANCIS. *The Astonishing Hypothesis*, New York, Scribner's, 1994.
16. HOFSTADTER, DOUGLAS y DENNETT, DANIEL. *The Mind's I*. New York, Little Brown, 1991.
17. DENNETT, DANIEL. *Consciousness Explained*. New York, Little Brown, 1992.
18. HOFSTADTER, DOUGLAS. *Gödel, Escher, Bach: An Eternal Golden Braid*. Boston, Vintage, 1984.

Ciudad de Santiago, problemas y perspectivas de desarrollo

Prof. Patricio Gross Fuentes

Conferenciante



PRESENTACION DEL CONFERENCIANTE POR EL DR. RODOLFO WILD A.

Cuando el Comité Creativo de las Jornadas de las Termas del Corazón se reunió por primera vez, uno de los temas que afloró en forma bastante espontánea y que logró una rápida aprobación fue éste, el de nuestra ciudad. Muchos hemos nacido en ella, probablemente muchos hemos vivido en ella toda la vida y vamos a morir en ella. Nos ha preocupado en el sentido que pensamos que es una ciudad enfer-

ma y cuyo indicio de solución escapa un poco a nuestro quehacer, pero que evidentemente tiene que existir y por eso preferimos hablar de una ciudad enferma, pero no moribunda.

La segunda idea fue elegir al expositor, para lo cual propuse al señor Patricio Gross, y lo propuse a Patricio con mucho cariño porque con Patricio llevamos una amistad de más de 40 años, estudiamos juntos en el Liceo Alemán. Quiero subrayar un poco este hecho, porque si analizamos el currículo profesional de Patricio, sin duda es sobresaliente. Quiero destacar un poco respecto de nuestra infancia y primera ju-

ventud. Desde que ingresó al Liceo Alemán hasta que egresó fue siempre el primer alumno del curso. Ingresó al cuadro de honor del colegio el primer día y salió del cuadro de honor cuando terminamos el sexto año. Ese es un mérito indiscutible, que yo no sé si alguien lo habrá repetido antes o después. Unía a esta calidad de alumno excepcional también una calidad humana excepcional. Siempre nos ayudó a todos aquellos que evidentemente estábamos por debajo de él en el colegio. Y eso uno no se puede olvidar. Posteriormente estudió Arquitectura. Es

Profesor Titular de la Facultad de Arquitectura. Ha dedicado su vida al problema del urbanismo, al estudio histórico de nuestra ciudad, y en esto seguramente ha tenido influencia el hecho de que en su niñez fuera habitante del Santiago antiguo. En una época fue Vicerrector en nuestra Universidad, fue Director del Instituto de Estudios Urbanos, y actualmente es Secretario Académico.

Estamos frente a una persona que conoce el tema, que quiere el tema y que, sin duda, nos va a brindar una estupenda conferencia.

* * * * *

CONFERENCIA DEL PROF. PATRICIO GROSS FUENTES

En primer lugar, deseo agradecer las palabras de mi amigo, doctor Rodolfo Wild. Además a todos ustedes y a los organizadores por la posibilidad de estar en este encuentro de Académicos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en una iniciativa que me parece extraordinariamente digna de reproducirse en otras Facultades de nuestra Universidad.

Hablar de estos temas siempre me resulta grato, aunque se está frente a un enfermo complicado. Sin embargo, resulta difícil seleccionar del conjunto de temáticas que surgen alrededor de la interrogante sobre Santiago y sus posibles vías de soluciones, cuáles pueden ser las más relevantes. Como se sabe, la realidad urbana resulta extraordinariamente compleja.

La problemática de la ciudad ha ido tomando extraordinaria importancia en los últimos años, dejando de ser un tema sólo de especialistas, autoridades y académicos, para convertirse en una preocupación que afecta a todos. Simultáneamente, es preciso destacar que la población se ha vuelto mayoritariamente urbana: en América Latina, sobre el 60% de la población; en Chile, sobre el 85%, de manera tal que ya nadie se puede sustraer al destino y a las características de los asentamientos humanos.

Estas situaciones son aún más complejas en la medida que, en el caso de América Latina, no sólo hay una urbanización creciente, especialmente en las últimas décadas, sino que ésta va acompañada por un acelerado proceso de metropolización, que significa que la población se asienta fundamentalmente en unas pocas y grandes ciudades. Santiago es un ejemplo notable: el último censo nos demuestra que acapara más del 39% de la población total del país, superando los 5 millones de habitantes, frente a un

18% que tenía, por ejemplo, el año 1940. Progresivamente se puede ir analizando, a través de los distintos censos, cómo esta concentración de población fue cada vez más significativa. Proyecciones que me ha tocado realizar respecto a los próximos 20 ó 30 años, nos llevan a estimar que, de seguir la tendencia actual, Santiago podría concentrar el 50% de los habitantes del país hacia los años 2025 ó 2030. Sin duda, ello constituye un problema muy central, porque la concentración de población está asociada a las demandas que dicha población ejerce sobre la ciudad, *versus* una inversión urbana que es proporcionalmente cada vez más escasa.

También el tema es importante porque actualmente todos los hechos mundiales giran alrededor de la ciudad: la cultura se genera en la ciudad, aquella en que estamos inmersos y que se expande rápidamente. Es una cultura urbana; los valores que están en juego son valores que se gestan en la ciudad; la tecnología que empleamos se desarrolla en la ciudad; la industria aparece fuertemente asociada a la ciudad, de modo que el hecho urbano le confiere hoy día un sello al desarrollo, sea éste científico o tecnológico, cultural, social o económico.

Aunque no es fácil hacer un análisis de estos fenómenos en el contexto que he tratado de delimitar, vamos a intentar detectar, en el caso de Santiago, algunas de sus características fundamentales y algunas de sus posibles soluciones, identificando varias acciones concretas que, entre las múltiples alternativas que surgen, se podrían encarar.

En la primera parte vamos a presentar un conjunto de diapositivas referidas al desarrollo histórico de la ciudad. Si bien la pregunta está dirigida al Santiago de hoy, parece fundamental que el análisis del fenómeno urbano sea visto en un contexto histórico, que ordena el diagnóstico y enriquece el ámbito de las posibles soluciones

que podamos pensar. Así podremos entender el origen de muchos de los problemas que hoy día nos afectan y que tienen su causa en lo que Santiago fue desde sus comienzos y en su evolución a través de los siglos. Muchos de los problemas de Santiago no son nuevos, algunos se han solucionado, otros han disminuido en importancia; pero debido a su desarrollo económico y social, fuertemente concentrador y muy asociado a las características de su ubicación geográfica, percibimos que surgen situaciones originales, inéditas, con su carga de impactos negativos y posibles nuevas soluciones.

El mapa de Sudamérica muestra las principales ciudades del continente fundadas en el siglo XVI, Santiago del Nuevo Extremo entre ellas, siendo la primera que se levanta como resultado de la expedición de Pedro de Valdivia. Aparece como la cabeza de la conquista de todo el resto del territorio nacional, en búsqueda del único producto transable en ese momento, los minerales, principalmente el oro y la plata. El intento de Valdivia es básicamente sentar el dominio español en el sector que va desde Concepción a Osorno, coincidente con el territorio de la Araucanía, y usar Santiago como una ciudad de apoyo para toda la expansión. Todo el sistema de ciudades que se crea en la primera mitad del siglo XVI, Nueva Imperial, Los Confines de Angol, Villarrica, Valdivia, Tucapel, etc., son aquellas que viven de la explotación minera o la apoyan. Valdivia aspira a que la Imperial sea la capital de Chile, a orillas del río, cerca del mar. Allí quisiera vivir y se reserva una gran cantidad de solares.

La rebelión mapuche se manifestó desde un comienzo, pero fue el desastre de Curalaba, a fines del siglo XVI, el que, arrasando las fundaciones del sur, repliega toda la conquista española al valle central de Chile y se establece la famosa frontera que permanecerá hasta 1881, significando la mayor sangría del Imperio español en estas tierras, pues debió mantener una fuerza militar permanente en la región del Bío-Bío, un Flandes en América.

Para Santiago, la ruina del sur tuvo consecuencias inesperadas. Desde ese momento empieza a adquirir una importancia capital, dado que en el territorio conquistado es la ciudad más segura, además de contar con la mayor concentración de población.

Santiago se había asentado junto al río y al peñón del Huelén, próximo al San Cristóbal, una prolongación de la cordillera de los Andes. Su área urbana es un triángulo, con uno de sus vértices enfrentado al oriente, lo que im-

pide el crecimiento de la ciudad hacia ese sector, mientras hacia el norte, sur y poniente presenta flancos más claros que posibilitan su expansión.

Es interesante, y al mismo tiempo trágico, constatar que la fundación se realiza en los mejores terrenos agrícolas de la región, condición que había inducido el asentamiento de una importante población indígena, prontamente sometida, pues era necesaria para el cultivo y el servicio de los propios españoles. Ambas situaciones se repiten hasta hoy: la ciudad usa y necesita para su servicio mano de obra barata, como también invade, construye y transforma los sitios aledaños, sin una mayor preocupación por su calidad agrícola.

La primera representación gráfica de Santiago es la de Juan Pomá de Ayala, hecha en el Perú, que sin haberlo conocido lo presenta como una plaza fuerte, con un sitio despejado al centro, la Plaza de Armas, lugar de encuentros y ferias, de ajusticiamientos y fiestas, rodeada por los principales edificios. Pero sin duda que el modelo urbano de Santiago y base de su planificación es la cuadrícula, esquema clásico de la ciudad americana, formada por 5 manzanas por lado, que se dividen en 4 solares cada una, con límites perfectamente definidos. La manzana del centro se reserva para la Plaza Mayor, en cuyos bordes se construyen las edificaciones que mejor representan al poder español. Este es el modelo que se impone para toda ciudad americana; se constituye en un símbolo de la racionalidad europea. No es el momento de indagar sobre sus orígenes, ni de explicar su trascendencia, pero bástenos con afirmar que sin duda constituye una forma de asentamiento en el territorio extremadamente nítida y ordenada, con un sentido evidente de dominación sobre el contingente indígena.

Santiago se va expandiendo lentamente, al principio ni siquiera fue posible utilizar todas las manzanas fundacionales, a lo que se suman los ataques de los naturales y las destrucciones de los primeros años. Su desarrollo hacia fines del siglo XVI se contiene entre los dos brazos del río, el Mapocho actual y el cauce de la Alameda, y se limita por el peñón del Huelén. Básicamente su expansión se da hacia el poniente, en que su principal limitación era la cañada de García Cáceres, la actual avenida Brasil, la que detuvo por mucho tiempo el crecimiento en extensión de la ciudad.

Sin embargo, en el siglo XVIII, y de acuerdo a uno de los primeros "planos científicos" de la ciudad, hecho por el francés Frezier en 1712, se

muestra que Santiago ha rebasado sus anteriores límites hacia el sector de La Chimba como también hacia el norte y hacia el sur de La Cañada, la actual Alameda. Dicho plano, además, señala la forma cómo se van instalando las viviendas en el perímetro de las manzanas y destaca los principales edificios alrededor de la plaza. Otro aspecto muy interesante es observar cómo se sangraba, al decir de entonces, el río Mapocho por medio de un conjunto de acequias que, pasando por el interior de las manzanas, permitían regar los cultivos en los propios solares y llevarse los residuos.

Las condiciones higiénicas de Santiago dejaban mucho que desear. Hay muchos antecedentes que demuestran cómo la ciudad colonial no era esa ciudad idílica que muchas veces soñamos y a la cual nos adherimos con mucha nostalgia, sino que adolecía de innumerables problemas de distinta naturaleza. El Abate Molina, después de la expulsión de los jesuitas, hace dibujar en Bolonia un plano de la ciudad, pero, por lo mismo, más que un plano real es un plano cuya base es el recuerdo. Es relevante, porque ilustra, además de la forma de la ciudad, cómo su historia está íntimamente relacionada con la historia del Mapocho y sus tajamares, invirtiéndose fuertes cantidades de dinero y esfuerzo para defenderse de sus crecidas que amenazaban constantemente la ciudad. Muchas veces se habían inundado los sectores aledaños, especialmente hacia el lado de La Chimba o de la Cañada por donde bajaban las aguas desbordadas.

Durante el siglo dieciocho habría que destacar muchos de los progresos que significó la Ilustración, con la llegada de los reyes Borbones al trono español a principios de siglo. Se inicia un conjunto de obras públicas de mucha importancia, que dotaron a las ciudades americanas en general y a Santiago en particular de muchos edificios notables. Entre los religiosos, la Catedral, la iglesia de La Compañía, que se quemó a mediados del siglo XIX, la iglesia de Santo Domingo y la iglesia de La Merced. Como resultado de una inversión y preocupación edilicia sobre la ciudad, evoluciona la Plaza de Armas hacia modelos más europeos, con los edificios del Cabildo, la Casa de la Real Audiencia, la Casa de los Gobernadores, pero aún continúa empedrada, despejada, sin jardines. Se levanta el magnífico puente de Calicanto, que conecta el barrio de La Chimba con el centro. La Alameda se consolida como paseo público, al que luego vendrá a sumarse, a finales del XVIII, otro hermoso paseo recién

construido sobre los Tajamares del Mapocho. En todo Santiago hay una creciente urbanidad junto a una mayor imitación de las costumbres europeas.

El primer arquitecto que interviene en la ciudad de Santiago es Joaquín Toesca, quien llega en 1870 a la capital para construir la Catedral, la Casa de Moneda y el Cabildo de Santiago. También a él se debe el hermoso Hospital San Juan de Dios, que desgraciadamente se demuele hacia 1940-45, permaneciendo todavía desocupados sus terrenos en la esquina de Santa Rosa con Alameda.

Otra obra de envergadura es el canal San Carlos, llamado así en homenaje a Carlos III, rey de España, y que permite incorporar una extensa área a la producción, consolidando la tradición agrícola de los sectores aledaños. En general aprovecha los canales construidos en tiempo de la colonización incaica, anterior a la llegada de los españoles, y que permitió el riego de tierras de excelente calidad, primera y segunda de riego, las que significan aproximadamente 100 mil hectáreas en el valle de Santiago. Sin embargo, como ya se dijo, la expansión de la ciudad, que desde su origen se implanta en un área de excelentes condiciones de suelo, siempre amenaza la existencia de terrenos de alto valor agropecuario.

Del Plano de Herbage de 1864, se pueden inferir una serie de aspectos claves sobre la ciudad de Santiago; desde sus nuevos barrios y su crecimiento físico, hasta su realidad social, la que por primera vez se muestra en un documento de este tipo. En él se aprecia una gran expansión de la ciudad hacia el norte y sur de la Alameda, así como la creación del Campo de Marte y el barrio Yungay con la Quinta Normal, la que ya existía desde varios años antes. Aparecen varios edificios públicos mostrando una ciudad consolidada que ha ido creciendo ordenadamente según la cuadrícula original.

Pero es interesante recapitular cómo dicho plano muestra también los arrabales de la ciudad, con su periferia miserable, ignorada por todos los levantamientos anteriores. Santiago, desde sus orígenes, es una ciudad profundamente segregada, característica que se mantiene hasta el día de hoy. Generando, a partir de la Colonización, áreas sucesivas conforme a los niveles socioeconómicos de la población: en torno a la Plaza de Armas o símbolo del poder colonial, tienen su residencia los principales conquistadores; luego vienen los de menos rango, más alejados los artesanos y, finalmente, a considerable distancia, los mestizos, los esclavos, los indios,

hacinados en una periferia atroz. Esa es la condición de la ciudad, donde no se da una integración, excepto para los indígenas y esclavos negros que servían como domésticos en las viviendas. Al no haberse nunca dibujado antes esta periferia, se nos induce equivocadamente a mirar con mucha nostalgia aquella ciudad que aparece tan hermosamente trazada, tan ordenada, tan rica, casi perfecta, pero que nos esconde sus graves carencias y desequilibrios. Los rancharíos, donde vivía parte importante de su población y que constituían sectores muy degradados, son descritos en forma magistral y lapidaria por Vicuña Mackenna al llamarlos "potreros de la muerte", lugares de vicio y corrupción, donde no podía entrar nadie que no fuera habitante del lugar.

La ciudad mantiene por muchos años las características coloniales, pero ya hacia 1870, con la llegada del Intendente Vicuña Mackenna, empieza una gran transformación. La Plaza de Armas se ordena y deja de ser lugar de mercado; por primera vez se plantan árboles y jardines; rodeada por el Cabildo ya transformado y la Real Audiencia que se ha mantenido inalterable, pasa a ser un lugar de encuentros y paseo bastante exclusivo para la clase alta. El Parque Cousiño es creado en 1870, gracias a la donación de sus árboles hecha por Luis Cousiño e incorporando la explanada del Campo de Marte, lo que para su benefactor generó una muy buen negocio, pues permitió que se valorizaran los terrenos que poseía entre el Parque y la Alameda. En ellos se abrieron después las calles Dieciocho y Ejército, una de las exitosas gestiones inmobiliarias que conoce este país.

Algo parecido había ocurrido con el barrio Yungay, en 1837, cuando la familia Portales, que era propietaria de una amplia franja entre Brasil y Matucana, hace todos los esfuerzos por que se habilite la Quinta Normal, lo cual obliga al Estado a realizar la vialidad y proveer los servicios. Sólo después de que el sector fuera dotado de una costosa infraestructura, la familia realiza el loteo respectivo.

Entre 1872 y 1875 Vicuña Mackenna, a la cabeza de la Intendencia, hace importantes transformaciones de acuerdo a un modelo totalmente europeo, neogótico y romántico, pero sin duda una labor magistral que va cambiando el rostro de la ciudad y que marca un hito en el desarrollo de Santiago. Algunas de sus obras son el Camino de Cintura, que viene a ser hoy la Avenida Vicuña Mackenna, Avenida Matta, Blanco y Exposición; los trabajos en los Tajamares; la remodelación del Cerro Santa Lu-

cía, el Campo de Marte; la construcción en la Quinta Normal del Palacio para la Exposición Universal de Santiago, actual Museo de Historia Natural; la Avenida La Paz y el acceso al Cementerio General, parques y lugares de mucho agrado en la ciudad, reservados principalmente a ciertos sectores sociales. Su trabajo, como lo recalca él mismo en sus escritos, es una manera de poner contención y separar "la ciudad oficial y cristiana", donde habita la sociedad santiaguina, de la ciudad bárbara y de aquellos potreros de la muerte situados en los arrabales. Solamente se controla el área urbana, se clarifican sus límites y no existe responsabilidad por lo que pasa más allá de ellos. Nuevamente percibimos aquí la manifestación de fenómenos de segregación. Problema acuciante hoy como ayer y que acompañará a la ciudad de Santiago en toda su historia.

Otro tópico interesante es lo que sucede con la vivienda. Santiago se moderniza, se europeíza, llegan los arquitectos franceses, imponiéndose los modelos extranjeros cargados de un fuerte sentido de imitación; pero la casa, en su estructura planimétrica, es la misma casa colonial de 3 patios que experimenta una serie de transformaciones. En una primera fase se construye en mayor altura el cuerpo que da a la calle, cubriendo luego el primer patio con una estructura metálica vidriada pero manteniendo el mismo esquema de la casa colonial. Tal es el caso, entre otros, del Palacio Edwards, hoy día la Academia Diplomática.

Junto al esquema anterior se construyen locuras como el Palacio Concha Cazote, en lo que ahora es el barrio Concha y Toro, y el Teatro Carrera, donde en una manzana completa se crea un parque y una mansión que es una mezcla de arquitectura morisca, musulmana, árabe y persa de dudoso gusto, realizada por el alemán Teodoro Burchard y donde reina el eclecticismo, dando pie a la crítica de los extranjeros hacia nuestro desarrollo cultural por carecer de una identidad, de una arquitectura propia, o al menos de la búsqueda de una expresión que nos identifique. También tenemos la Quinta Meiggs, en el costado sur de la Alameda, pasado la avenida Brasil, una casa que giraba de acuerdo al sol, reflejo de las excentricidades y de la gran riqueza producida por las minas de la época y la explotación salitrera.

Hacia comienzos del siglo XX hay varios intentos de mucho interés por imitar el modelo del París de Hausmann. El plano de 1912, de la Asociación Central de Arquitectos, proponía la creación de un conjunto de diagonales, a partir

de la constatación de que la ciudad se empezaba a ahogar, producto de la congestión y su mal funcionamiento, lo que hacía indispensable prever un desarrollo distinto, pero asociado a una estética urbana acorde con el modelo de París. Las diagonales conectarían la entrada del Parque Cousiño con la Plaza de la Constitución, prolongándose luego hasta el Mercado Central; la Plaza Brasil se uniría con la Estación Mapocho y así sucesivamente, contándose además con un anillo de circunvalación. Hay en la época muchos planos similares al descrito, ejemplo de la imagen que se tiene de la ciudad y de cómo se intentaba transformar Santiago. Si se lo compara con ciertas ciudades europeas, se aprecia claramente una influencia directa. A partir del diagnóstico de que la ciudad sufre graves problemas, éstos se esperan solucionar fundamentalmente con un arreglo de la vialidad, un mejoramiento de las construcciones, ofreciendo posibilidades para que se lleven a cabo gestiones inmobiliarias de relevancia. Ya antes Vicuña Mackenna había propuesto aprovechar el impulso de los propietarios para mejorar la edificación urbana.

Hay un verdadero paroxismo de propuestas por transformar radicalmente Santiago, pero ninguna de ellas llega a aprobarse; es la época de Ismael Valdés Vergara, y otros intendentes progresistas, pero en la que los proyectos debían contar con la aprobación de la Cámara de Diputados y del Senado, creándose una serie de Comisiones que, desde 1884 hasta 1925, discuten dichas propuestas sin aprobar ninguna.

Santiago sufre en los primeros años del siglo problemas muy graves de higiene pública. Junto a los grandes palacios que se levantan desde 1870 adelante, y unido al elegante estilo francés de vida que se había impuesto, la ciudad sigue viviendo con las acequias de la época colonial a la vista, y a la hora de ir al baño, había que ir a una caseta en el fondo del sitio donde pasaba la antigua acequia. Recién en 1905 se inicia el alcantarillado de Santiago, una de las capitales americanas que más tardíamente lo llevan a cabo y el que solamente alcanza a servir 12.000 viviendas hacia 1908. Las condiciones higiénicas eran terribles, de acuerdo a las descripciones que hacen los médicos higienistas, como el doctor Puga Borne, así como las denuncias de los diarios y revistas, especialmente respecto a la dramática situación que viven los sectores más pobres.

La celebración del Centenario en 1910 fue un momento en que la ciudad se renovó extraordinariamente. A partir como siempre de mode-

los europeos, se desarrollaron paseos públicos como la Plaza de Armas, la Alameda o el Parque Forestal, la mayoría de ellos reservados sólo a ciertos sectores, excepto el día de Año Nuevo, donde el mundo social y el pueblo se confundían, volviendo al otro día a su estado de segregación anterior. Era un muy duro contraste entre la rica mansión, ubicada en el centro, como otrora los edificios de los conquistadores importantes, que gozaba de todos los beneficios de la ciudad, con los rancheríos levantados en los arrabales que rodeaban téticamente la ciudad o con las chozas de quienes vivían alrededor de los basurales.

La basura se tiraba solamente a orillas del río, entre Manuel Rodríguez y lo que vendría a ser hoy día la Avenida Brasil. Allí pululaba una cantidad enorme de personas que vivían de los desperdicios, ya fuera para alimentarse o comercializarlos. Este marcadísimo contraste social puede apreciarse en documentos fotográficos de 1920, como en planos de los conventillos que rodeaban el centro histórico entre 1900 y 1950. Sobre éstos hay situaciones descritas con extremada vehemencia, testimonios que tratan de revertir esta realidad. El conventillo era un sitio largo, con una acequia al medio y cada familia vivía en un cuarto.

De entre los países que realizaban encuestas, en Chile la mortalidad infantil se acusa hacia 1910 y 1920 como una de las más altas del mundo. Se produjo un esfuerzo, tanto por instituciones públicas como fundamentalmente por instituciones privadas de beneficencia, para crear poblaciones obreras, como se les llamaba en esa época. Sin embargo, el resultado es insignificante si se le compara con los déficit estimados, demostrando la insuficiencia de las medidas adoptadas. Una forma interesante de solucionar los problemas de los sectores medios bajos, eran los "cités" y pasajes, con una solución urbana y de los cuales todavía restan hermosos ejemplos.

Hacia 1930, la emigración campo-ciudad empieza a adquirir un ritmo acelerado, asociado a un cada vez más intenso proceso de industrialización urbana. La ciudad adquiere una nueva fisonomía con los primeros "rascacielos", como el edificio Ariztía en la calle Nueva York con sus flamantes ascensores, el Club de la Unión, nuevos barrios, como el de las calles París y Londres a partir de un loteo que hace la Orden Franciscana en los terrenos que poseía en el surponiente del convento.

Otro interesante fenómeno de la época es la transformación de la Plaza Italia, que trae con-

secuencias muy importantes para el desarrollo de la ciudad. Como señalaba al inicio de esta presentación, el cerro Santa Lucía era un límite de la ciudad, el vértice del triángulo conformado por el centro histórico de Santiago, el que se relaciona fluidamente con el resto de la ciudad por sus costados norte, sur y poniente, en la medida que presenta hacia esos puntos cardinales un gran frente. Sin embargo, el vértice de la Plaza Italia era un punto de contención del desarrollo de la ciudad, el que sólo empieza a sobrepasarse alrededor de los años 20 de este siglo. Vicuña Mackenna es quien diseña inicialmente esta plaza, llamada Plaza La Serena, para pasar a denominarse en 1892 Plaza Colón a propósito de los 400 años del descubrimiento de América. Cuando en 1910 se llevan a cabo las fiestas del Centenario, la colonia italiana residente regala a la ciudad un monumento, que al ser instalado en la plaza le da el nuevo nombre de Plaza Italia. En 1930 se realiza el gran proyecto de transformación, desplazándose el monumento de los italianos a un costado y levantándose en el centro el del General Baquedano. Luego se construirán en el costado sur de la Plaza los edificios Turri.

La Plaza Baquedano viene a significar la apertura definitiva de Santiago hacia el nororiente, a través de nuestra actual Providencia, que acogía en esos años instalaciones industriales asociadas al río, a los molinos, a fábricas generadoras de subproductos contaminantes. El desarrollo residencial del área oriente está vinculado a la búsqueda de una nueva forma de vida, la ciudad jardín, con sus casas unifamiliares aisladas, siendo los primeros en trasladarse los grupos de origen extranjero que emigran del centro de Santiago buscando mejores condiciones ambientales.

Paralelamente, y si observamos el casco antiguo de la ciudad, como la calle Estado, por ejemplo, se explican los reclamos de la época sobre la congestión vehicular y la contaminación, estimándose que la ciudad no era capaz de resistir si no se adoptaban urgentes medidas.

Los edificios de hormigón armado, como los Almacenes París, en la esquina de Alameda con San Antonio, reemplazan las construcciones coloniales de adobe.

Hacia fines de 1920 llega a Chile un urbanista de gran importancia, Karl Brunner, contratado por el gobierno chileno para hacer el primer plan de ordenamiento de Santiago. Un plan bastante conservador comparado con las propuestas anteriores, pero que constituye la incorporación de lo que se dio en llamar "el urbanis-

mo científico" al utilizar técnicas de análisis y mediciones objetivables que respaldan los proyectos. Brunner propone algunas diagonales, como la Diagonal Cervantes y la Diagonal Paraguay, la apertura de la Avenida Bulnes, diferentes usos del suelo y zonificación, soluciones para la vivienda obrera, etc. De estos estudios surge el Barrio Cívico, para lo cual se promulga, hacia 1945, una ley especial de expropiación. Otro interesante aporte de Brunner es la utilización de los centros de las manzanas en los barrios antiguos de trazado en cuadrícula; aunque mantiene la manzana tradicional, propone aprovechar las áreas desocupadas del interior de las mismas.

Una situación digna de destacarse en el centro de Santiago, y que caracteriza la ciudad de entre las de América Latina, es su sistema de pasajes que cruzan las manzanas, constituyendo una red de desplazamientos peatonales que abre nuevas perspectivas a la utilización de la cuadrícula.

Un hito muy importante en la evolución urbanística de Santiago es la promulgación del Plan Regulador Intercomunal del año 1960, el que constituye el primer proyecto global, dado que el plan de Brunner está referido sólo a la comuna de Santiago. Llevado a cabo por el Ministerio de Obras Públicas, el Plan propone los primeros trazados del Metro, la Avenida Circunvalación Américo Vespucio, la creación de subcentros, la limitación de las áreas industriales y el congelamiento de otras, nuevos sectores de expansión industrial, sistemas de áreas verdes, etc... Sin embargo, adolece de varios problemas, como el ser solamente una visión física de la ciudad, sin incorporar elementos de gestión, tales como recursos económicos, nuevas normativas, una institucionalidad metropolitana ad hoc, etc.

Este mismo Plan rige hasta el día de hoy y recién ahora se está estudiando una nueva propuesta que está en discusión por las municipalidades y el Consejo Regional, que es el ente encargado de su aprobación.

Hay otra propuesta muy interesante en los años 1967-1968, la que nunca se llega a aprobar, realizada por la Corporación de Mejoramiento Urbano (CORMU). A través de un sistema regional pretende conectar en forma muy expedita la ciudad con el frente portuario, limitando al mismo tiempo el crecimiento de la ciudad en lo que sería aproximadamente la Avenida General Velásquez. En esos años, ello era relativamente posible, dejando una continuidad verde del valle hacia el norte y haciendo crecer

la ciudad fundamentalmente en el pie de monte del oriente y del poniente, saltándose hacia los sectores de Lo Aguirre, todo ello con la finalidad de defender el uso del suelo agrícola.

El valle de Santiago tiene 100 mil hectáreas de riego de primera y segunda calidad, y la ciudad ocupa hoy día aproximadamente 50 mil hectáreas. En términos globales, podríamos decir que ya sólo queda la mitad, pero esa mitad tampoco se explota agrícolamente en forma intensiva. Asimismo, la propuesta de la Corporación intentaba desplazar el centro de Santiago al final de la Avenida Bulnes, creando dos grandes vías de conexión hacia el oriente y hacia la costa, solucionando el clásico problema, ya mencionado, del centro encerrado en un triángulo con malas conexiones al oriente. También ese proyecto proponía rescatar las manzanas tradicionales del damero antiguo, en el sentido de construir primero una torre en el medio de la manzana, por ser el área más desocupada, para llevar allí a los habitantes y luego remodelar el borde exterior.

Si vemos una imagen del crecimiento sucesivo de Santiago, es posible observar cómo en ciertas épocas la ciudad se ha ido "comiendo" en algunos de los últimos años cerca de mil hectáreas anuales de terreno agrícola de excelente calidad.

Algunos momentos posteriores especialmente significativos para el desarrollo urbano de Santiago están asociados con la dictación del Decreto Supremo N° 420 del año 1979. Justo hasta antes de esa fecha, el Ministro de la Vivienda y Urbanismo, que era un ingeniero agrónomo, declaraba que Santiago no crecería ni una hectárea más. El año 1979, sin embargo, cambia el equipo técnico del Ministerio y se comienza a aplicar la nueva Política Nacional de Desarrollo Urbano, la que declara que "el suelo *no* es un recurso escaso" y, por lo tanto, puede ser usado discrecionalmente, extendiéndose la ciudad prácticamente sin ninguna limitación. Ello significó sobrepasar los límites que la ciudad tenía, agregándosele cerca de 60.000 nuevas hectáreas a las ya ocupadas. Se inicia así un enorme proceso especulativo, con una fuerte expansión en muchos sectores, exclusivamente basada en un mecanismo irrestricto de mercado y excluyendo cualquier intervención de planificación, la que es considerada como un resabio estatista, dirigido, rígido, lo cual no deja de ser efectivo en algunos aspectos, sobre todo pensando en la situación producida a principios de los años 70. Sin embargo, en el caso del Decreto N° 420 se pasa al otro extremo, eliminándose

en la práctica el control del crecimiento físico de Santiago y produciéndose una evidente desincentivación de los proyectos de renovación y remodelación al interior de la ciudad.

Se deja en manos de particulares la obligación de ampliar las redes de infraestructura, vialidad, etc., lo que en la práctica no se cumple, teniendo el Estado que intervenir con fuertes inversiones en áreas que no necesariamente corresponden a sus prioridades de desarrollo urbano.

Asimismo, al dejar sujeto sólo al libre juego del mercado el uso del suelo, la segregación socioespacial de la ciudad tiende a hacerse aún más extrema. Entre los casos más dramáticos de esa época está la Comuna de La Pintana, que justamente remarca este proceso de separación espacial violento de la ciudad en sectores de distintos ingresos. En América Latina, Santiago llega a ser una situación extrema al mostrar, a lo largo de su proceso histórico, cómo claramente se van asentando en el área oriente los sectores de más altos ingresos, asociados a los mejores niveles de calidad de vida, deteriorándose sucesivamente hacia las zonas periféricas del norte, poniente y sur de la ciudad. La única comuna que distorsiona el mapa es Conchalí, el que aparece contiguo a Vitacura, dado que hasta antes de la apertura de Américo Vespucio estaban totalmente separados por el accidente geográfico que representa el quiebre de El Salto.

En la comuna de Las Condes es interesante observar su crecimiento en los períodos anteriores a 1979, y, como entre 1980 y 1984, en plena aplicación del Decreto Supremo N° 420, sufre una violenta expansión, a lo que habría que agregar hoy La Dehesa, los sectores de El Arrayán, etc. A su vez, la justificación del Decreto N° 420 en el sentido de que al aumentar la oferta de terrenos éstos bajarían de precio, no se cumple, aumentando significativamente tanto los del casco consolidado como, por supuesto, los que se incorporan al uso urbano.

Esta política se trata de corregir el año 1985 y se habla de la Política Ajustada de Desarrollo Urbano, declarándose que "el suelo *es* un recurso escaso". Sin embargo, gran parte del daño estaba hecho, trayendo como consecuencia la explotación brutal del paisaje. Así, el crecimiento demográfico de Santiago se absorbe básicamente en extensión, con una muy baja densidad residencial.

Históricamente, Santiago no ha sobrepasado los 100 habitantes por hectárea, lo cual representa una bajísima densidad y explica que 5 mi-

llones de personas ocupen 50 mil hectáreas de terreno. Esta cifra prácticamente no se ha modificado, situación que aparece acompañada por la existencia de sectores de muy bajo nivel de vida, sin servicios y con condiciones urbano-ambientales deficientes.

Frente a ello, constantemente se están haciendo esfuerzos dirigidos a la revitalización de los cascos antiguos, como, por ejemplo, disminución de contribuciones de bienes raíces en sectores como Santiago Poniente o Alameda Sur hacia la Avenida Matta, renovando o remodelando el tejido urbano y las edificaciones.

Sin duda, el problema central es el tema de la calidad ambiental de la ciudad. Esta no pasa sólo por indicadores de tipo cuantitativo, sino que también están en juego una serie de indicadores de tipo cualitativo que afectan las actividades existenciales del hombre. Ello hace que el concepto de calidad de vida sólo en parte pueda ser medido por métodos tradicionales, teniendo por lo mismo una gran dificultad el establecimiento de valores. Algunos de estos indicadores pueden ser muy precisos: una cobertura del 100% de agua potable, normas de calidad del aire o de sustancias tóxicas en el agua. Sin embargo, hay un conjunto de otras situaciones que son muy variables en el tiempo y percibidas de muy distinto modo de acuerdo a la condición social y/o al nivel cultural de cada grupo humano.

Por otra parte, muchos de los parámetros que se usan para establecer alguna referencia deseable hacia la cual aspirar en el ordenamiento urbano, suponen alternativas que representan otras tantas expectativas y demandas, frente a recursos escasos que permiten posibilidades muy limitadas de satisfacción. Ello obliga a priorizar en base a un conjunto de indicadores lo más objetivo posible, objetividad que es difícil de alcanzar. Es preciso dar cabida al aporte de las ciencias sociales o a los juicios de los estetas para establecer, junto con los parámetros de más fácil cuantificación, un conjunto de herramientas que permitan ordenar el desarrollo urbano.

Se han establecido instrumentos muy interesantes, como "límites de tolerancia urbana", que a nivel comunal definen los límites de deterioro ambiental, más allá de los cuales habría que introducir correcciones importantes y urgentes. El análisis de la calidad ambiental requiere de la integración de muchos indicadores; se tiene que hacer un esfuerzo por vincular indicadores de muy distinta naturaleza, económicos, sociales,

físicos, etc., formulando un indicador común que permita manejar el hecho urbano, con su enorme complejidad, en forma integrada y que dé cuenta de sus interacciones.

Cualquier plan o propuesta que se pueda hacer de la ciudad, aun desde las etapas de diagnóstico, parece fundamental plantearlo desde una perspectiva de cambio. La propuesta urbana no es un hecho estático que se hace en un corte en el tiempo, sino que tiene que ser entendida dentro de un proceso histórico y que avanza hacia un futuro del cual sólo percibimos tendencias que podemos proyectar a partir de ciertos hechos observables hoy día. Hay, por lo demás, nuevas y crecientes demandas de la ciudadanía; Chile se encamina hacia un sostenido desarrollo económico que, sin duda, se está traduciendo en mayor riqueza, en aumento del consumo interno, mejor distribución de ingreso, mayor disponibilidad de tiempo libre, recreación, segunda vivienda, aumento del parque automotriz, mayor demanda por vialidad, etc., lo cual, por supuesto, trae aparejado un conjunto de demandas sobre la ciudad. Hay presión sobre los recursos naturales debido a una política de incentivo a las exportaciones, como también hay cambios en el comportamiento espacial de la ciudad, cómo la manejamos, cómo la usamos, cómo se localizan las personas y las actividades en el territorio, todo lo cual se traduce, entre otros efectos, en congestión, contaminación, urbanización acelerada de tipo expansivo, y en degradación y deterioro de los subsistemas naturales y transformados.

Hay también una aceleración de los cambios tecnológicos, que por un lado van a aumentar la disponibilidad y la eficiencia de los medios técnicos a nuestro alcance, pero simultáneamente están incorporando tecnologías altamente inapropiadas para la calidad ambiental por la producción de residuos contaminantes y alteraciones negativas sobre el medio.

Asimismo, hay un proceso de cambio que está modificando los roles sociales de las personas y de las entidades. Surge un nuevo rol del Estado, que deja de ser el Estado beneficiario o el Estado que lo da todo, por uno más bien regulador y facilitador, impulsando su descentralización e importancia relativa. Al mismo tiempo, hay un cambio en el empresario, que está asumiendo la planificación como una necesidad, y que reclama planes coherentes y claros para el desarrollo de la ciudad, pidiendo que se incorporen políticas de expropiación, enmarcadas en mecanismos que aseguren un justo precio. Existen cambios, además,

en las organizaciones sociales, en la participación de la mujer, de la juventud, todo lo cual transforma fundamentalmente el escenario urbano.

Por último, hay también cambios culturales de trascendencia, como son una mayor preocupación por la calidad de vida y por el ambiente, así como una revalorización de lo subjetivo, que evidentemente llevan a propuestas urbanas formuladas de manera diferente a como se venían haciendo hasta ahora.

Básicamente, los problemas urbanos pueden agruparse en tres subsistemas. El primero, referido al deterioro de los componentes construidos del ambiente urbano: disfuncionalidad de la estructura urbana, con un uso inapropiado del suelo de la ciudad debido a actividades que son excluyentes y que están juntas o actividades que deben estar juntas y están separadas (equipamiento y vivienda, por ejemplo); expansión urbana a costa de terrenos agrícolas; deterioro en las condiciones sanitarias básicas de todo tipo, especialmente en las áreas marginales; ocupación de áreas de riesgo, lo que no constituye un desastre natural dado que la naturaleza se comporta según sus leyes y los desastres corresponden a una deficiencia humana en la medida que no se sabe elegir los lugares dónde instalarse o cómo instalarse; pérdida de accesibilidad, o sea, áreas que están marginadas de los medios de comunicación, especialmente transporte; desabastecimiento de insumos en ciertos sectores de la ciudad; déficit de viviendas, en que el caso de allegamiento todavía sigue siendo parte importante del problema; escasez de equipamiento a escala vecinal; pérdida y deterioro del patrimonio y del paisaje construido.

En lo referente a los componentes naturales del ambiente que acompaña la ciudad, están las situaciones ya conocidas en exceso por todos nosotros: contaminación del aire, contaminación hídrica, contaminación del suelo por residuos sólidos, pérdida o subutilización de los recursos regionales que nos rodean (áreas forestales, de recursos agrícolas, hídricos, etc.), pérdida y deterioro del patrimonio y del paisaje natural.

Respecto al tercer subsistema, deterioro del sistema social urbano que interactúa con el deterioro físico ambiental, hay desajustes de la estructura social (segregación socioespacial, atentados contra la seguridad de las personas, etc.) y carencias en la gestión urbana. En relación a esta última, es posible distinguir fallas en la institucionalidad y en la estructura administrativa, que no permite enfrentar en forma eficaz los

problemas que la ciudad tiene. Como se sabe, existen múltiples reparticiones que se encargan de tópicos similares, actuando normalmente en forma descoordinada; el gobierno de la ciudad está repartido en 34 municipios, no existiendo nada que pudiera parecerse a un gobierno metropolitano, alcalde mayor o gobierno intermunicipal, etc.

Si de los problemas pasamos a los instrumentos de política para enfrentar el desarrollo de Santiago, podríamos identificar al menos cuatro: primeramente planes de ordenamiento territorial, concepto muy interesante, porque al analizar el caso de Santiago no se le puede mirar solamente como una situación urbana, sino que del país completo, debiendo considerarse la redistribución de la población en el territorio nacional en función de los recursos naturales y en miras a una mejor calidad de vida.

Santiago debe ser visto en el contexto de una política de descentralización y dentro de lo que llamamos la Interregión, que corresponde a la Quinta, Sexta y Región Metropolitana. Los planes que están en estudio abordan el tema de la macrozona central, vieja idea que el Instituto de Estudios Urbanos desarrolló en los años 70, proponiendo que la población actual y especialmente futura de la capital deba repartirse en un área mucho mayor.

Un segundo instrumento de política es el referido al uso del suelo, tema clave para el desarrollo urbano, el que debiera permitir ordenar, entre otros, los procesos especulativos a través de una planificación estratégica que no trata de imponer un modelo rígido sobre la ciudad, sino que se detiene a pensar cómo ella se tiene que ir adecuando en función de las fuerzas del mercado, las expectativas de los ciudadanos, las posibilidades reales de participación, los recursos disponibles, las tendencias de crecimiento, las restricciones que impone el medio natural, etc.

Una tercera línea de trabajo está referida a la orientación del comportamiento de productores, consumidores, inversionistas, por mecanismos tales como impuestos destinados a corregir externalidades, perfeccionamiento y ampliación de la tarificación de los servicios y el uso de los bienes públicos, subsidios y otros instrumentos económicos, y, como clave fundamental, la educación y formación de conciencia ambiental. Los primeros apuntan fundamentalmente a que resulta necesario pagar por el uso de la ciudad, factor que puede ser un instrumento muy eficaz para regular su manejo y financiamiento. La ciudad está fuertemente subsidiada por el sector público y por el conjunto de la economía, pero a

fin de revertir esta situación, los usuarios deben costear lo que efectivamente valen los servicios que reciben, reconociendo que, en algunos casos, habrá que subsidiar a ciertos grupos sociales, porque no tienen una capacidad económica similar a la del resto de la población. El que contamina paga, es un principio muy en boga en las economías de mercado, aunque ello plantea serias dudas en el campo de la ética, porque su aplicación irrestricta podría terminar consagrando el derecho a contaminar del que puede pagar.

El último y no por ello menos importante instrumento de desarrollo urbano es el perfeccionamiento del Estado y la gestión urbana, que significa la modificación del aparato estatal y la incorporación de la participación de la comunidad en la planificación. La gestión urbana no es sólo un papel del Estado, sino que también le incumbe a los demás agentes sociales: la empresa, los ciudadanos, las organizaciones sociales, los organismos técnicos no gubernamentales y universitarios, etc., con miras a la formación de acuerdos y consensos como objetivo central de la política urbana.

Para terminar, quiero referirme a algunos programas y proyectos más específicos. Entre ellos, podemos distinguir planes orientadores, que son planes amplios de acción que apuntan fundamentalmente a criterios de calidad am-

biental urbana, de localización intraurbana, de asignación del recurso suelo, de adaptación y desarrollo institucional, de incorporación de la participación ciudadana, verdaderos "cuellos de botella" que tiene hoy día el aparato administrativo.

Otros programas y proyectos se refieren a la identificación de Territorios Integrados, un segundo conjunto de acciones tendientes a alcanzar, en parte al menos, el ordenamiento territorial que se señalaba antes. No hay que enfrentar solamente casos puntuales, sino que hay que tratar de entenderlos dentro de marcos territoriales como manejo de cuencas, macrozonas, regiones ecológicas especiales.

El territorio está dividido administrativamente, pero en muchos casos ello no corresponde en absoluto a sus características de tipo ecológico, lo que nos obliga a releer el espacio de otra manera, aplicando planes diferenciados de acuerdo a sus características homogéneas.

Finalmente, hay planes aún más específicos de desarrollo urbano, tales como los Planes Intercomunales, los Planes Reguladores Comunales, Gerencias Urbanas para el desarrollo local y Planes Seccionales referidos a pequeñas áreas de la ciudad, así como Programas Intensivos para Ciudades Problemas, es decir, tratamientos de "shock" para situaciones críticas.

ICONOGRAFIA



Hornos crematorios en las riberas del río Mapocho (1905).



Fuente de Neptuno -Alameda de las Delicias, entre Ejército y Castro- (1905)



Calle Ahumada, entre Huérfanos y Compañía –fachada poniente– (1920).



Vista desde el cerro Santa Lucía, hacia el poniente, con la plaza B. Vicuña Mackenna y la Biblioteca Nacional, a la derecha (1930).



Control sanitario de la leche por inspectores municipales, que contaban con vehículos motorizados de la época (1930).



Eliminación de la leche al alcantarillado, al no cumplir requisitos sanitarios (1930).



Urbanización de la calle Londres esquina de París, al sur-poniente del Convento de San Francisco (1930).

Una visión de la Universidad desde la perspectiva de la filosofía contemporánea

Prof. Humberto Giannini Iñíguez

Conferenciante



**PRESENTACION DEL
CONFERENCIANTE POR EL
DR. PEDRO ROSSO R.**

Continuando con el programa, ahora nos corresponde la conferencia "Una visión de la Universidad desde la perspectiva de la filosofía contemporánea", que estará a cargo del Prof. Humberto Giannini Iñíguez

El Dr. Giannini en realidad es un doctor, nosotros sólo somos médicos; recibió su primer título en la Universidad de Chile, posteriormente realizó estudios de posgrado en la Universi-

dad de Roma; actualmente es profesor de Filosofía Medieval en la Universidad de Chile. Personalmente tengo el gusto de conocerlo desde hace muchos años, incluso durante un período breve casi fui su discípulo, pues mientras él trabajaba en su tesis doctoral, desempeñó un cargo en el colegio en que yo estudiaba.

Posteriormente volvió de lleno a la vida universitaria. El profesor Giannini es uno de los pocos filósofos chilenos que en esta actividad, desde la perspectiva de sus colegas, tiene un pensamiento creador dentro de Chile. La mayoría de nuestros filósofos son un poco historiado-

res de la filosofía o recopiladores y analistas críticos de los trabajos filosóficos de otros autores, en cambio el profesor Giannini realmente ha hecho contribuciones originales e importantes en el campo de la filosofía. Ocasionalmente he tenido encuentros con él después de muchos años, pero creo que el mayor y más significativo de éstos ha sido a través de sus libros. Desde hace algunos años me he propuesto tratar de aprender algo de filosofía, por considerar-

la un área del conocimiento necesaria de profundizar; en esa búsqueda, me encontré con su *Breve historia de la filosofía*, libro entretenido, muy didáctico y para aquellos que se plantean esta misma inquietud, es realmente recomendable.

Así es que, con mucho gusto y muy honrado de su decisión de compartir con nosotros algo de su tiempo y pensamiento, les dejo con el profesor Giannini.

* * * * *

CONFERENCIA SR. HUMBERTO GIANNINI IÑIGUEZ

Muchas gracias por las palabras tan cálidas y gracias a ustedes por este encuentro.

Cuando me sugirieron el tema, no recuerdo bien si fue el doctor Rosso o el doctor Rodríguez, sentí bastante miedo. Es una materia que no domino mucho, de la cual no me he preocupado de una manera continua y solamente en la Universidad la he sufrido, queriéndola tanto; todos hemos sufrido en ella.

El hecho es que por esos días también han ocurrido varias cosas, en las cuales la Universidad ha estado muy implicada y complicada y, sabiéndome yo universitario por muchos años y sabiendo que me iba a encontrar con otros universitarios, me pareció que no era tan osado hablar de la Universidad, aunque yo no supiera más que ustedes, en ningún caso, proponer algunos planteamientos que me parecen importantes, muy importantes en nuestros días, demasiado importantes. Entonces me animé a hacerlo con la esperanza de encontrar en ustedes una profundidad de diálogo, de conversación sobre el tema que nos reúne hoy.

Siempre resulta instructivo hacer previamente una historia de la palabra que designa la cosa que nos preocupa. A veces es admirable lo que pasa en el transcurso de esa historia interior lingüística y lo que las palabras, sonando igual, llegan a decir después del tiempo. Es lo que ocurre en cierta medida con la palabra *crisis*, que tantas resonancias catastróficas tiene para el hombre moderno. Sin embargo en su origen, y durante un largo uso, esa palabra fue pacífica y asociada a cosas más bien saludables.

En efecto, *crisis* no ha tenido otro significado durante siglos que el de discernimiento, juicio, separación de lo que está actualmente fundido en una intuición y que el juicio analítico explícita o a veces lo que, confundido en nuestro entendimiento, el juicio crítico aclara.

Lo decisivo en una crisis es, pues, esto: que lo que parecía unido, concorde, no lo estaba en absoluto y entonces, en un momento misterioso, algo se quiebra y deja ver la fisura; deja ver la falsa unidad en que vivíamos.

La crisis en sus connotaciones actuales tiene que ver con esta última experiencia de separación de algo, tal vez de un valor, de un anhelo, al cual estábamos adheridos.

Me acordaba de algo totalmente anecdótico, de algo que pudo provocar una pequeña crisis. Se puede hablar de la crisis de los paraguas, por ejemplo, ¿por qué no? Y recordaba lo que leí en el año 46: en un congreso de psiquiatras surgió el tema de que en Europa aumentan los suicidios de una manera significativa en invierno hacia los días de Pascua y Año Nuevo, pero en general en invierno. Entonces alguien hizo ver cifras y se dijo que en invierno aumentan los suicidios por las lluvias, el frío, el tiempo hosco, oscuro, y alguien agregó que a causa de los paraguas negros. Claro, la verdad: los paraguas negros deprimen. Pero otro pensó en voz alta: ¿Por qué los paraguas son negros? Ahora me imagino que efectivamente eso fue una pequeña crisis: ¿por qué los paraguas tienen que ser negros? En toda una larga época de la humanidad los paraguas fueron negros. De repente se le ocurrió a alguien que podrían ser rojos o azules, amarillos. Y hay gente que todavía no se habitúa y sigue usando paraguas negros. Pero eso puede ser una pequeña crisis de ideas que están juntas y de repente nos parecen que no deben estar juntas, que nada prohíbe separarlas.

Se ha dicho que es doloroso separarse, incluso del enemigo y de su habitual enemistad. ¿Cómo no lo será cuando repentinamente nos arrancan nuestras ideas, es decir, las creencias, los prejuicios gracias a los cuales percibimos el mundo y nos entendemos a nosotros mismos!

Por todo esto es difícil enfrentar las crisis; nos aterran como nos aterran los terremotos, como nos aterra la muerte.

Pero se ha dicho que la ciencia verdadera es la capacidad de crisis permanente. La ciencia, dijo Husserl, es ciencia cuando tiene capacidad de crisis. Cuando se viene todo abajo y sigue siendo matemáticas, y todavía sigue siendo física, y todavía sigue siendo biología, cuando soportan las crisis. Por lo tanto, un tema como éste no debe sernos extraño.

Por eso quisiera hablar hoy de la crisis de la institución universitaria, tema que a todos los presentes nos toca muy de cerca.

La crisis que se avecina, llamémosle así, hay que entenderla históricamente como extrañamiento, como separación de las ideas que manteníamos unidas, o en mutuo cautiverio quizás, a propósito de la Universidad tradicional. Son esas ideas las que hoy empiezan a quebrarse, más bien a hacer cortocircuito. ¿Cuáles son esas ideas?

Voy a referirme a un texto clásico de Ortega, *La misión de la Universidad*, escrito en el lejano, lejanísimo año 1930. En este ensayo —en verdad primero fue una exposición ante una Federación de Estudiantes en Madrid— el pensador español explicitaba lo que en aquellos tiempos se entendió y lo que él mismo entendía por Universidad, y que es justamente el concepto que hace algunos años viene haciendo crisis en Europa, en América y en Chile, yo diría de una manera especialísima. Universidad, dijo en aquella conferencia, es la institución donde reciben la enseñanza superior todos los que en cada país la reciben. Y este es el punto clave de toda la cuestión. La Universidad, desde su origen medieval, noble origen medieval, ha sido la institución en la que se recoge socialmente, se guarda, se interpreta, se elabora, se suma, en el sentido de la *Summa* teológica, se modifica y por último se vuelve a entregar el saber fundamental, básico, el saber universal respecto de todas las cosas que puedan interesar a la vida y a la identidad de un pueblo y también de una época. Eso sería la Universidad en su origen.

Pero pongamos atención en esto: básico, fundamental no es lo mismo que superior. Porque enseñanza superior es un concepto comparativo respecto de un saber previo. Enseñanza que puede ser más especializada, más profunda, cuidadosa, o bien ser una enseñanza técnica aplicada o profesional, y la llamamos superior.

Existe una enseñanza superior, que sigue a la enseñanza media, por ejemplo, y que, sin embargo, no es en absoluto fundamental; es decir, constitutiva y enriquecedora de todo saber. ¿Qué significa entonces que la Universidad sea hoy una enseñanza destinada a impartir la ense-

ñanza superior? ¿Cuál es el significado hoy, no en el tiempo de Ortega?

Recordemos que esta pregunta partía de una pregunta más fundamental, la que preguntaba por la misión de la Universidad. Según Ortega, dos son las características que convienen a la definición de la Universidad, que justamente hoy se empiezan a mostrar incompatibles entre sí. Primera: la enseñanza de las profesiones intelectuales; segunda: la investigación científica y la preparación de nuevos investigadores. Posteriormente la política de la llamada Universidad comprometida quiso crear un vínculo más directo y regular con la colectividad y se agregó entonces una tercera tarea: la extensión. Pero el problema, la crisis, viene en virtud de la incompatibilidad cada vez más pronunciada de las dos primeras exigencias: por una parte, la profesional y por otra la teórica. Y esto habría que subrayarlo a propósito de la idea de compromiso: la crisis no procede esta vez sólo del envejecimiento, o de la lentitud de la institución, sino más bien proviene de que ha sobrepasado su propio punto de resistencia ante los requerimientos sociales (ante el compromiso social). La Universidad es como los metales: hay en ella un punto de resistencia y el requerimiento social hace que la Universidad quiebre por ese punto, no en un sentido económico, sino en un sentido de no poderse las con estos requerimientos.

Se puede plantear de la siguiente manera: la demanda de profesiones y técnicas superiores, la demanda por ingresar a la Universidad ha desbordado la capacidad de las universidades tradicionales. Entonces el Estado, al menos en Chile, ha intentado ofrecer condiciones favorables para la creación de universidades-empresas, las que se guían por la ley del mercado si quieren subsistir y prosperar.

A partir de esta nueva situación, la universidad-empresa pasa a suplir el quiebre de la Universidad tradicional en cierto sentido.

A partir de esta nueva situación, la pregunta de Ortega por la misión de la Universidad pierde toda su fuerza y toda su vigencia. Un ente económico no tiene una *misión*, que implica en cualquier caso un proyecto, un destino incondicionado. Esa es una misión. Un ente económico se propone, en cambio, una función condicionada al beneficio eventual que obtenga de ella.

En resumen, lo que está en crisis hoy es la idea de servicio y la idea de misión, la idea orteguiana de misión.

De lo anterior se desprende que el último punto señalado por Ortega —que es propio de la

misión de la Universidad, la investigación científica y la preparación de futuros investigadores— se vuelve una exigencia totalmente fuera del rol efectivo que va a cumplir la nueva Universidad. O representa una función meramente ocasional, una investigación determinada, por ejemplo, en la medida en que hay fondos y personal para realizarla. Lo más probable es que se realicen investigaciones esporádicas, casi siempre de carácter tecnológico, aplicado y por encargo, porque una firma, porque una empresa le “encarga” a una Universidad investigar algo, pero no una investigación constante, permanente.

Así, pese a las protestas justificadísimas que hoy puedan hacerse, las nuevas instituciones de estudios superiores serán esencialmente profesionales y regidas por el mercado profesional que se generará a partir de ella. El mercado profesional, según mi entender, se genera por estas Universidades. Es un mercado que se genera a partir de Universidades comerciales, no al revés.

En resumen, hay crisis universitaria, y quisiera dejar entre paréntesis, como no tocado, el punto de la justicia o no justicia de que las Universidades solamente profesionalicen, y que esto crea un mercado; ese tema no lo voy a tocar.

En síntesis, la crisis universitaria es el cortocircuito, esta vez irremediable, de las dos ideas que simplemente se habían venido acomodando para congeniar en un mundo nuevo. La idea de saber como condición desinteresada de las cosas, como teoría, y la idea de socialización o aprovechamiento social de ese saber. Ideas que en este mundo moderno, contemporáneo, se han estado acomodando como han podido. En Europa todavía, salvo Inglaterra, se mantenía hasta hace poco tiempo una Universidad gratui-

ta, pero acomodando estas dos ideas: servicio a la comodidad y tarea investigativa. Esto parece que no puede seguir subsistiendo: dos actividades, así contrapuestas, que exigen un tiempo diverso, una manera de entender un tiempo diverso. Una disposición diversa de los agentes, pero también una disposición diversa de la sociedad.

El divorcio entre la teoría y la técnica, resultado y causa a la vez de la crisis que viene, no puede significar en absoluto la negación de ninguna de las dos, sino su independencia institucional y económica por una parte, y, por otra, su relativa jerarquización académica. La Universidad —conservemos ese nombre simbólico para los estudios básicos, fundamentales— centrará su tarea, su misión, en formar científicos, investigadores, académicos de alto rango en las ciencias básicas, propedéuticas y en las humanidades; en estimular la investigación desinteresada, no por encargo, de los vínculos interdisciplinarios, la creación, la comprensión y la difusión artística, y aportará todo este caudal a las escuelas profesionales superiores, las que serán absolutamente autónomas, no respecto del saber fundamental, sino respecto de lo que hagan con él.

A lo mejor esto es una conclusión ideal, lejanísima, de lo que ocurre hoy día con el problema, a veces dramático, de las Universidades.

Para terminar, quisiera decir que estas reflexiones pretenden simplemente la extrapolación del estado actual de cosas en el mundo de Occidente, pero máximamente en Chile, en donde la reforma universitaria (de 1981-82) llegó a un nivel de profundización tan notorio, tan radical, que permite suponer que la crisis vendrá mucho antes y mucho más fuerte por ese lado.

Muchas gracias.

“La Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile: 1983-1992”

Mesa Redonda:

Moderador:

Dr. José Antonio Rodríguez V.

Panelistas:

**Drs. Pablo Casanegra P., Ricardo Ferretti D.
y Pedro Rosso R.**



De izquierda a derecha: Drs. Ricardo Ferretti D., Pedro Rosso R., Pablo Casanegra P. y José Antonio Rodríguez V.

INTERVENCION DEL DR. JOSE A. RODRIGUEZ V.

La próxima sesión de esta jornada la vamos a dedicar a revisar lo que ha sucedido en nuestra Escuela durante los últimos 10 años. Si bien es cierto que diez años no es un período suficiente como para hacer historia, creo que deberíamos hacer un intento de mirar los hechos con altura de miras, de manera de poder apreciar el camino recorrido, con sus dificultades y sus éxitos, y así poder proyectarnos hacia el futuro.

Evidentemente, la mayor dificultad en un análisis de este tipo lo constituye el hecho de que cada uno de nosotros ha sido de alguna manera actor en este proceso. El Dr. Casanegra, el Dr. Ferretti y el Dr. Rosso han sido los líderes visibles en este período, pero también cada uno de nosotros ha participado y se ha comprometido emocionalmente con muchas de las etapas de este proceso.

Tratar de despersonalizar los hechos y de mirarlos con la mayor perspectiva universitaria, es lo que creo corresponde en este momento.

Con el acuerdo de los otros integrantes de la mesa, me corresponderá hacer una presentación de los cambios observados en estos años; más adelante, cada uno de los tres decanos se referirá a su propia visión del período y finalmente abriremos la discusión a todos los participantes.

En relación a mi exposición, he preferido un análisis basado en hechos cuantitativos, para lo cual he seleccionado indicadores numéricos que abarcan desde aspectos académicos hasta aspectos asistenciales y financieros.

Planta Académica

En primer lugar, daremos una visión a los cambios que se han observado en la Planta Académica.

Tabla N° 1
NUMERO DE ACADEMICOS POR CATEGORIAS ACADEMICAS

	1983	1988	1992
<i>Asociados</i>			
Instructor	73	57	57
Auxiliar	27	36	41
Adjunto	6	10	10
Titular	15	13	14
Total asociados	121	116	122
<i>Ordinarios</i>			
Instructor	68	57	52
Auxiliar	48	78	78
Adjunto	30	42	45
Titular	27	38	37
Total ordinarios	173	215	212
Total	294	331	334

En la Tabla N° 1 podemos apreciar cómo el número total de académicos aumenta de 294 el año 1983 a 334 en 1992, lo que constituye un incremento del 15%, que es relativamente bajo para un período de 10 años. En esta misma Tabla podemos apreciar que la composición entre académicos ordinarios y asociados se mantiene alrededor del 65%. En los Gráficos 1 y 2 se aprecia la evolución de las diferentes categorías académicas.

Uno de los aspectos que ha sido motivo de debate durante estos últimos años ha sido la labor de la Comisión de Carrera Académica, a la que se considera muy restrictiva. Sin embargo, si uno mira los datos expuestos, se puede apreciar una tendencia, tanto en las categorías asociadas como ordinarias, al aumento porcentual de las categorías de mayor rango académico.

Entre los académicos asociados, la mayoría se encuentra en las categorías de Instructor y Auxiliar, a diferencia de lo que se observa entre los Profesores ordinarios, hecho que probablemente se explica por las diferentes responsabilidades académicas que tienen ambos grupos.

Un cambio importante y significativo es el que se relaciona con el lugar de trabajo de los académicos en estos tres períodos (Gráfico 3), de acuerdo a su ubicación en las diferentes áreas clínicas institucionales: Hospital Clínico y Centro de Diagnóstico (CEDIUC); Hospital Sótero del Río y Otros hospitales docentes (Hospital del Salvador, José Joaquín Aguirre, etc.). En el gráfico se puede apreciar cómo en el período analizado el número de académicos que se ubica en las áreas propias de la Universidad aumenta muy significativamente, con una disminución

Gráfico 1

GRADOS ACADEMICOS CATEGORIA ASOCIADA

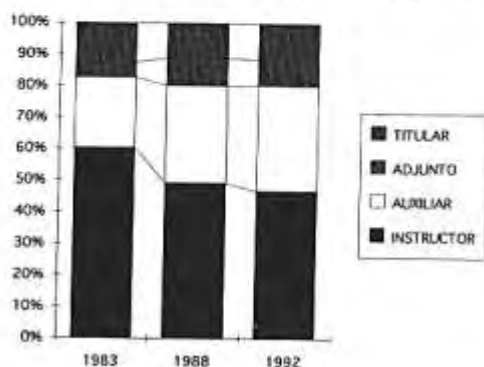
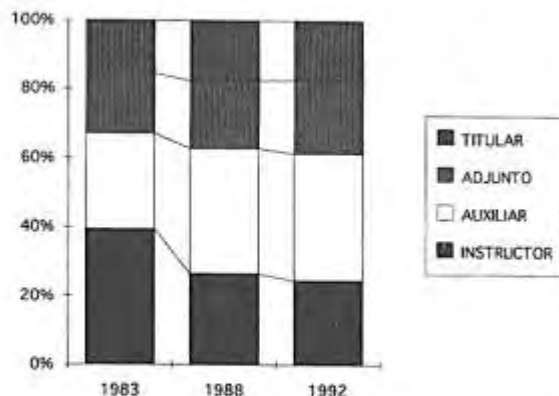


Gráfico 2

GRADOS ACADÉMICOS CATEGORÍA ORDINARIA



de quienes desarrollan su trabajo en Otros hospitales, los que constituyen hoy día menos del 5% del total de académicos.

En relación a los cambios observados en el número de académicos que trabajan en el Hospital Sótero del Rfo, éste corresponde fundamentalmente al traspaso de unos 25 docentes del Departamento de Pediatría desde dicho hospital al Hospital Clínico de Marcoleta.

De los gráficos anteriores se deduce que el cambio más importante del cuerpo docente durante estos 10 años es su concentración en áreas propias o prioritarias de la Facultad.

En un análisis de la composición de las distintas unidades académicas (Tabla N° 2), podemos apreciar que los cambios en número de académicos en los Departamentos tradicionales son mínimos, con la sola excepción de Obstetricia y Ginecología. Por contraste, existe un grupo de unidades académicas que se incorporaron al Hospital Clínico o al CEDIUC durante estos 10 años, como son: Dermatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Psiquiatría, Salud Pública, Traumatología y Pediatría, todos los cuales tienen un muy importante incremento en el número de sus académicos.

Es decir, durante estos 10 años no sólo se produce una mayor concentración del número de académicos en áreas universitarias, sino que el crecimiento del número de académicos se produce fundamentalmente en las nuevas unidades, incorporadas de acuerdo al plan de desarrollo.

Tabla N° 2

NUMERO DE ACADEMICOS CON JORNADAS CONTRATADAS

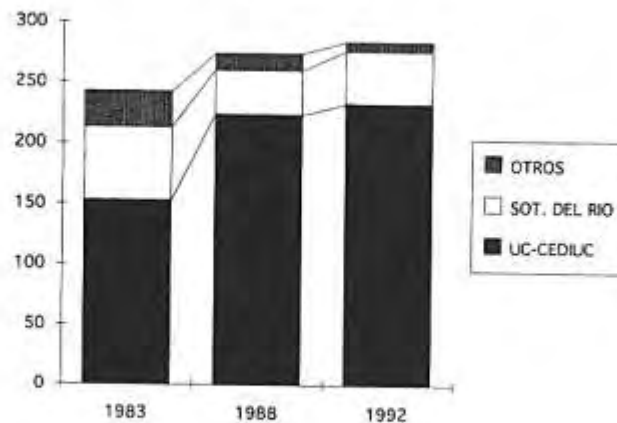
Departamento o UDA	1983	1988	1992
Anatomía	11	12	12
Anatomía Patológica	7	8	7
Anestesiología	7	11	12
Cardiovasculares	16	15	17
Dermatología (**)	0	4	5
Endoc.-Nutr.-Diabetes	9	8	8
Inmunología (*)	0	5	4
Gastroenterología	15	15	17
Hemato-Oncología	10	9	9
Maxilofacial	8	6	0
Medicina Interna	11	11	12
Neurol. y Neurocirugía	11	9	9
Nefrol. y Urología	10	9	9
Oftalmología (**)	0	5	6
Otorrinolaringología (**)	0	0	4
Obst. y Ginecología	11	22	21
Parasitología	3	3	3
Pediatría (**)	5	33	33
Psiquiatría (**)	0	4	4
Radiología	9	9	11
Respiratorio	8	7	9
Salud Pública (**)	0	7	6
Traumatol. (**)	0	3	6
Ética Médica	2	2	2
Lab. Clínico (*)	0	7	7
Total	153	224	233

(*) Unidades nuevas.

(**) Unidades incorporadas.

Gráfico 3

DISTRIBUCION DE ACADEMICOS POR LUGAR DE TRABAJO



Actividades Académicas

El análisis cuantitativo de las actividades académicas es bastante más complejo y nos referiremos sólo a los aspectos cuantificables.

Docencia: En la Tabla N° 3 podemos apreciar que el número total de alumnos de pregrado prácticamente no se modifica y que sólo hay un discreto aumento en los alumnos de posgrado, con un incremento total menor del 10% de estudiantes para el período.

Tabla N° 3

ESCUELA DE MEDICINA
ALUMNOS DE PRE Y POSGRADO

	1983	1987	1992
Pregrado	480	496	484
Especialización	127	122	138
Subespecialización	20	20	29
Total	627	638	651

Sin embargo, estas cifras no reflejan el número de horas docentes realizadas en áreas propias de la Facultad, como consecuencia de la incorporación de nuevas especialidades.

Investigación: Antes de comentar los cambios observados en el área de la investigación, me parece pertinente hacer un breve comentario sobre las estadísticas y los archivos de nuestra

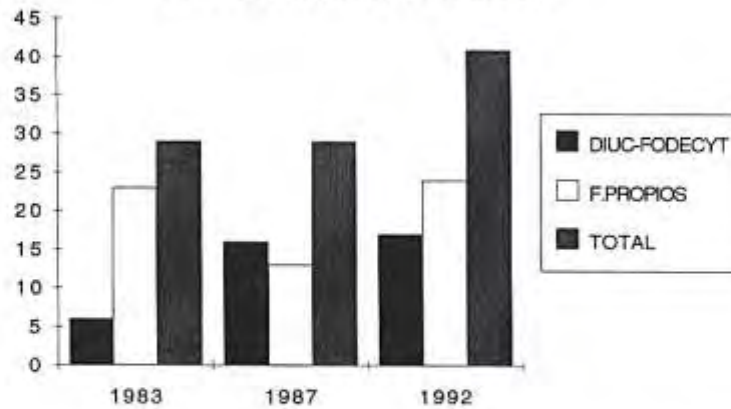
Escuela de Medicina. La verdad es que son casi inexistentes y lo poco que hay adolece del defecto de usar variables diferentes cada dos o tres años, de tal manera que la información archivada suele ser no comparable para períodos relativamente cortos de tiempo.

Respecto de la evolución de la investigación, creo que la información que se consigna en los diferentes archivos de la Facultad es aun de menor confiabilidad que la que se puede obtener para otras actividades asistenciales o docentes. En primer lugar, porque quienes han estado a cargo de la investigación saben que existe una investigación subterránea, desconocida por las autoridades, y que jamás llega a formar parte de ninguna estadística; y en segundo lugar, porque el solo hecho de que un proyecto de investigación esté escrito en algún lugar no garantiza ni su calidad, ni su financiamiento, ni la seriedad en su ejecución. Sin embargo, he debido atenerme a los informativos de la Dirección de Investigación de la Universidad y a los otros boletines oficiales.

En el Gráfico 4 se observa el número y la composición de los proyectos de investigación en tres años diferentes y su fuente de financiamiento. En primer lugar, podemos apreciar que entre el año 1983 y 1992 existe un discreto crecimiento en el número de proyectos, pero que hay diferencias importantes desde el punto de vista de la fuente de financiamiento de los proyectos y, muy probablemente, de la calidad

Gráfico 4

PROYECTOS DE INVESTIGACION



de la investigación o por lo menos de los procesos que se requirieron para aprobar dichos proyectos. En el año 1983 la Dirección de Investigación de la Universidad (DIUC) financiaba un porcentaje pequeño de nuestra investigación y la gran mayoría de los proyectos eran financiados con fondos departamentales, es decir, el proceso de aprobación de dicho financiamiento era –la más de las veces– inexistente. En el segundo período, el DIUC financia un porcentaje mayoritario de nuestros proyectos de investigación, y, finalmente, el año 1992 el financiamiento por el DIUC ha desaparecido y aparece el FONDECYT como fuente principal de financiamiento. En un

análisis no muy sutil del grado de exigencia requerido para que cada uno de estos proyectos recibiera financiamiento, se puede decir que la evolución ha sido muy favorable, más aún considerando que en los últimos años la categoría de “fondos propios” pasa a ser una categoría bastante más confiable, gracias a la reglamentación de la investigación al interior de la Escuela.

Planta Física, Infraestructura y Actividades Asistenciales

Planta Física: Uno de los fenómenos más impactantes que se ha producido durante el pe-

Tabla N° 4

EVOLUCION SUPERFICIE (m²)
FACULTAD-HOSPITAL-CEDIUC

		M ²	M ² totales
Hasta 1983	Hospital CEDIUC	12.990 8.859	21.849
1983-1984	Decanato-Labor. Lira Bodegas-Talleres	3.169 1.895	26.913
1985-1987	Nuevo Hospital 6° Piso Administración	6.926 594 377	34.810
1988-1992	CIM Administración	1.221 99	36.130

rfo que estamos analizando es el desarrollo de la planta física y de la infraestructura de nuestro Hospital Clínico y nuestra Facultad de Medicina.

En la Tabla N° 4 se puede apreciar cómo en los 10 años transcurridos hemos pasado de una superficie de aproximadamente 22.000 m² a una superficie de más de 36.000 m², junto con un muy importante aumento en el número de personas y de camas de hospitalización (Tabla N° 5).

Tabla N° 5

**INFRAESTRUCTURA FACULTAD-
HOSPITAL CLINICO Y CEDIUC**

	1983	1987	1992
<i>Recursos Humanos</i>			
Médicos Académicos	153	224	233
Total personas		1.774	2.076
<i>Planta Física</i>			
Camas	336	482	435
M ² Hosp.-Fac.	12.990	25.951	27.271
M ² CEDIUC	8.859	8.859	8.859
Total m ²	21.849	34.810	36.130

En relación al número de camas de hospitalización se produce un fuerte incremento inicial y luego se observa una discreta reducción entre 1987 y 1992, lo que se explica por la transformación de algunos sectores de hospitalización en sectores de laboratorios o servicios y en el cierre transitorio del sector del tercer piso que será destinado a Recuperación e Intensivo Quirúrgico. En este punto es importante recalcar el altísimo porcentaje de camas de servicios intensivos de nuestro Hospital, comparado con otros hospitales del país.

En relación al incremento de la planta física, se aprecia que se han construido más de 13.000 m² destinados a áreas de hospitalización, laboratorios, Decanato, etc., y que este aumento en la superficie es una constante en el período, la que aún no se detiene.

Por otra parte, si miramos los indicadores de actividad asistencial (Tabla N° 6), podemos apreciar el importante incremento de prácticamente todos los indicadores: consultas del CEDIUC y de urgencia (de 12.000 a 55.000 consultas por año), así como de los exámenes de laboratorio, radiológicos, de procedimientos, de intervenciones quirúrgicas, partos, días-cama, egresos, etc.

Tabla N° 6

**INFORMACION DEL HOSPITAL CLINICO
Y CEDIUC**

Año	ACTIVIDADES		
	1983	1987	1992
Cons. CEDIUC	103.712	130.646	162.762
Cons. Urgencia	12.155	25.958	54.924
Ex. Laboratorio	697.612	1.322.361	1.780.395
Exs. Radiológicos	37.716	51.905	80.581
Procedimientos	13.523	24.514	26.203
Interv. quirúrgicas	7.007	9.545	13.305
Partos	2.342	3.411	3.999
Días-Cama	82.916	111.512	116.331
Egresos	11.103	16.406	19.286
Estadía Promedio	7,5	6,7	6

También se puede observar que la estadía promedio ha descendido de 7,5 a 6 días, lo que es probablemente un inconveniente desde el punto de vista de la docencia de pregrado.

En el Gráfico 5 podemos apreciar que en 1992, respecto a 1983 prácticamente todas las actividades asistenciales han aumentado sobre el 50%.

Situación Económica y Financiera. A continuación analizaremos los aspectos presupuestarios y financieros, que son temas bastante más complejos, particularmente para los no expertos, pero que han sido muy importantes en el período analizado.

En la Tabla N° 7 se consigna el resultado presupuestario de los tres períodos, expresado en UF.

En la Tabla N° 7 se puede observar la extraordinaria evolución de los ingresos, que aumentan de UF 657.000 en 1983 a UF 1.741.000, en 1992 destacando que los ingresos propios aumentan 3,5 veces, mientras los aportes de la Universidad disminuyen de UF 212.000 a UF 167.000. Esta situación, expresada en porcentaje, se traduce en que los ingresos propios constituyen el 65% en 1983 y el 87% en 1992, mientras que el aporte de la Universidad pasa de un 32% en 1983 a sólo el 9,6% en 1992.

En relación al resultado operacional, es decir, la diferencia entre los ingresos y los egresos operacionales, se observa que en 1983 fueron de UF 51.000, de UF 37.000 en 1987 y de UF 134.000 el año 1992. Dichos márgenes son entre el 4 y el 8% del total de los ingresos.

En relación a los intereses cancelados, se observa un importante aumento desde UF 16.000 en 1983 a UF 50.000 en 1987 y 1992, como

Gráfico 5

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS 1983-1992

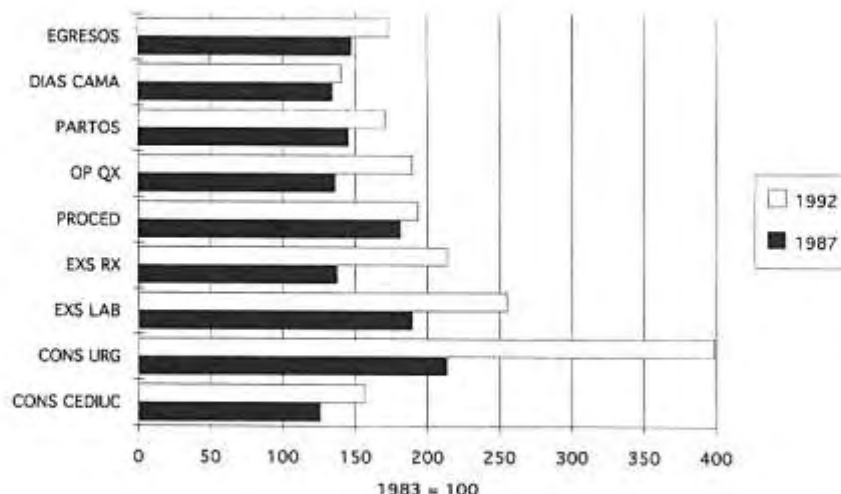


Tabla N° 7

PRESUPUESTO FACULTAD DE MEDICINA
(Expresado en UF)

	1982	1987	1992
<i>Ingresos operacionales</i>			
Ingresos propios	427.515	669.568	1.511.267
Otros	17.425	20.199	62.565
UC	212.616	168.458	167.504
Total	657.556	858.225	1.741.336
<i>Egresos operacionales</i>			
Recursos Humanos	353.505	415.183	900.106
Cons., etc.	252.253	405.832	706.651
Total	605.758	821.015	1.606.757
	1983	1987	1992
Resultado Operacional	51.798	37.208	134.579
% Ingresos	8	4	8
Intereses	16.183	50.640	49.374
Ing. inversión	0	7.543	6.002
Inversiones	46.526	67.041	112.257
Endeudamiento	13.184	50.600	215
Saldo	2.188	-22.329	-20.835
Deuda total	120.000	447.455	538.180

consecuencia del nivel de endeudamiento de la Facultad.

Por otra parte, el nivel de inversiones es de UF 46.000 en 1983 y sube a UF 112.000 en 1992; sin embargo, como veremos más adelante, un porcentaje muy importante de estas inversiones se realizó mediante el endeudamiento, particularmente entre los años 1983 y 1987. Esto explica que la deuda total, que era del orden de UF 120.000 en 1983, se haya elevado a UF 538.000 el año 1992.

Otro aspecto interesante de analizar, ligeramente diferente del análisis presupuestario recién hecho, es la fuente y el destino de los recursos manejados por la Facultad. En este punto es necesario recordar que los recursos disponibles pueden provenir de varias fuentes, a saber:

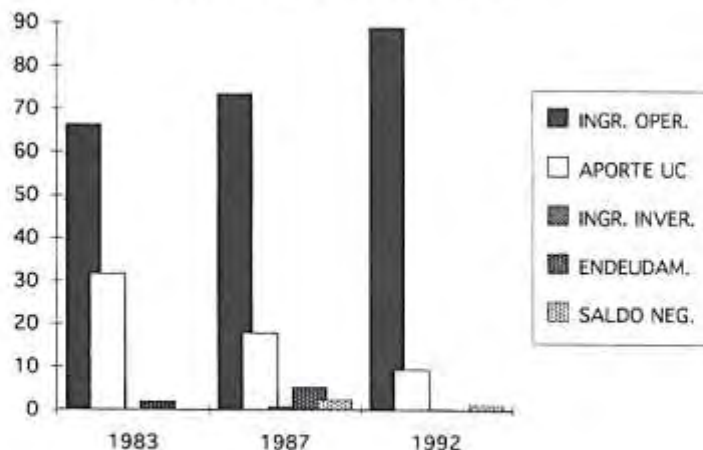
- los ingresos operacionales, que son la diferencia entre la venta de servicios y los gastos necesarios para producir esos servicios;
- el aporte universitario central;
- el endeudamiento con el sistema financiero;
- los aportes o donaciones para inversiones o proyectos específicos;
- los saldos presupuestarios negativos, equivalentes a deudas de corto plazo.

Por otra parte, estos recursos pueden tener diferentes destinos, particularmente:

- cancelar sueldos, salarios y otros beneficios en recursos humanos;
- financiar los gastos generales y consumos re-

Gráfico 6

FUENTE DE RECURSOS (%)



queridos para la operación de la Facultad y el Hospital Clínico;

- cancelación de intereses y amortizaciones al sistema financiero;
- inversiones, tales como compra de equipos, construcciones, etc.

En el Gráfico 6 podemos ver que en el año 1983 la fuente mayoritaria de recursos eran los ingresos de operación, con un 66%; el aporte de la Universidad con un 32% y sólo un 2% provenía de endeudamiento. En 1987 hay un aumento relativo de los ingresos de operación, que son más del 73% de los recursos disponibles, el

aporte de la Universidad disminuye al 18%, los ingresos de inversión son cercanos al 1% y el endeudamiento (con el sistema financiero o con otros acreedores) se acerca al 8% del total de los recursos disponibles. Finalmente, en 1992, los ingresos de operación constituyen casi el 90% de los recursos disponibles, el aporte universitario central ha disminuido al 9,5% y el endeudamiento, como fuente de recursos, se ha reducido a una cifra del 1,2%.

En relación al destino de los recursos, en el Gráfico 7 se puede apreciar que el año 1983 y el año 1992 son similares desde el punto de vista

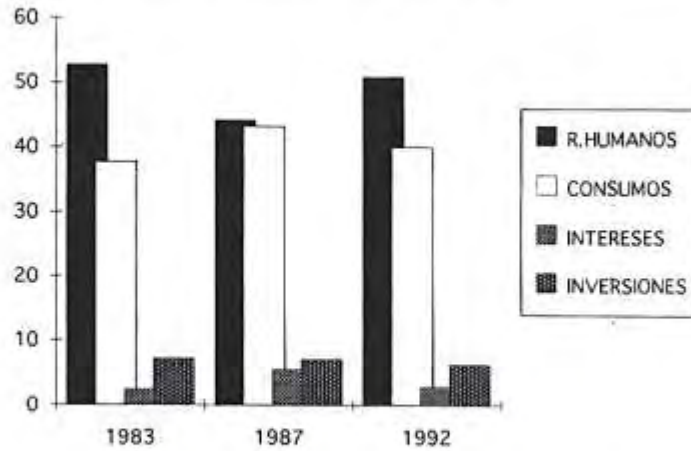
Tabla N° 8

INDICADORES DE CRECIMIENTO ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL CLINICO

	1983	1987	1992
Académicos Hosp.-CEDIUC	153	224	233
Alumnos Pregrado	480	496	484
Alumnos Posgrado	147	142	167
Proyectos Investigación	29	29	41
Atenciones en CEDIUC	103.712	130.646	162.762
Consultas de Urgencia	12.155	25.958	54.924
Exámenes de Laboratorio	697.612	1.322.361	1.780.395
Exámenes de Rayos X	37.716	51.905	80.581
Procedimientos	9.966	17.384	18.836
Días/Cama al año	82.916	111.512	116.331
Superficie Hospital-Fac. (m ²)	18.054	25.951	27.271

Gráfico 7

DESTINO DE LOS RECURSOS (%)



porcentual: poco más del 50% se destina a recursos humanos, cerca del 40% se destina a gastos y consumos; en intereses se gasta alrededor del 2,5%, y se destina a inversiones entre el 6,3% y el 7,2% del total de los recursos. La mayor diferencia se observa el año 1987, en que se produjo una disminución porcentual de los recursos destinados a recursos humanos y un aumento del monto destinado a cancelar intereses. Ambas situaciones se pueden explicar por haber sido éste el año del mayor impacto en nuestra institución, de la crisis de los años 83-84.

Otro tema que ha concitado el interés de todos los académicos es el del nivel de endeudamiento de la Facultad que, de acuerdo a la Tabla N° 9, entre 1983 y 1992 crece desde aproximadamente UF 120.000 a UF 538.180.

En este momento me parece pertinente recordar el importantísimo nivel de inversiones y el desarrollo experimentado por la Facultad en este período, expresado en aumento de personas, de superficie, de días-cama, etc., como se observa en la Tabla N° 8.

Por otra parte, también es conveniente analizar la importancia relativa de la deuda respecto de otras variables financieras. Por ejemplo, si relacionamos el total de la deuda con el total de los ingresos, vemos que el año 1983 era equivalente a cerca del 20%, en 1987 llega a ser de casi el 60% y el año 1982 está en un 30% del total de los ingresos. Es decir, a pesar de haberse incrementado, la deuda expresada en porcentaje de los ingresos está en un nivel muy poco superior al del año 1983.

Tabla N° 9

ANALISIS DEL ENDEUDAMIENTO CENTRALIZADO Y OTROS INDICADORES(*)

	1983	1987	1992
Deuda total (UF)	120.000	447.455	538.180
Deuda/Ing. totales (%)	18	52	31
Deuda/Ing. propios (%)	26	64	34
Deuda/Margen OP (veces)	2,3	12	3,9

(*) Montos aproximados.

También puede relacionarse la deuda con el margen operacional. En 1983 la deuda equivalía a 2 veces el margen operacional; en 1987 a 12 veces el margen y en 1992 es de sólo 4 veces el margen operacional. Es decir, se ha producido una normalización del nivel de endeudamiento en relación a la situación financiera total de la Escuela, lo que se resume en la Tabla 9.

Resumen. Si analizamos globalmente todos los indicadores presentados se puede observar que hay algunos con escaso crecimiento cuantitativo, como, por ejemplo, el número de alumnos de pre y posgrado; otros de crecimiento intermedio (entre el 40% y el 75%), como son los días-cama, el número de proyectos de investigación, los académicos contratados en el Hospital, el número de consultas en el Centro de Diagnóstico, etc. Y, por último, existe un grupo de indicadores que muestra un crecimiento superior al 200%, como es, por ejemplo, la superficie del Hospital y de la Facultad, las actividades de Rayos X y Laboratorios y el número de consultas en el servicio de urgencia. Paralelamente, desde el punto de vista económico, se observa un notable crecimiento de los ingresos propios y del nivel de endeudamiento.

Por lo tanto se puede afirmar, basado en las cifras presentadas, que este período de 10 años se ha caracterizado por:

- similares niveles cuantitativos de docencia;
- discreto crecimiento del total de académicos, de sólo un 15%;
- importante crecimiento del número de académicos en áreas de la Universidad, con un 52%;
- incorporación de unidades académicas propias en todas las áreas docentes de pregrado;
- incremento de un 40% de los proyectos de investigación;
- crecimiento de más de un 100% de la planta física de la Facultad y su Hospital Clínico, en la Casa Central, y
- aumento de la actividad asistencial entre el 70 y el 150%.

Y desde el punto de vista económico:

- los ingresos propios crecen más del 250%;
- los aportes universitarios centrales bajan de un 33 a un 10% del presupuesto;
- el nivel de endeudamiento crece en más de un 400%, pero el año 1992 alcanza una situación relativamente similar a la de 1983, y
- las inversiones se mantienen alrededor del 6,5-7% de los ingresos.

INTERVENCION DEL DR. PABLO CASANEGRA P.

Agradezco la invitación para participar en esta Mesa Redonda y al Dr. José Antonio Rodríguez por los completos antecedentes que nos ha proporcionado.

En 1983 asumí el Decanato de la Facultad de Medicina en un momento en que el país recién se recuperaba de la quiebra de muchos bancos comerciales, con un cambio del valor de las divisas, de los derechos de importación y en general existía una profunda crisis económica y social. Frente a esta realidad nos planteamos qué podríamos hacer como autoridad de la Facultad y decidimos realizar un Plan de Desarrollo.

Fue muy importante en nuestras decisiones el hecho de que solamente desde 1981 nos independizamos de la Universidad de Chile para otorgar el título de Médico Cirujano. Nuestro Plan de Desarrollo se orientó decididamente a lograr la autonomía docente y asistencial de la Facultad y en especial de su Escuela de Medicina. Para ello era necesario tener un crecimiento

importante en nuestras instalaciones físicas, en las cuales pudiéramos albergar en conjunto con el Hospital Sótero del Río a nuestra docencia de pre y posgrado. Para ello se nombró un grupo de trabajo compuesto por los académicos doctores: Juan Dubernet, Osvaldo Llanos, José Antonio Rodríguez y Salvador Vial. Este grupo de trabajo laboró arduamente redactando un completo informe denominado *Libro Azul*, que dimensionó el desarrollo físico y académico necesario para una plena autonomía de nuestra Facultad. El *Libro Azul* constituyó un documento fundamental para un marco adecuado del Plan de Desarrollo, que posteriormente se hizo realidad.

Paralelamente, durante los primeros meses de nuestra gestión, se trabajó intensamente en la redacción y aprobación de los Nuevos Estatutos de la Facultad de Medicina (D.R. 130/83).

Fue fundamental para el logro del Plan de Desarrollo la excelente disposición y apoyo del equipo de Rectoría, encabezado por su Rector don Jorge Swett Madge.

Para el financiamiento del Plan de Desarrollo, la Rectoría inicialmente se comprometió a

otorgar recursos mediante un préstamo del BID. Las gestiones encaminadas para obtener un préstamo BID fracasaron y la Rectoría ofreció como única alternativa de crecimiento de la Facultad de Medicina el obtener préstamos bancarios con aval de la Universidad y con un plan de pago de la deuda con recursos propios de la Facultad de Medicina. Los estudios de factibilidad económica de aquella época mostraron que la actividad propia de la Facultad de Medicina podría cancelar la deuda comprometida.

El estudio del Proyecto de Desarrollo y la ubicación definitiva de los edificios fue muy compleja y debió adaptarse a numerosas variables.

Entre 1983 y 1985 se construyeron 8.600 metros cuadrados en la placa de entrada y una torre de siete pisos, incrementándose en 200 camas la capacidad de nuestro Hospital Clínico. Se efectuaron remodelaciones en 5.400 metros cuadrados, incorporándose el nuevo Decanato, los laboratorios de la calle Lira y el edificio de la Comunidad de Religiosas-Enfermeras, al cual se incorporó un nuevo ascensor.

Fue necesario reequipar laboratorios y adquirir un scanner para el Hospital Clínico, todo lo cual fue posible gracias a créditos autorizados por la Universidad. Al finalizar en 1985 nuestro Decanato, la deuda contraída por la Facultad ascendía aproximadamente a UF 300.000.

Mirando en forma retrospectiva deseo manifestarles que haber sido Decano de nuestra Facultad constituye una de las más grandes alegrías de mi paso por esta Institución. Tuve la suerte de haber podido realizar la mayor parte de los proyectos que nos propusimos. Se constituyó un Consejo de Facultad que fue muy operativo y trabajamos en forma armónica con el Director de la Escuela, Dr. José Manuel López. Nuestras relaciones con las autoridades centrales de la Universidad fueron excelentes, haciendo posible gran parte de los proyectos realizados.

Deseo expresar públicamente mi agradecimiento y afecto para todo el personal académico y no académico de nuestra Institución, sin cuyo esfuerzo, capacidad y lealtad esta obra no habría sido posible. Especial mención y reconocimiento deseo expresar a los médicos clínicos, que son el pilar fundamental de la labor docente-asistencial, investigación y de progreso económico de la Facultad.

Al finalizar esta breve exposición puedo manifestarles que la obra más importante, y más cercana a mi corazón, fue la posibilidad que se me dio de haber construido la nueva Capilla San Lucas de nuestro Hospital Clínico con la ayuda de *Adveniat* de Alemania.

INTERVENCION DEL DR. RICARDO FERRETTI D.

Al asumir la Dirección de la Facultad nos propusimos no sólo consolidar lo realizado en el período 83-85, sino también continuar el crecimiento programado.

Lamentablemente, al poco andar, nos encontramos con una serie de problemas graves, algunos previsibles y otros muy inesperados, como, por ejemplo, el terremoto del 5 de marzo del año 1985. Este terremoto ocasionó daños estructurales graves en un 80% del hospital y en el CEDIUC entre un 80 y 100%. Esto obligó a cerrar diversas áreas para reparar y remodelar, con un importante contingente de trabajadores, que hicieron imposible mantener la actividad propia del hospital.

Afortunadamente, se encontraba terminada la torre de siete pisos anexa al hospital, lo que permitió trasladar, a ese sector, diversos servicios y áreas en reparación.

Los múltiples trabajos que hubo que hacer afectaron gravemente la ocupación y, por ende,

los ingresos del hospital que, junto a los compromisos bancarios previamente adquiridos, hicieron que en el período 86-87 tuviéramos que enfrentar frecuentes problemas de carácter financiero.

La situación que vivía el país por esos años era a su vez difícil, se pasaba por una fuerte recesión económica, cierta inquietud social e indisciplina en el alumnado de las universidades.

Sin embargo, el día 3 de abril de 1987 hubo un hecho trascendental que iluminó nuestras almas y elevó nuestro espíritu, me refiero a la visita de Su Santidad Juan Pablo II a la Casa Central de nuestra Universidad. Muchos de ustedes pudieron compartir con él esa reunión. Fue realmente impactante su presencia y sus palabras marcaron profundamente la actividad académica; aún ahora las seguimos escuchando.

Ese año iniciamos también, con fuerza, la descentralización administrativa, que tuvo la gracia de liberar energías creativas y reforzar responsabilidades. Esta iniciativa ha sido un

factor muy importante en el desarrollo y en el éxito económico que se ha alcanzado posteriormente.

En los años siguientes la situación económica de la Facultad fue progresivamente mejorando. Aumentó el margen operacional, se inició un sistema de presupuestación que significó asignar mejor los recursos entregándolos en forma más equitativa, se renegociaron las deudas a un mayor plazo y a un menor interés y se pusieron en práctica una serie de estrategias comerciales que permitieron firmar convenios con muchas instituciones. Mejoró así el índice ocupacional del Hospital y la venta de servicios. Uno de los convenios más exitosos fue el Plan Complemento UC que amplió significativamente el mercado del Hospital y que sigue operando con buenos resultados hasta el día de hoy.

En el ámbito académico se dieron importantes pasos para lograr la autonomía docente, perfeccionar la docencia de pregrado, estimular la investigación y mantener el nivel tecnológico de un hospital universitario.

Es así como en áreas propias de la Facultad se crearon las especialidades de Dermatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Pediatría, Traumatología, Psiquiatría y Bioética.

En pregrado se realizó una amplia revisión curricular con el objeto de reducir la entrega pasiva de conocimientos y la carga del currículo, favoreciendo la enseñanza de tipo tutorial, la realización de seminarios y el estímulo al autoestudio. Se incrementó la enseñanza ambulatoria, reduciendo en la misma proporción la práctica intrahospitalaria. Se efectuaron modifi-

caciones significativas en los programas de internado, favoreciendo su progresiva integración.

Con respecto a fortalecer y desarrollar la investigación, se trabajó aceleradamente para que el Centro de Investigaciones Médicas fuera una realidad. Este Centro se inauguró el 19 de abril de 1990, gracias a las numerosas donaciones obtenidas para este fin y a los aportes de la Facultad y de la Universidad.

Otra obra importante que se realizó con los aportes de la Universidad, de la Corporación Mutual de Académicos y de la Corporación de Televisión de la Universidad fue el Nuevo Pensionado. Este proyecto se concretó en una moderna torre de 10 pisos con todas las comodidades y la mejor atención que un enfermo puede necesitar. Fue necesario, sin embargo, realizar un gran esfuerzo de coordinación para que estas nuevas 100 camas se integraran al Hospital Clínico y recibieran todos los servicios que éste ofrece con la máxima eficiencia.

En 1988 nuestra Universidad cumplió jubilosamente un siglo de existencia. El Centenario de la Universidad nos llenó de alegría y de ansias de celebrar. A su vez, fue una hora de evaluación y meditación, sobre el camino recorrido, los logros alcanzados y cómo debíamos proyectarnos al futuro.

A partir de 1988, con el apoyo y la necesaria comprensión de todos los estamentos, se continuó realizando una serie de correcciones que culminaron en 1991 con una Facultad saneada en el aspecto financiero, con un margen operacional superior al 10%, lo que permitirá proyectar un nuevo período de consolidación y crecimiento sobre bases sólidas.

INTERVENCION DEL DR. PEDRO ROSSO R.

Me estoy acercando al ecuador de mi período de Decano, por lo tanto, no tengo la perspectiva histórica necesaria para analizar ni siquiera lo que sucedió durante el primer año del mandato de la actual directiva. En consecuencia, mi comentario se va a enfocar en lo que hemos oído de la excelente presentación hecha por José Antonio, a quien felicito por el esfuerzo de recopilación de datos y de análisis.

Me voy a referir, en términos muy generales, a esa información y también a las intervenciones de Pablo y Ricardo. En primer lugar, quisiera manifestarles que a pesar de haber estado casi dos años junto a Ricardo en calidad de Vice-

decano y, por lo tanto, muy cercano al proceso de toma de decisiones de la Escuela y habiendo contado, además, con la oportunidad de conocer en detalle muchos de los aspectos del funcionamiento de nuestra institución, sólo después de haber asumido la responsabilidad de Decano he descubierto plenamente la enorme complejidad del cargo. Esa misma experiencia la han tenido cada uno de los miembros de la directiva de la Facultad. Con frecuencia, al llegar a mi casa, repaso las cosas que he hecho durante el día, y descubro que éstas cubren un rango tan grande como el haber recibido a un señor que vino a donar su cuerpo; el haber analizado algún problema de índole administrativa, como la configuración de nuestro sistema de informática; la conversación con un académico joven que viene

a plantearme sus inquietudes respecto a su carrera académica; un intercambio de ideas con un Jefe de Departamento que tiene un proyecto de inversión, etc. Por lo tanto, y volviendo a lo dicho anteriormente, uno se asombra de la magnitud y diversidad de la tarea. En varias oportunidades me he preguntado acerca de lo mucho más fácil que sería tener una Escuela de Medicina sin Hospital Clínico, de tal manera que pudiéramos dedicarnos, como hace la mayoría de los otros decanos de Medicina, sólo a la administración académica. Sin embargo, uno se da cuenta de que un porcentaje muy alto del contenido de la presentación de José Antonio y de los comentarios tanto de Pablo como de Ricardo, han estado orientados hacia el área hospitalaria, en la necesidad de poder mantenernos vigentes como una empresa de salud. Si fuésemos una Escuela de Medicina sin Hospital Clínico propio, ciertamente las cosas serían más fáciles, pero no tendríamos la enorme oportunidad y el enorme potencial que significa disponer de los recursos que genera nuestra venta de servicios. Por lo tanto, pienso que es algo que nunca deberíamos perder, porque constituye una de las más importantes ventajas comparativas con respecto a otras escuelas de Medicina.

Habiendo dicho que la tarea es compleja, que exige tomar decisiones sobre problemas de una naturaleza muy variada, debo decirles que es una tarea realmente gratificante por dos motivos: primero, por la calidad humana de quienes integran nuestra Escuela de Medicina; esto último me resulta especialmente valioso, porque he conocido íntimamente las características de las personas que integran comunidades académicas de otras latitudes y puedo decirles que, comparativamente, nuestro ambiente es mucho más "sano". Más allá de nuestras diferencias y rencillas menores, de nuestras descalificaciones de quién tiene más o menos puesta la camiseta de la institución, somos una verdadera comunidad en cuanto a nuestra adhesión y fidelidad a ciertos valores trascendentales, hecho que establece los marcos de nuestro estilo de convivencia. Entre los aspectos que debemos apreciar está el hecho de que entre nosotros no existen divisiones de tipo ideológico, que nunca jamás hemos usado criterios de política partidista para elegir las autoridades de nuestra Escuela. ¿Qué significa esto? Que, aunque a veces nos cuesta creerlo, realmente vivimos el espíritu universitario y compartimos esos ideales.

El otro aspecto que hace gratificante la tarea de conducir una Escuela de Medicina como la nuestra es saber que siempre habrá personas en

quien podremos contar para llevar adelante, en forma dedicada y altruista, esta tarea que estará eternamente inconclusa, me refiero la continua búsqueda del perfeccionamiento de nuestra comunidad universitaria. Es esa vocación de servicio, personal y colectivo, lo que nos ha permitido el enorme desarrollo que muestran las estadísticas compiladas por José Antonio.

Durante la década que estamos analizando se han producido tres cambios que quisiera destacar. Por una parte, el progresivo fortalecimiento de nuestra actividad académica, traducido en la mejoría de diversos indicadores claves. Respecto a este punto creo que, en términos absolutos, no podemos darnos por satisfechos, ya que hay muchos aspectos de docencia e investigación en los cuales tenemos aún mucho que mejorar, pero es indiscutible que hemos logrado un incuestionable liderazgo entre las Escuelas de Medicina del país. Se trata de un hecho que debemos asumir, con humildad, sin triunfalismo, como una responsabilidad adicional que nos obliga a abrirnos más a la comunidad nacional con respecto a comunicar nuestras ideas y visiones relativas al sector salud y a educación médica. En segundo término, está influyendo fuertemente en nuestra actividad de venta de servicios la nueva dinámica del sector privado de salud. En esos últimos 10 años se ha consolidado la realidad de las Isapres, hecho que, en estos momentos, nos permite mantener un alto índice de actividad, lo que ha mejorado notablemente nuestros ingresos, pero que también nos obliga a algo a lo que no estábamos acostumbrados: competir en el mercado de la salud. Eso nos ha impuesto la necesidad de iniciar un proceso de desarrollo estratégico. En otras épocas teníamos una unidad de propósitos que surgía de las exigencias de nuestra misión educativa, a ellas hemos debido agregar el desafío de perfilarnos en forma exitosa como empresa de salud. Ese imperativo se mantendrá indefinidamente, porque nuestro entorno está cambiando de una manera que si no somos capaces de aprovechar las oportunidades que nos ofrece y, al mismo tiempo, protegernos de sus amenazas, en un plazo relativamente breve ese entorno decidirá nuestro futuro como empresa de salud.

Un tercer elemento al que quisiera referirme, es el hecho de que durante el período 1983-1992 nos hemos endeudado en niveles sin precedentes. No voy a entrar a analizar las causas de ese proceso ni sus obvias consecuencias en cuanto a la gestión financiera, sólo quiero destacar la forma en que ese hecho ha marcado nuestras relaciones con el resto de la Universidad.

Aunque hemos contado, y seguimos contando, con el apoyo de la Dirección Superior, el resto de las unidades académicas ha llegado a considerarnos una seria amenaza potencial en el sentido que un eventual quiebre económico de nuestra empresa de salud arrastraría a toda la Universidad. En esta apreciación influye el monto de nuestra deuda pero, además, el de nuestro presupuesto global, que actualmente es levemente superior al resto de la Universidad. La percepción de la Escuela de Medicina como una amenaza potencial se ha traducido en la negativa terminante de la gran mayoría de los integrantes del Consejo Superior a aportarnos fondos para disminuir nuestra deuda. Como ustedes deben saber, la Universidad ha reducido significativamente sus pasivos, pero ha marginado a nuestra Escuela de ese beneficio. Esta situación de ostracismo es curiosa, por decir lo menos. Aparentemente nosotros somos parte de

la Universidad cuando la prestigiamos, pero cuando se trata de analizar nuestra situación de financiamiento y específicamente de nuestra deuda con el sistema financiero, se nos considera una especie de entidad autónoma. Obviamente, en esta área tenemos una tarea importante, cual es convencer al resto de las Facultades que necesitamos capital de trabajo, que necesitamos mantener un buen nivel de inversiones para continuar mejorando nuestra situación y que la única manera de aminorar lo que ellos perciben como una amenaza es, precisamente, siendo equitativos y, por lo tanto, ayudándonos a disminuir nuestra carga financiera. Carga que, por lo demás, no es "nuestra", es de toda la Universidad. Si eso sucediera, si pudiéramos revertir las políticas vigentes, estoy seguro de que podríamos dar un nuevo salto adelante, en todo sentido, tan importante y positivo como el de los últimos diez años.

Ceremonias de entrega de títulos de Médico-Cirujanos y de Especialistas

- A. Entrega del título de Médico-Cirujano a los alumnos de la promoción 1993 (25 de enero de 1994)
- B. Entrega de títulos de Especialistas (22 de junio de 1994)

A. Entrega del título de Médico-Cirujano a los alumnos de la promoción 1993

(25 de enero de 1994)

Discurso del Decano de la Facultad de Medicina,
Dr. Pedro Rosso R.



Juramento médico colectivo de la promoción 1993. Sala Juan Francisco Fresno,
Centro de Extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile

En nombre de la Facultad de Medicina, es muy grato poder dirigirme a ustedes en este día memorable en el que culmina vuestra etapa de vida universitaria y se inicia aquella de la actividad profesional en el campo de la Medicina.

Laín Entralgo, humanista y médico español, definió la Medicina como "la solución dada por el hombre a uno de los problemas genéricamente humanos, el de ayudar a la curación del semejante cuando éste se halla enfermo". Efectivamente, la profesión que ustedes han escogido tiene como elemento central al hombre sufriente y como

puntos referenciales a la vida y a la muerte. Por lo tanto, como ninguna otra profesión, la Medicina nos confronta con el misterio humano y exige de nosotros una definición del hombre con base a la cual podamos darle sentido a nuestras acciones profesionales. El aspecto que acabo de señalar es de la mayor importancia, porque de allí surgen, como corolario, las definiciones valóricas que orientarán lo que se ha llamado el "acto médico", vale decir, la forma en que el médico asiste a su paciente.

El acto médico es el hecho central de la Medicina y, por esa razón, su historia a través de los

siglos y la de los hombres que con su genialidad contribuyeron a darle una eficacia siempre mayor a ese acto, constituyen la historia misma de la Medicina. Hoy ustedes ingresan plenamente a esa noble historia. Hasta ayer eran sólo discípulos de Galeno, Paracelso, Vesalio, Malpighi, Virchow, Bernard y tantos otros. A partir de hoy serán colegas de esos médicos ilustres y, en forma intangible pero real, comenzarán a asumir la tarea del futuro. A partir de hoy, vuestros planes de vida, vuestra visión de la Medicina, vuestra creatividad y tenacidad pasan a formar parte del gran caudal de la historia de la Medicina. Por consiguiente, de ustedes dependerá el curso que ella tome.

Lo que acabo de decir no es una mera figura poética. Creo firmemente en que cada hombre y mujer tiene la posibilidad de contribuir a la creación de un futuro mejor y que serán capaces de hacerlo en la medida en que vivan con un sentido histórico de "deber ser" y de "deberse a otros". Al respecto, me viene a la memoria una frase de Miguel de Unamuno dirigida, hace muchos años, a los estudiantes de la Universidad de Salamanca, con motivo de la inauguración de un año académico: "Una vida espiritual entrañada (es decir, asumida de todo corazón) es repetición, es costumbre, santo cumplimiento del oficio cotidiano, del destino y de la vocación".

Los he exhortado a asumir un papel conductor en la historia de la Medicina no sólo porque es una responsabilidad generacional, sino porque la Medicina chilena se encuentra en las etapas iniciales de una crisis que, de no ser resuelta correctamente, nos causará mucho daño. Debo aclararles que utilizo la palabra crisis en su sentido literal, vale decir, un momento de profundas transformaciones cuyo sentido espera ser definido. Algunos problemas de la Medicina chilena son propios de toda la Medicina contemporánea y para solucionarlos deberemos actuar junto con el resto de la comunidad médica internacional. Sin embargo, la mayoría de los problemas a los que hago alusión surgen directamente de nuestra historia y de nuestra cultura y nos corresponde a nosotros corregirlos. Entre los problemas que considero centrales están los siguientes: 1. Las escuelas de Medicina; 2. La creciente desconfianza entre la comunidad y los médicos, y 3. Los sistemas de salud.

Por razones de tiempo, me limitaré a enunciar mi percepción de los problemas señalados y a mencionar las posibles acciones rectificatorias.

1. LAS ESCUELAS DE MEDICINA

Las escuelas de Medicina de nuestro país continúan manteniendo un sistema de enseñanza de la clínica basado en profesores contratados por jornadas parciales o con una dedicación de tiempo a la vida universitaria sólo parcial. Los países líderes en el campo de la Medicina abandonaron hace muchas décadas este modelo docente por considerarlo incompatible con el progreso de la Medicina y con la existencia de programas de formación de alta calidad.

Actualmente, nuestros programas docentes permiten una formación adecuada, aunque subóptima, a nivel de pregrado y, en general, son de calidad apenas aceptable en lo que a formación de especialistas se refiere. Sin embargo, donde el modelo muestra claras falencias es en su capacidad de generar ambientes científicamente sólidos e intelectualmente estimulantes para quienes aspiran a una carrera académica. Eso ha hecho que nuestros jóvenes con vocación para la vida universitaria deban formarse en las escuelas de Medicina del hemisferio norte.

La condición de tiempo parcial de los profesores clínicos repercute, además, negativamente en muchos otros ámbitos de nuestras escuelas de Medicina, restándoles lustre y profundidad académica. Pero, como país, deberíamos preocuparnos también el hecho de que esa dedicación parcial determina una escasa capacidad científica en el área de las ciencias médicas. Basta leer las revistas del área para darse cuenta de que, en cuanto a nivel de sofisticación científica, ellas tienen un atraso relativo de muchos años con respecto al frente de avance de las ciencias médicas. Nos hemos resignado a esa realidad pensando que siempre tendremos la competencia suficiente para asimilar transferencia tecnológica. Pero eso podría cambiar en el futuro si la adopción de ciertos avances médicos pasara a depender de la presencia en nuestro país de equipos clínicos con una alta capacidad científica. Lo que acabo de mencionar no son meras suposiciones. Por ejemplo, me temo que en la actualidad nuestro país tendría serias dificultades para aplicar la terapia génica en el tratamiento del cáncer.

Considerando la obsolescencia estructural de nuestras escuelas de Medicina, con respecto a sus cuerpos docentes, la aparición de nuevas escuelas de Medicina resulta preocupante. Todas ellas han pretendido ser innovadoras en cuanto a materias curriculares, pero están iniciando sus vidas académicas sin contar siquiera con un núcleo significativo de profesores de dedicación exclusiva en sus ramos básicos. Por lo tanto, son

escuelas que deberán improvisar cuerpos docentes o utilizar los profesores de las escuelas ya establecidas, con lo cual sólo contribuirán a perpetuar el modelo indeseable de profesores de tiempo parcial en el que estamos anclados.

Es urgente, en consecuencia, que podamos contar con cuerpos docentes cuyos académicos tengan una dedicación preferencial a la vida universitaria y, al mismo tiempo, que establezcamos normas de calidad académica mucho más exigentes que las actuales. Con ello estaremos asegurando la excelencia profesional de las futuras generaciones de médicos pero, además, la vigencia a largo plazo de un sistema de formación de profesionales de la salud capaz de contribuir, en forma significativa, al avance del conocimiento médico y de mantener nuestro país a la par con los países líderes en el campo de la biomedicina.

Es muy grato poder informarles que nuestra Escuela considera prioritaria la consolidación de un núcleo de profesores clínicos con una dedicación semiexclusiva a la vida universitaria. Para ese fin ha iniciado un esfuerzo importante en el campo de las remuneraciones, del mejoramiento de su infraestructura de investigación y de la contratación de académicos investigadores. Respecto a esto último, deseo comunicarles que, hace pocos días, el H. Consejo Superior aprobó la creación de un Programa de Doctorado en Ciencias Médicas en nuestra Escuela. Esa aprobación, junto con representar un reconocimiento a nuestros avances en el campo de la investigación científica, nos otorga una herramienta insustituible para la formación de quienes se sienten llamados a la vida académica. Sin embargo, tenemos la sensación de que la tarea de lograr una mejor Escuela de Medicina sólo está comenzando.

2. LA CRECIENTE DESCONFIANZA ENTRE LA COMUNIDAD Y LOS MEDICOS

Durante la última década se han producido fisuras en la confianza que debe existir entre los médicos y sus pacientes. Un hecho que refleja en forma muy dramática esa realidad es el aumento explosivo que han experimentado las denuncias judiciales por supuesta incompetencia o negligencia profesional. Aunque en estos casos los pacientes o sus familiares pueden actuar influidos por razones ajenas al acto médico mismo, es innegable que el aumento mencionado indica un cuestionamiento del quehacer médico al que no estábamos acostumbrados.

Las causas del problema que estoy señalando no han sido investigadas todavía. En consecuencia, me limitaré a plantear mis suposiciones sobre lo que podría estar ocurriendo. En primer lugar, me pregunto si no estaremos viviendo un problema de incompetencia profesional de tipo técnico y de tipo vocacional. El primer tipo de incompetencia se refiere a los conocimientos que el médico tiene y a los criterios con los cuales utiliza sus conocimientos y destrezas durante el acto médico. El segundo tipo de incompetencia se refiere a la incapacidad de establecer una relación médico-paciente que resulte satisfactoria para éste y sus familiares.

Con respecto a la incompetencia de tipo técnico, debo manifestarles que no tengo dudas sobre la seriedad con que están trabajando las escuelas de Medicina, ni tampoco, salvo lo que ya he comentado, sobre la calidad de sus programas de formación de pregrado. Por lo tanto, de producirse incompetencia profesional de tipo técnico ésta ocurriría como un fenómeno extrauniversitario. Creo que tal posibilidad es muy real y que deberíamos investigarla seriamente. Mis dudas surgen del hecho de que nuestros programas de formación fomentan la pasividad del estudiante respecto al proceso de aprendizaje. Esto hace que nuestros alumnos sean poco inquisitivos y que no adquieran el hábito de la autoinstrucción, elemento fundamental en la formación médica posuniversitaria, ya que nuestra profesión requiere que nos mantengamos en un proceso constante de actualización de conocimientos. Por otra parte, al contrario de lo que ocurre en muchos países, en Chile el otorgamiento de un título profesional de médico-cirujano tiene una validez de por vida y no conlleva la obligación legal de perfeccionamiento profesional continuo. En consecuencia, los malos hábitos de estudio adquiridos en la universidad, junto con la carencia de un sistema obligatorio de educación continua, podrían estar generando un tipo de incompetencia profesional por obsolescencia de los conocimientos adquiridos.

Otra área de incompetencia profesional podría estar generada por quienes actúan como especialistas sin tener la formación adecuada. Al respecto, ustedes saben que en diversas áreas de Chile existe un déficit de especialistas. Junto con formar menos especialistas de los que requiere, nuestro país carece, además, de una legislación que establezca que sólo pueden ejercer como especialistas quienes están debidamente acreditados como tales. Se entiende que dicha acreditación debería ser otorgada por un cuerpo examinador oficialmente reconocido. Ante las falencias descritas,

son muchos los médicos que actúan como especialistas autodidactas y, en consecuencia, están en mayor riesgo de cometer acciones incompetentes. Creo que tanto el establecimiento de un sistema legalizado de educación continua, como el de un sistema de otorgamiento del título de especialista podría contribuir a una disminución de errores médicos causados por incompetencia profesional.

En cuanto a la incompetencia para establecer una buena relación médico-paciente, creo que ésta contribuye tanto o incluso más que la de tipo puramente técnico a generar desconfianza hacia los médicos. En esta incompetencia influirían dos elementos: uno de personalidad y otro de tipo formativo. Con respecto al factor personalidad, está bien demostrado que los pacientes sólo perciben como médicos integralmente buenos a aquellos que se muestran empáticamente interesados por sus pacientes. A su vez, ese tipo de personalidad es propia de los médicos que actúan movidos por una genuina vocación de servicio al prójimo. Es evidente que no todos quienes postulan a la carrera de Medicina poseen esos rasgos de personalidad, de ahí la importancia que las escuelas de Medicina inicien procesos especiales de admisión para asegurarse que lleguen a ser médicos sólo quienes tienen las aptitudes necesarias. Al respecto, me complace que nuestra Escuela haya innovado en esta materia y espero que las otras escuelas, en vez de crearnos las dificultades que este año nos obligaron a suspender, transitoriamente, nuestro examen especial de admisión, adopten una actitud más acorde con el progreso de la educación médica mundial.

Mencionaba que junto al elemento de personalidad, una buena relación médico-paciente presupone la aplicación de ciertos criterios adquiridos durante el proceso de formación. En esta área los elementos formativos son de tipo teórico y práctico. Los primeros incluyen, entre otros elementos básicos, la psicología de la persona enferma, conocimiento de los derechos del paciente, elementos de ética profesional, entrenamiento sobre el trato al paciente terminal y a sus familias. En cambio, los elementos formativos de tipo práctico son la actitud y actuación de los propios profesores al enfrentar a sus pacientes. De más está decir que la falla de este segundo aspecto transforma en letra vacía todo lo que puede haberse enseñado en forma teórica.

3. LOS SISTEMAS DE SALUD

Una de las características de la Medicina contemporánea es su naturaleza social, entendiendo

por esto su dependencia de una red de apoyo. Esa red comprende, en un primer plano, un grupo de trabajo que integran otros profesionales de la salud, en un segundo plano, a una institución de salud inserta en una organización o sistema de salud, y, en un tercer plano, a toda la comunidad. Un destacado médico del siglo pasado, el Dr. Schwenninger (médico de Bismarck), dijo: "Cuando asisto a un enfermo, él y yo estamos en una isla desierta". Eso continúa siendo válido en el sentido de que la acción del médico sólo compromete directamente a dos personas: el paciente y el médico; sin embargo, en la Medicina actual esa acción está inserta en un contexto de sistemas de salud, el cual establece para el médico ciertas normas explícitas o implícitas.

Los sistemas de salud pueden ser los microsistemas de un centro médico o de un consultorio, los sistemas de tamaño mediano de un hospital, o los macrosistemas de un Estado o de una organización privada de salud.

Actualmente todos los macrosistemas médicos del mundo están sumidos en una profunda crisis económica provocada por la imposibilidad de seguir soportando los niveles de gasto que han experimentado en los últimos años. Se trata, por lo tanto, de un problema que, externamente, parece deberse a mala gestión administrativa o a falta de recursos. Sin embargo, tal como lo demostró el reciente análisis del sistema de salud de los EE.UU. de Norteamérica, una mejor gestión o un mayor aporte de recursos sólo habrían mejorado las cosas en forma marginal.

En nuestro país los sistemas de salud también viven tensiones importantes. Al sistema estatal se le acusa de una gestión ineficiente, mientras que a los sistemas de salud privados se les acusa de estar fomentando en Chile el mismo modelo de Medicina curativa, tecnificada y cara, que está fracasando en otros países.

Ambos sectores han respondido a esas críticas poniendo énfasis en la necesidad de mejorar la gestión y controlar los costos, medidas cuya conveniencia nadie podría discutir. Sin embargo, ninguno de los dos sistemas ha presentado alternativas de solución para el problema de fondo que los aqueja, y que es común a todos los sistemas del mundo, esto es reorientar completamente sus objetivos hacia la Medicina preventiva, llevando a las personas a asumir plenamente la realidad de que la salud es un derecho pero también un deber que el bien común exige.

Mientras no hagamos un esfuerzo serio en el campo de la salud preventiva, seguiremos sumergidos en el absurdo actual, equivalente a un hospital en tiempos de guerra, en el cual los

médicos tratan de salvar vidas, mientras, a su alrededor, todos los demás están atentando contra la vida. Me refiero a la morbilidad y mortalidad que causan ciertas características de nuestra cultura como una dieta que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares y cáncer; del uso de tabaco; de las múltiples situaciones estresantes de la vida urbana; el medio ambiente contaminado; el uso de drogas; la promiscuidad sexual; la irresponsabilidad en la conducción de vehículos motorizados, y la negligencia e indiferencia en la que crecen niños que nadie ama. Todas las situaciones que he descrito provocan cada año millones de nuevas víctimas que son tratadas en hospitales mediante el uso de elementos diagnósticos y terapéuticos siempre más caros.

Sin lugar a dudas, la descripción que he hecho del estado de la salud en nuestro país y en el mundo puede parecer muy esquemática y extrema, pero lo cierto es que sus hechos básicos son objetivos. Más aún, si agregáramos al modelo elementos adicionales como cambios demográficos, el crecimiento económico, la expansión del conocimiento médico y otras variables, la situación de fondo permanecería inmutable. Vale decir, de mantenerse el actual estado de cosas, una proporción muy alta de personas continuará enfermándose de patologías evitables y muriendo prematuramente por causa de ellas. Esa es la tarea que nos espera y que nos compete como médicos. Debemos reinventar los sistemas de salud haciéndolos accesibles a todos, eficientes y costeables, pero, al mismo tiempo, promotores de la salud y de la Medicina preventiva y no meros administradores de Medicina curativa.

He dejado para el final un tema que solamente esboqué al comienzo de este discurso. Me refiero al elemento valórico central que orienta la acción del médico. A este respecto, quisiera citar una frase que Monseñor Carlos Casanueva, el Rector que fundó nuestra Facultad de Medicina, usó en 1927 en su informe de avance sobre el proyecto de la Escuela. Refiriéndose a ésta dijo: "De eso

sí que estamos ciertos, y diríamos que tenemos la evidencia, que Dios la quiere".

Nosotros compartimos plenamente esa convicción de Monseñor Casanueva. Creemos que esta Escuela existe como una manifestación de la voluntad de Dios y que su existencia se justifica sólo en la medida que busca perfeccionarse en su fidelidad al servicio a Dios y a la Iglesia. Toda nuestra labor universitaria está centrada en ese fin y, concretamente, en la posibilidad de testimoniar a ustedes para que ustedes puedan dar testimonio a otros que Dios es Amor y que por amor decidió incorporarse a nuestra historia personal y colectiva.

Al hacerles entrega de vuestro título de médico-cirujano, espero que simbólicamente los estemos confirmando en el espíritu de servicio por amor y de apertura a las necesidades de nuestros hermanos enfermos que motivó la creación de nuestra Escuela de Medicina. Al mencionarles las tareas que considero serán los grandes desafíos de vuestra generación, no se me escapa el hecho de que la tarea más difícil será, precisamente, las que deberán enfrentar cada uno de ustedes, por separado, en la intimidad que compartan con sus pacientes o en el espacio de discusión de alternativas y conductas médicas que establezcan con vuestros colegas. En esas circunstancias, muchas veces deberán dar testimonio de vuestras creencias en medio de la incomprensión y descalificación ajena. En ese sentido les deseo, de todo corazón, que vuestras vidas profesionales sean un camino de constante crecimiento en la proclamación de la Verdad que es común a Dios y al hombre. Creemos en ustedes, confiamos en ustedes y esperamos de ustedes. Al mismo tiempo, quiero decirles que nunca estarán solos. Siempre tendrán al Señor y, en lo que a nosotros respecta, siempre estaremos dispuestos a acogerlos en esta casa para apoyarlos en la medida que nos resulte posible.

¡Que el Señor los acompañe siempre!
Muchas gracias.

Discurso del Mejor Alumno de la Promoción 1993

Dr. Mario A. Carstens Rojas

*Estudios básicos y medios en los Colegios Craighouse y Santiago College.
Estudios médicos en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (1987-1993),
con excelente rendimiento*



Señor Rector, Decano, Director, profesores y funcionarios de nuestra Facultad. Amigos presentes, señoras y señores. Buenas noches.

Hoy es sin duda un gran día para todos nosotros. Este simboliza el fin de una larga etapa en nuestras vidas y a la vez el comienzo del resto de las mismas. Por fin llega este momento tan largamente anhelado por todos. Sin embargo, pese a lo grato que pueda resultar en muchos aspectos, no deja de significar un quiebre. Quiebre que llena de interrogantes las mentes de quienes hoy nos graduamos.

No resulta fácil, por lo tanto, estar frente a

ustedes y con mis palabras tratar de interpretar los sentimientos de cada uno. Pero, pese a la natural diversidad existente, pienso que siempre existirán puntos de encuentro.

A todos nos debe llenar de sana alegría el ver a nuestros padres con la felicidad pintada en sus rostros y los pechos hinchados de regocijo, y sabernos responsables directos de ello. También es legítimo el sentirnos orgullosos de nosotros mismos, por haberles cumplido. Saber que todo el esfuerzo que con tanto amor y dedicación realizaron durante estos años no fue en vano, ya que desde hoy en adelante rinde sus frutos, los

cuales comenzamos a cosechar. Nuestro eterno agradecimiento, pues, para ellos y para todos quienes estuvieron siempre a nuestro lado en forma desinteresada. Para ustedes que nos brindaron su amor, apoyo y confianza, tanto en las buenas como en las malas. Gracias a nuestros docentes, quienes, además de brindarnos los conocimientos, fueron en no pocas oportunidades verdaderos maestros de la vida. Cuántos consejos vertieron en nosotros, muchos de los cuales quizás aún ahora no comenzamos a valorar. Muchos fueron un ejemplo para nosotros, como profesionales y como personas. Nuestro más sincero agradecimiento a ustedes.

Cómo no aprovechar la ocasión para agradecer a Dios por los dones recibidos, por su luz, la cual nos acompañó durante estos años, por ser nuestro refugio en la adversidad y nuestro más íntimo confidente en los momentos de duda. Y cómo no agradecerle además por este feliz término de nuestras carreras.

Por otro lado, resultan inevitables las imágenes y recuerdos de este largo camino recorrido y que afloran con fuerza inusitada en nuestras mentes. Recuerdos de muchos momentos vividos en estos años, los de alegría, los de meditación, algunos de tristeza. En fin, aquellos que en mayor o menor medida nos fueron marcando y que con el correr del tiempo contribuyeron al proceso de maduración y formación de cada uno como personas de bien y profesionales. Un camino que, al igual de otros, fue en ocasiones recto y bien pavimentado, pero en otras presentó baches, curvas peligrosas e incluso desvíos. Logramos llegar con éxito al fin de éste, pero eso no hubiera sido posible sin la estricta señalización impuesta por los responsables de nuestra Facultad. Podrá no ser perfecta, pero qué institución creada por el hombre puede pretender serlo. Debemos sentir-

nos orgullosos de haber pertenecido a ella y confiados en el rumbo que se ha trazado. En los últimos años fuimos testigos de los primeros pasos dados con el fin de concretar un ambicioso plan de reestructuración académica. Plan que, de concretarse, estoy seguro, transformará a la que fue nuestra casa durante estos años en un ejemplo para las demás facultades de Medicina del país.

Pienso que en este momento, si bien es importante hacer un alto para llevar la vista atrás y reflexionar acerca de lo que han sido nuestras vidas. También conviene pensar en el futuro, ese futuro desafiante, lleno de sueños y proyectos, pero en ocasiones incierto, el que debe estar quitándole el sueño a más de alguno. Más que consejos, los invito a tenerse confianza. Fuimos elegidos entre miles y supimos triunfar entre aquellos elegidos. Las cosas no tienen por qué ser diferentes ahora que nos encontramos aun más preparados que entonces. Todos los sueños y proyectos que nos proponíamos son posibles de lograr. No siempre será fácil, pero dado el enorme potencial de cada uno, nuestro destino debiera ser el construir nuestras vidas como las hayamos imaginado. Además, tengan siempre presente que en esta empresa nunca estaremos solos. Nuestros seres queridos, quienes fielmente estuvieron a nuestro lado apoyándonos en estos años, permanecerán ahí, incondicionales. La luz de Dios nos seguirá iluminando, pese a lo adverso que pueda, en ocasiones, aparecer todo a nuestro alrededor. Y nuestra Facultad, convertida desde ahora en nuestra *Alma Mater*, será el sello de garantía y respaldo del cual debemos estar orgullosos. Es así como con estos tres baluartes estamos listos para iniciar la construcción de este nuevo camino que comenzamos a recorrer.

Muchas gracias.



El Dr. Carstens recibe de manos del Rector de la Universidad el premio que se otorga al mejor alumno de la promoción 1993.

Nómina de la promoción médica 1993

Acuña Peña, Ana Patricia
Agurto Urrutia, Carlo Patricio
Alvarado Vera, Rubén Evanan
Alvarez Dfáz, Sergio Cristián
Alvarez Lobo, Manuel Marcelo
Arce Faúndez, Ingrid de los Angeles
Barrera Renault, Claudia Carolina
Barros Donoso, María Teresa
Blanco Moreno, Cristián Andrés
Calderón Saavedra, Christian Felipe
Carrasco Arancibia, Roberto Hernán
Carstens Rojas, Mario Alfredo
Carvallo Holtz, Cristián Alfredo
Cid Passarini, Francisco Javier
Cifuentes Muñoz, Patricio Arnaldo
Cortés González, Pablo Alejandro
Domenech Mercado, Alfredo Iván
Errandonea Uriarte, María Isabel
Erskine Miqueles, James Donald
Erskine Miqueles, Patricio Gabriel
Fernández Alarcón, Claudia Elvira
Furone Maisto, Sandra Concetta
Fuentes Rivera, Ricardo Marcelo
Garrido Arancibia, Jorge Andrés
Garrido Bruna, Isabel Margarita
Gengler Ladi, José Levente
Guajardo Correa, Juan Rodrigo
Guajardo Rivera, Larissa Pamela
Hernández Vásquez, Juan Pablo
Huidobro Muñoz, Laura Andrea

Irarrázaval Ossandon, María Elisa
Kattan Said, Alberto Javier
Kong Castro, Jorge Antonio
Leal Ibarra, Tatiana
Léniz Mezzano, Paula
Margozzini Maira, Paula Andrea
Marino Andrade, Carmen Marcia
Méndez Vásquez, Daniel Rodrigo
Mercado Arce, Andrés Ignacio
Montaña Rodríguez, Rodrigo Alejandro
Neira Vallejos, Paulina del Carmen
Norero Martínez, Mafalda María
Oestreicher Conley, Eveline Michelle
Pino Verme, Lorena Alejandra
Prieto Urrutia, Jorge Andrés
Pumarino Meléndez, José Luis
Radovic Repetto, Rafael Iván
Ramírez Hiriart, Rodrigo Andrés
Ríos Stange, Lorena Patricia
Rivera Aguilera, Marco Antonio
Román Veas, Javier Andrés Arturo
Silva Montes, Marcela
Soto Sarmiento, Oscar Gonzalo
Toro Galindo, Maritza Susana
Torrejón Silva, Claudia Paola
Trejo Cordero, María Elena
Umaña Fernández, Miguel Alberto
Valero Gatica, Magaly Sandra
Valdés Annunziata, Rodrigo
Varas Arancibia, Juan Rodrigo

B. Entrega de títulos de Especialistas

(22 de junio de 1994)

Discurso del Decano
de la Facultad de Medicina, Dr. Pedro Rosso R.



El Dr. Sergio Chiang Wong recibe de manos del Rector de la Universidad, Dr. Pedro Morandé C., el título de Especialista en Anestesiología

La Facultad de Medicina saluda afectuosamente a todos quienes hoy reciben su título de especialista y a los familiares y amigos que los acompañan. Como Facultad, es para nosotros un motivo de gran satisfacción entregarles el diploma que acredita vuestra nueva condición profesional.

En primer lugar, nos alegramos por ustedes, porque hoy cumplen un objetivo, largamente anhelado, que les ha exigido dedicación, esfuerzo y también, junto a vuestros seres queridos, una cuota significativa de sacrificio.

En segundo lugar, porque a través de ustedes estamos cumpliendo nuestra misión formadora de profesionales de la salud. Y, por lo tanto, nos complace poder anunciar a la comunidad nacional y a las autoridades de salud que, a partir de hoy, un nuevo contingente de especialistas médicos, de cuya calidad profesional y humana nos hacemos garantes, se integra al quehacer de la Medicina chilena.

Esta ceremonia se realiza por primera vez como un acto académico independiente de la entrega del título de médico-cirujano. Hemos querido hacerlo así para destacar la importancia que la Facultad otorga a sus programas de for-

mación de especialistas y solemnizar el acto en el cual formalizamos nuestro reconocimiento a la competencia técnico-profesional que han adquirido. En el período de formación que hoy oficialmente concluye, ustedes han puesto lo mejor de sí. Quiero asegurarles que nosotros también. Durante su historia, que ya abarca diversas décadas, nuestros programas de formación en especialidades han sufrido modificaciones en cuanto a número, estructura y contenido, pero ha permanecido invariable la seriedad y responsabilidad con que cada uno de esos programas ha sido desarrollado.

Eso se traduce en la calidad y dedicación de nuestros profesores, el cumplimiento cabal de cada uno de los aspectos de los programas y todas las exigencias, incluyendo rigurosas evaluaciones, a las que ustedes han sido sometidos. Somos conscientes de que aún tenemos muchas áreas en las cuales debemos mejorar, pero el reconocimiento de nuestras incompetencias no significa que estemos resignados a ellas. Muy por el contrario, continuamente evaluamos todo nuestro quehacer y nos esforzamos por mejorarlo.

Esa búsqueda de la excelencia hace parte de las mejores tradiciones de nuestra Escuela. Es el

ideal que nos ha moldeado como institución y que, a lo largo de los años, nos ha hecho líderes entre las escuelas de Medicina del país y de América Latina.

Pero no buscamos la excelencia con afán triunfalista, sino como una respuesta a nuestra vocación universitaria y un deber impuesto por la confianza que la comunidad nacional ha depositado en nosotros como centro formador de especialistas. Creemos que la formación de especialistas es una tarea tan importante, si no más importante, que la formación médica de pregrado.

Considerando las actuales condiciones económicas, sociales y culturales del país, y las características de la Medicina contemporánea, nos parece insostenible que la educación médica chilena continúe orientada a la formación de médicos generales.

Por la misma razón, consideramos indeseable que un médico se titule y comience a ejercer de inmediato su profesión, ya sea como médico general o, peor aún, como especialista autodidacta.

Entendemos las razones históricas que llevaron a la Organización Mundial de la Salud a proponer que los países en vías de desarrollo orientaran la educación médica a la formación de médicos generales. Es más, estamos seguros de que esa estrategia sigue siendo válida en aquellos países donde los recursos humanos y materiales son muy escasos y los sistemas de salud luchan por alcanzar coberturas útiles. Pero, dadas las realidades actuales de nuestro país, insistir en la mantención de ese objetivo final nos parece que significa ignorar los signos de los tiempos. Es por eso que, a partir del próximo año académico, tendremos un currículo de pregrado orientado a la formación de preespecialistas y no de médicos generales. Eso no significa que pensemos que el país ya no requiere de médicos capaces de resolver, en forma individual, una amplia gama de problemas de salud, incluyendo la referencia oportuna a los especialistas de las situaciones más complejas. Muy por el contrario, creemos necesario que aumente en forma muy significativa el número de profesionales con esas características, pero no a base de generalistas sin especialización alguna, sino que mediante la formación de programas de especialización en esas áreas.

Consecuentes con nuestras ideas, y gracias al apoyo entusiasta del Ministerio de Salud, nuestra Facultad de Medicina ha creado programas de formación para médicos generales del adulto y del niño. Estos profesionales están siendo capacitados en todos aquellos conocimientos y ha-

bilidades que un médico dedicado a la Medicina ambulatoria debe tener para actuar con la máxima eficiencia en relación a cada paciente por separado y a la entera comunidad en la cual se desempeña.

Esa es nuestra visión del presente y del futuro que queremos diseñar. De ahí surgen las metas que orientan algunos aspectos claves de nuestro plan estratégico. Nos complace que ellas coincidan plenamente con las grandes líneas políticas que el Gobierno se ha propuesto seguir en su esfuerzo por mejorar la situación de salud del país y, muy especialmente, el funcionamiento de los servicios de salud estatales. Tal como lo demuestra la experiencia de los países industrializados, un sistema de Medicina de buena calidad y costo razonable requiere, entre otras condicionantes generales, la existencia de un nivel de Medicina ambulatoria eficiente en cuanto a accesibilidad, oportunidad de atención y capacidad resolutoria. La experiencia de los países industrializados demuestra, además, que los sistemas privados de salud son incapaces de sustentar una Medicina basada en la alta especialización de los médicos que la ejercen.

Por esa razón de supervivencia, han sido las mismas compañías de seguros de salud, equivalentes a nuestras Isapres, las principales promotoras de una Medicina de menor costo que, a la vez, resulte más satisfactoria para los pacientes. Es así como, desde hace ya algunos años, la mayoría de ellas exige que todos sus asegurados sean vistos, en primera instancia, por un médico general, el cual sólo recurre al especialista cuando lo considera indispensable.

Considerando el aumento progresivo que ha experimentado el costo de la Medicina privada en nuestro país, resulta lógico pensar que las Isapres seguirán los pasos de sus congéneres europeos y norteamericanos. Por lo tanto, podemos anticipar que, con el tiempo, los sistemas de salud privado y público de nuestro país tendrán una evolución convergente, en el sentido de que ambos tratarán de crear una base de Medicina general competente y con gran capacidad resolutoria. Eso implica la presencia de generalistas especializados en la materia.

Nuestra idea de que el producto terminal del sistema universitario de formación médica debe ser un médico preespecialista, plantea una serie de asuntos relativos a los programas de especialización y al reconocimiento de los especialistas por parte de la comunidad médica y de la comunidad nacional. Por razones de tiempo, quisiera referirme sólo a algunos de esos aspectos.

En primer término, el hecho de que en nues-

tra cultura no se ha asentado el concepto que la especialización médica no es un asunto vocacional de los médicos sino que una exigencia de la Medicina de hoy y del futuro. Para que eso suceda es necesario, en primer término, que las escuelas de Medicina del país asuman esa realidad. Actualmente, tanto las más antiguas como las más recientes se consideran a sí mismas escuelas de pregrado que, además, ofrecen la posibilidad de especialización médica.

Es necesario que cambien ese enfoque obsoleto, pero, una vez que lo hagan, es importante que puedan obtener los recursos necesarios para el establecimiento de programas de formación de especialistas de buena calidad. Ese tipo de programas requieren de profesores muy competentes y dedicados, y una infraestructura hospitalaria que aporte equipamiento y pacientes. Desgraciadamente, salvo algunas excepciones, las escuelas de Medicina de nuestro país no disponen de ese tipo de recursos y, por lo tanto, no están capacitadas para ofrecer a todos sus egresados programas de especialización de buena calidad. Uso el término "buena calidad" en un contexto absoluto, vale decir, usando como paradigma a los mejores programas y no a los peores que existen en el mundo.

He mencionado ciertos hechos relativos a los programas de postítulo de las escuelas de Medicina que son sintomáticos de algunas de las debilidades profundas del sistema de educación médica chileno. Junto a esos hechos existen contingencias que agudizan la situación, muy especialmente la carencia crónica de ciertas especialidades en los servicios estatales de salud y en ciertos sectores del privado.

Dada la incapacidad de las escuelas de Medicina para responder a esa demanda, el Estado ha debido poner en marcha programas de capacitación profesional mínima en sus propios servicios, medida que tanto las universidades como algunas sociedades médicas han lamentado, pero que han debido aceptar como el menor de dos males.

Una situación análoga viven los servicios médicos de diversas instituciones, entre ellas algunas mutuales y fuerzas armadas, los que, de una manera u otra, han resuelto sus necesidades de especialistas médicos con sus propios programas de formación o estableciendo programas con algunas de las escuelas de Medicina.

Por último, un número no despreciable de profesionales que, por diversas razones, quedó marginado de los sistemas oficiales o extraoficiales de formación, a través de sus actividades profesionales contratadas logra adquirir una serie de conocimientos básicos que le permiten,

pese a la carencia de una formación estructurada, desempeñarse como especialista, por lo menos en algunos aspectos, y presentarse como tal ante sus pacientes. No hay ninguna disposición legal que se lo impida.

Considerando todos los antecedentes que he mencionado, no sorprende que, pese al entusiasmo y los loables esfuerzos de muchos académicos interesados en mejorar nuestros programas de especialización, el país carezca de un sistema de formación de especialistas médicos legalmente reglamentado y controlado por un organismo técnico autónomo que vela por su calidad.

Es necesario que nos movamos en esa dirección si queremos que la Medicina chilena continúe progresando. Lo que estoy diciendo puede sonarles algo vehemente, pero les aseguro que no es retórico. Basta comparar la seriedad y excelencia de los sistemas de especialización médica que tienen algunos países para descubrir que en esa área nos hemos quedado lamentablemente atrás.

Nuestra Escuela de Medicina está tratando de suplir algunas de las deficiencias que he señalado, imponiéndose *motu proprio* exigencias que son únicas dentro del sistema. Es por eso que nuestra Dirección de Posgrado condiciona la puesta en marcha de cada uno de sus programas de especialización a la acreditación externa. Por la misma razón, ustedes no efectuaron rotaciones por servicios asistenciales que no fueran acreditados; se les exigió, reglamentariamente, jornada completa de trabajo y dedicación exclusiva. Por otra parte, vuestros programas y tutores son evaluados en forma periódica.

Paralelamente, hacemos uso de cada foro al cual se nos invita para comunicar nuestra perspectiva del problema y manifestar nuestra preocupación. En ese terreno, les extendemos a ustedes una invitación para que, por el bien de la Medicina chilena, y por el esfuerzo que ustedes y nosotros hemos realizado, que se involucren en el estudio de soluciones y que, por sobre todo, evitemos que se trivialice la formación de especialistas.

Al partir, les deseamos mucha suerte en las carreras profesionales que ahora inician. Conocemos vuestra motivación y el grado de competencia que han alcanzado. Con esta base podrán, sin dificultad alguna, desempeñarse en forma adecuada en cualquier servicio dentro o fuera de nuestro país. Aunque habríamos querido entregarles más conocimientos y experiencia, nos consuela saber que, por lo menos, les hemos traspasado nuestro espíritu de que la vida, al igual que la búsqueda de la verdad, es una tarea que permanecerá eternamente inconclusa. Por eso sabemos que

siempre se acercarán con humildad a cualquier problema y que estarán permanentemente actualizando vuestros conocimientos. Recuerden que siempre tendrá vigencia el primer aforismo de Hipócrates: "La vida es corta y el arte requiere de mucho tiempo para ser aprendido".

Esperamos, también, haberles transmitido nuestro respeto irrestricto por la dignidad de la persona humana, en todas las etapas de su vida, y nuestra visión del enfermo como el Cristo sufriente que espera nuestro consuelo.

A los especialistas, con frecuencia, se les acusa de practicar una Medicina que objetiviza al hombre. Ese es un pecado de vanidad y una miopía de formación que espero ninguno de us-

tedes sufra jamás. Por eso les decía, nunca pierdan de vista al hombre y si son cristianos busquen siempre el rostro de Jesús. El los está esperando en cada uno de los que sufren.

Al partir dejan en quienes fueron vuestros tutores un recuerdo perdurable, porque enseñar es ante todo aprender y, en esa realidad, tan simple y profunda, se basa el vínculo que hace del maestro y su discípulo una pequeña comunidad de vida compartida. Por eso, siempre los recordaremos y siempre los recibiremos como a alguien de la casa. Por favor no olviden lo que acabo de decirles porque lo estoy diciendo de todo corazón. Que Dios los bendiga.

Muchas gracias.

Nómina de médicos becarios graduados en 1994

ANATOMÍA PATOLÓGICA: Gilda Lezana Soya.

ANESTESIOLOGÍA: Juan Abarca Zárate, Carmen Aguilera Acosta, Lorna Castillo Ramos, Sergio Chiang Wong, Sandra Guerrero Antoine, Claudio Pinto Muñoz, Juan Urrea Arellano.

CARDIOLOGÍA: Claudio Bugueño Gutiérrez, Ismael Vergara Saavedra.

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: Carlos Solar Barrios, Pedro Becker Rencoret.

CIRUGÍA DIGESTIVA: Francisco López Kostner.

CIRUGÍA GENERAL: Fernando Betanzo Vallejos, Fernando Córdova Guerra, Mario Riofrío Villavicencio, Alvaro Tapia Vergara, Alfredo Velasco Palma.

CIRUGÍA VASCULAR: Pablo Terán Jervis.

ENDOCRINOLOGÍA: Claudia Campusano Montaña.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: Fernando Saldías Peñafiel.

GASTROENTEROLOGÍA: Robinson González Donoso.

HEMATOLOGÍA: Jacqueline Oliva Lagos.

MEDICINA INTERNA: José Arteaga Feuillet, Isabel Cárdenas Guzmán, Pablo Gaete Saldías, María Marcotti Suárez, Marisol Sirhan Nahum, Francisco Radrigán Araya, Jorge Pérez Godoy.

NEFROLOGÍA: Rodrigo Tagle Vargas.

NEUROLOGÍA: María Duque Peñailillo, Ximena Rossat Arriagada.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: Marco Aramayo Rojas, Mateo Pierotic Crespo, Rodrigo Rosati Maldifassi, Mauricio Mondión Romo, Omar Sandoval Muñoz.

PEDIATRÍA: Miguel Campos Miño, Nils Holmgren Palmen, Enrique Vicentini Castillo.

RADIOLOGÍA: Ana Huenchullán Catalán, Rodemil Monsalva Acevedo, Iván Vial Pérez-Cotapos.

INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y REUMATOLOGÍA: Verónica Aguirre Hohmann.

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA: Carlos Gutiérrez Acevedo, Julio Urrutia Escobar.

UROLOGÍA: Norman Zambrano Aravena, Javier Domínguez Cruzat.

Entrega oficial de los certificados del
Primer Curso Básico de Primeros Auxilios,
organizado con la colaboración
de la Soberana Orden de Malta
(17 de diciembre de 1993)

Discurso del Dr. Lorenzo Cubillos O.

Coordinador del convenio de la Asociación Chilena de los miembros de la Orden de Malta con la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile



Alumnos de la Escuela de Medicina realizan en un simulador un ejercicio de reanimación cardio-respiratoria. Observan el procedimiento el Dr. Peter Velling, la señora Marina von Buengner, el Dr. Lorenzo Cubillos O. y otros alumnos.

Formar monitores para enseñar los primeros auxilios en situaciones accidentales es la respuesta racional y lógica para enfrentar este gran desafío, que en cada instante nos presenta el mundo contemporáneo. Para destacar la importancia de este tema en nuestro medio, debemos sólo recordar que Chile es un país azotado por frecuentes catástrofes naturales (terremotos, incendios) a las que se agregan aquellas que dependen directamente del hombre (violencia, terrorismo, incendios provocados, accidentes del tránsito), cuya creciente incidencia observamos con estupefacción.

El interés por esta temática puede surgir en cualquier individuo de nuestra sociedad, al margen de la labor que realice, pero adquiere una especial connotación en los profesionales de la salud, en los que se transforma en una obligación y en una mayor responsabilidad. Por ello las Escuelas de Medicina, de Enfermería y de otras disciplinas anexas han incorporado los Cursos de Primeros Auxilios en sus planes de estudios.

Por otro lado, debemos recordar que la profesión médica es esencialmente de servicio y que cualquiera Universidad que se precie de católi-

ca, debe tener una clara connotación humanística cristiana. El mismo espíritu anima a la Orden de Malta, y, por ende, sus objetivos asistenciales se superponen: ambas vibran con el espíritu del buen samaritano. De ahí que la acción mancomunada de ambas instituciones se dé como una relación natural. Para reforzar esta idea cito el convenio entre ambos organismos: "ambas tienen entre sus objetivos la asistencia hospitalaria, de preferencia a las personas más necesitadas", "la inspiración de ambas instituciones emana de los principios evangélicos y de las enseñanzas de la Iglesia Católica y especialmente de aquéllas de carácter social".

BREVE HISTORIA DE LA ORDEN DE MALTA

En sentido estricto, su nombre es *Soberana Orden Hospitalaria y Militar de San Juan de Jerusalén, de Rodas y de Malta*, nominación en la cual está acuñada su historia.

Fue fundada en el siglo XI junto al *Santo Sepulcro*, por un grupo de cristianos de Amalfi, encabezados por el *beato Gerardo*, un monje benedictino. Su nombre primitivo fue *Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén* y su objetivo fue atender a los peregrinos cristianos que llegaban a Tierra Santa. Establecidos los cruzados en Jerusalén, después de su histórica entrada en dicha ciudad (1099), la Orden adquirió, además, carácter militar, para defender los Santos Lugares. En 1113, *S.S. el Papa Pascual II*, mediante una bula pontificia, aprobó la Orden.

Con la caída de San Juan de Acre (1291) y la expulsión de los cristianos de Tierra Santa, la Orden se refugió en *Chipre* y más tarde en *Rodas*, durante dos siglos (1306-1522), defendiendo valientemente a Occidente y a la isla de los crueles asedios del Islam, especialmente los años 1310, 1444 y 1480. En 1522, duró seis meses el sitio y la resistencia de los Caballeros de San Juan en Rodas, hasta que la isla fue ocupada por los turcos. En 1530 el Emperador Carlos V donó la *isla de Malta* a la Orden, para ayudar a los Caballeros en su heroica defensa del cristianismo. Por casi tres siglos, Malta fue el baluarte de la cristiandad. En 1565 rechazó exitosamente un feroz asalto turco y en 1571 cooperó con su escuadra al triunfo de Lepanto.

Después de la toma de la isla de Malta por *Napoleón* (1798), el Congreso de Viena permitió su ocupación por los británicos (1814), la cual duró hasta 1974, año en que la isla recupe-

ró su independencia. Cuando la Orden perdió Malta, se refugió en *Roma junto a la sede del Santo Padre*. Allí vive desde entonces entregada a su tradicional tarea hospitalaria y prestando ayuda a los enfermos de todo el mundo, sobre todo en momentos de guerra y catástrofes, proporcionando hospitales, trenes, aviones, ambulancias y apoyo médico. La autoridad máxima de la Orden es el Príncipe y Gran Maestre, cargo que desempeña actualmente *Fra Andrew Bertie*.

Hoy día, la Orden, aunque lleva el título de "militar", no tiene otra actividad que la hospitalaria, y la ejerce en forma de ayudas del más diverso tipo a hospitales propios o simplemente bajo su patrocinio. Su estatuto es el de Orden Religiosa, en el campo canónico, y de Soberana, en el campo civil. Toda la estructura tradicional y jurídica que hace de la Orden de Malta una entidad *sui generis* en la Iglesia, no tiene otra razón de ser que la de facilitar y estar al servicio de su misión espiritual y caritativa. En la actualidad, la orden está prácticamente presente en todo el mundo y servida por caballeros, damas y voluntarios.

El Patrono de la Orden es San Juan Bautista y su lema es: *Tuitio fidei et servitio pauperum*, esto es, preservación de la fe y servicio dedicado a los pobres; o bien, defensa de la fe cristiana y ayuda al necesitado.

La *Cruz de Malta*, con sus ocho puntas, representa el mensaje evangélico de las *ocho bienaventuranzas*, las que cada Caballero debe llevar con pureza en su corazón y traducirlas en obras en favor de sus semejantes, especialmente de los más desvalidos. Son *bienaventurados*:

1. Los que tienen pobreza espiritual.
2. Los que viven sin malicia.
3. Los que lloran sus pecados.
4. Los que se humillan.
5. Los que aman la justicia.
6. Los que son misericordiosos.
7. Los que son sinceros de corazón.
8. Los que soportan dignamente la persecución.

La Orden de Malta en Alemania, a través de *Malteser Hilfsdienst*, ha alcanzado un importante desarrollo, con un amplio espectro en el campo médico social, transformándose en modelo en diversas áreas, por ejemplo: formación del personal sanitario de rescate, cooperación para el desarrollo y ayuda en catástrofes en todo el mundo, con proyectos en cuatro continentes. De especial relevancia hacia el futuro es la organización de la juventud maltesa. En el tema que

nos atañe más directamente, se destacan los *cursos de primeros auxilios de nivel básico*, que se han transformado en un modelo docente, de amplia difusión en Alemania.

Nuestro país estableció relaciones diplomáticas con la Orden de Malta en 1956 y su primer Embajador en Chile fue el *Conde Hans von Welczek*; desde 1971 lo es el Excmo. señor *Conrado Zampetti*. En julio de 1973 nació la *Asociación Chilena de los Miembros de la Orden de Malta*, por decreto del Gran Magisterio; en la actualidad su presidente es el señor *Régulo Valenzuela M.* En Chile, nuestra Asociación realiza una silenciosa y perseverante obra en favor de las personas necesitadas, en particular orientada al socorro de los enfermos. Cuenta con un pabellón geriátrico en Santiago y presta ayuda a varias policlínicas. Las Damas Voluntarias de la Orden realizan asiduamente visitas a los enfermos.

En julio de 1992 se suscribió un *convenio* entre la Asociación Chilena de la Orden y la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile para desarrollar un *Programa docente-asistencial relativo al Trauma*, en el cual se consideró inicialmente un *Curso Básico de Primeros Auxilios*, que se puso en marcha en 1993. Este curso fue apoyado especialmente por *Malteser Hilfsdienst de Alemania*, que financió la impresión de la versión española del libro *Primeros Auxilios. Reconocer - evaluar - actuar*, e hizo posible la venida de un docente experto en la materia, el *Dr. Peter Velling*, de la Universidad de Bonn.

Finalmente, deseo destacar que aunque las Cruzadas constituyen un hecho histórico del pasado, mantiene plena vigencia el espíritu que las animaba —en la *defensa del cristianismo y de la cristiandad*— mientras sigan existiendo cristianos dignos de este nombre.

Ceremonia de inauguración del
Año Académico de
la Escuela de Medicina
(12 de abril de 1994)

Discurso del Decano de la Facultad de Medicina (12 de abril de 1994)

Dr. Pedro Rosso R.



INTRODUCCION

Igual que en el año pasado, he querido inaugurar este año académico presentando a nuestra comunidad universitaria una cuenta de la gestión del equipo directivo y de la marcha de la Escuela de Medicina durante el período de actividades que recién termina.

Consideraciones de tiempo me limitan a presentar algunos hechos centrales, ya que deseo, también, referirme a las principales tareas que deberemos realizar durante el período que se inicia.

El año académico 1993-1994 fue, en muchos sentidos, un año favorable para nuestra Escuela: los diversos proyectos académicos contenidos en el Plan de Desarrollo presentan un satisfactorio estado de avance; las metas presupuestarias fueron cumplidas; el estado de resultados indica que nuestra relación activos/pasivos y diversos indicadores de productividad continúan mejorando; y tuvimos un buen clima organizacional. Otro aspecto positivo que quisiera destacar es el afianzamiento de nuestra imagen corporativa como institución dinámica e innovadora y *primum inter pares* en el concierto de las escuelas de

Medicina del país. Lo anterior se refleja en la mantención de nuestro liderazgo en cuanto a postulaciones a la Escuela de alumnos con los más altos puntajes en la Prueba de Aptitud Académica, en un número creciente de candidatos nacionales y extranjeros a los programas de pos-título, y en el interés por incorporarse a la institución de jóvenes con gran potencial académico y de académicos ya formados.

En cuanto a índices globales de actividad académica, nuevamente obtuvimos excelentes resultados en el concurso Fondecyt. Nuestra Escuela mantiene un índice de proyectos aprobados en este concurso que es casi dos veces superior al de la media nacional, y en cuanto a montos de proyectos nuevos aprobados, este es aproximadamente un 30% del total asignado al resto de la Universidad.

De especial importancia por su connotación valórica y formativa fue la creación de un Centro de Bioética, el cual servirá de ámbito académico para la enseñanza y el estudio de esta disciplina y de irradiación de conocimientos y aplicación de conceptos de ética en el quehacer asistencial de la Escuela.

Entre los aspectos relativos a nuestra empresa de salud, debo mencionar el considerable esfuerzo de ordenamiento y racionalización de procesos en el que estamos empeñados, como también de mejoría en la calidad de los aspectos no-médicos de la atención a nuestros pacientes. Es también importante destacar que se ha mantenido la tendencia de los últimos años en el sentido de una mayor demanda de servicios, hecho directamente relacionado con el crecimiento económico sostenido del país y la incorporación al sistema privado de salud de un seguimiento poblacional que considera a nuestra institución la mejor alternativa de calidad/costo para acciones de Medicina curativa. Lo anterior se ha traducido en un aumento en la demanda de nuestros servicios que ha superado nuestras expectativas más optimistas y que ha sido decisivo para el buen cumplimiento de las metas presupuestarias del año.

La evaluación positiva de índole general que acabo de hacer invita al optimismo, pero puedo asegurarles que, a nivel del equipo directivo, no genera complacencia. Somos conscientes de que ha existido progreso, pero sabemos que aún queda mucho por hacer en varios de los frentes que son vitales para la excelencia institucional a la que todos aspiramos.

Durante el acto académico que solemnizó la puesta en marcha de nuestro Plan de Desarrollo, manifesté que todas las iniciativas incluidas en ese proyecto giraban en torno a tres preocupa-

ciones fundamentales: las personas que integran nuestra comunidad académica y nuestra comunidad laboral, la gestión administrativa, tanto académica como no-académica, y la consolidación de nuestra empresa de salud. Siguiendo el mismo esquema, he organizado esta cuenta en torno a esos temas centrales.

LAS PERSONAS

Al referirme a los hechos acontecidos en el área de las personas, quiero, en primer término, reiterar el concepto que nuestra Escuela de Medicina es, ante todo, un grupo humano y que, como manifiesta el Santo Padre en su Constitución Apostólica sobre las Universidades Católicas, nuestro objetivo universitario de creatividad e irradiación del saber depende de la existencia de una comunidad animada por un espíritu de libertad y de caridad, caracterizada por el respeto recíproco, por el diálogo sincero y por la tutela de los derechos de cada uno. Vale decir, "una comunidad que ayuda a todos sus miembros a alcanzar su plenitud como personas humanas" (S.S. Juan Pablo II. Constitución Apostólica *Ex Corde Ecclesiae* N. 21). Pero, además, nuestra Escuela contiene en su interior una empresa de salud a la que pertenece un número importante de funcionarios. Si bien ellos no forman parte de nuestra comunidad universitaria, se integran con nosotros en una comunidad laboral que debe estar animada por el mismo espíritu de respeto por la dignidad personal y de búsqueda del desarrollo integral de sus miembros.

En el ámbito académico, los avances del año 1993 fueron los siguientes:

1. ACADEMICOS

Con respecto a los académicos, el objetivo central del Plan de Desarrollo es propender al desarrollo integral de las personas en torno a sus opciones vocacionales y personales con el propósito de consolidar un núcleo de docentes dedicados en forma preferencial a la vida universitaria. Se trata, por lo tanto, de establecer en nuestro país un modelo de Escuela de Medicina radicalmente distinto al vigente, basado en docentes de tiempo parcial, reemplazándolo por uno basado en un cuerpo académico de dedicación total, incluyendo el *full-time* geográfico. La experiencia mundial ha demostrado que esa modalidad de Escuela de Medicina es la única compatible con la excelencia académica y el protagonismo en el

avance del conocimiento médico. Sabemos que el logro de esa meta depende de una serie de factores previos entre los que debemos considerar el otorgamiento de remuneraciones académicas adecuadas; una mejoría de nuestra infraestructura física y de equipamiento; y la existencia de políticas estables y equitativas de promoción académica y de práctica privada. Cada uno de los aspectos mencionados ha motivado acciones por parte de la Dirección de la Facultad, cuyos estados de avance son los siguientes:

– *Remuneraciones:* en 1992 y 1993, en un esfuerzo por comenzar a revertir la situación de grave deterioro que, respecto a sueldos bases, presentaban nuestros académicos en relación a los de otras facultades, el sueldo base fue reajustado en cantidades porcentualmente superiores a la variación del costo de la vida. El mismo trato recibieron las distintas asignaciones que, por labores académicas o asistenciales, percibe un porcentaje mayoritario de nuestros docentes. La medida descrita sólo pretendió ser una señal positiva de nuestra preocupación por el tema, ya que la situación económico-financiera de la Escuela no nos permite seguir incrementando los sueldos académicos por sobre la variación del índice de precios. Sin embargo, se ha mantenido la política de mejoría focalizada de las remuneraciones de académicos vía el otorgamiento de bonos y de asignaciones especiales para los jóvenes que se reintegran a la Escuela después de un período de perfeccionamiento en el extranjero.

Quisiera aprovechar esta oportunidad para referirme, brevemente, a las ideas que el Comité Directivo tiene respecto al tema remuneraciones. En primer término, quiero manifestarles que aun cuando la Escuela pudiera otorgar aumentos sustanciales de sueldos, por razones de equidad, no lo haría en forma uniforme y generalizada. Esta posición se funda en la considerable heterogeneidad del tiempo real que nuestros profesores dedican a labores propiamente académicas.

Por otra parte, es necesario reconocer que el sueldo base y las distintas asignaciones son sólo una parte de las remuneraciones que, directa o indirectamente, la Escuela otorga a sus académicos por concepto de práctica privada vinculada a la institución. En la actualidad las cifras de ambas han llegado a equipararse, lo que es muy favorable tanto para las finanzas de la Escuela como para las de sus académicos.

Otro elemento a considerar son las oportunidades dispares para realizar práctica profesional intramural dentro de algunos Departamentos y,

en consecuencia, niveles de ingreso muy desiguales, situación que, generalmente, afecta a los más jóvenes. La corrección de este aspecto, mediante la creación de fondos comunes, debería ser una preocupación prioritaria de los jefes respectivos.

La situación es compleja, pero, si en último término, lo que buscamos es asegurar a cada uno de nuestros académicos un ingreso competitivo con las alternativas del mercado, no podemos continuar disociando la realidad sueldos académicos de la realidad "otras remuneraciones". Por esa razón, y con la venia inicial del Consejo de Facultad, durante el curso de este año desarrollaremos un proyecto de reestructuración de rentas académicas cuyo objetivo será replicar, en todos los departamentos en que eso sea posible, el modelo de generación y distribución de rentas que ha funcionado exitosamente en algunos grupos departamentales de nuestra Escuela. Creemos que esa es la única alternativa viable para que todos nuestros académicos, especialmente quienes se encuentran al inicio de sus carreras, tengan ingresos compatibles con una dedicación preferencial a la vida universitaria.

– *Mejoramiento de la infraestructura física y tecnológica para uso académico:* durante el año 1993 se produjeron diversos avances en esta área crítica. Entre los más significativos quisiera mencionar la habilitación de oficinas para todos los jefes de Departamento de la División de Cirugía; la construcción de la nueva sede del Departamento de Gastroenterología, y la entrega de espacio para oficinas y laboratorios al Departamento de Cirugía Digestiva, al laboratorio de Nutrición y al Centro de Bioética, espacios que serán ocupados en el curso de este año. A su vez, el Departamento de Inmunología y Reumatología se ampliará hacia los espacios que libera el traslado del Departamento de Gastroenterología. Algunos de estos proyectos están en marcha y se concretarán en el curso de este año. Asimismo se habilitó una oficina para la Jefatura de la División de Medicina y un núcleo de oficinas para programas en terreno del Departamento de Salud Pública. Este Departamento, junto con el de Psiquiatría, fueron reubicados en las nuevas dependencias de Marcoleta 352, solucionándose de esta manera el serio problema de planta física que aquejaba a ambos departamentos. A esta área fueron trasladadas, también, las nuevas oficinas de Anatomía, de la Oficina de Educación Médica y del Laboratorio de Multimedia.

En conjunto, los distintos programas que he mencionado significan la incorporación, para uso

exclusivamente académico, de un total aproximado de 1.800 m². Es importante señalar que la casi totalidad del financiamiento de estos proyectos provino de donaciones, aportes de la Dirección Superior y fondos de los propios departamentos.

Un avance importante en el área de práctica profesional vinculada a la institución fue la puesta en marcha del proyecto de un Centro Médico para la práctica profesional de los académicos. En un esfuerzo loable por cumplir con una meta institucional de gran proyección, la Secretaría de Práctica Privada, en conjunto con ASOMEDUC, estructuraron esta iniciativa que permitirá a un número mayoritario de nuestros académicos contar con consultas médicas en una misma dependencia. De esta manera damos un paso importante hacia el cumplimiento de la meta de que la práctica profesional de nuestros académicos se realice exclusivamente en el ámbito de la institución o, como en el caso de este proyecto, en estrecha vinculación con ella.

– *Carrera Académica:* junto con la preocupación por mejorar los ingresos y el espacio físico dedicado a la actividad puramente académica, el año recién pasado se caracterizó por nuestros avances con respecto a una definición de carrera académica más acorde con las realidades vocacionales de nuestros profesores. Es así como, en el curso del año 1993, el Consejo de Facultad aprobó la aplicación de nuevos criterios de evaluación para el proceso de promoción académica y una reforma reglamentaria que modificó la composición y funcionamiento de la Comisión de Carrera Académica. De esta manera, el proceso de promoción académica adquirió una mayor claridad y transparencia. Al respecto, un hecho significativo fue la aprobación, por parte del H. Consejo Superior, de nuestra propuesta que los académicos de categoría asociada puedan integrarse a los departamentos. Actualmente ese proceso de integración está en plena marcha a nivel de los académicos que integraban las UDAs de los hospitales Dr. Sótero del Río y del Trabajador.

2. ALUMNOS

– *Plan de Estudios de Pregrado:* continuó el trabajo de la Comisión de Análisis Curricular con miras a la formulación del nuevo plan para los estudios de pregrado. Esta Comisión analizó todos y cada uno de los cursos dictados en la Escuela y actualmente está en condiciones de diseñar el proyecto preliminar del currículo que

se pondrá en marcha en 1995. En la línea de estas reformas, durante el año pasado se pusieron en marcha diversas iniciativas contempladas en el nuevo Plan de Estudios. Entre ellas quisiera destacar la incorporación de los módulos de autoinstrucción computacional, iniciativa en la cual nuestra Escuela fue pionera en el país. La sala respectiva cuenta con 20 estaciones de trabajo, C.D. Rom, pantallas de alta resolución y software educacional de última generación. Esta nueva metodología docente, obtenida mediante fondos concursables del Ministerio de Educación, ha sido utilizada en los cursos de Anatomía Normal y de Biología Celular, con gran aceptación por parte de los alumnos y entusiasmo de los docentes involucrados. Otras iniciativas curriculares de la Dirección de Pregrado incluyeron la eliminación de algunos cursos de primer año y la incorporación, en distintos niveles, de cursos de tipo optativo.

Un avance importante para el Plan de Estudios de Pregrado fue la incorporación de la nueva planta física resultante de la adquisición y remodelación, por parte de la Dirección Superior, de la ex sede de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Esta excelente estructura, de aproximadamente 2.400 m², nos permite disponer nuevamente, después de un largo intervalo de tiempo, de una sede digna y funcional para nuestro Programa de Pregrado. En ella se dispone de seis aulas para 100 alumnos, 4 salas para seminarios, un oratorio, un estar de alumnos y vestuarios, una sala para el Centro de Alumnos de Medicina, baños, terrazas habilitadas como estar, Secretaría de la Dirección de Pregrado, la Biblioteca de Referencia y una sala de computación.

– *Otras iniciativas:* de considerable significación para el Plan de Estudios de Pregrado fueron la puesta en marcha del Examen Especial de Admisión a la Escuela de Medicina y el proyecto de construir una sede de la Facultad en el Hospital Sótero del Río. Esta sede tendrá 550 m² y aportará un auditorio, vestuarios, oficinas docentes, biblioteca y estar de alumnos. Actualmente esa sede se encuentra en construcción y esperamos que sea inaugurada a comienzos del segundo semestre de este año. En forma paralela, continuando los esfuerzos por afianzar la presencia de la Facultad en ese centro hospitalario, fueron aumentadas en un 48% las horas académicas en las diversas UDAs.

– *Plan de Estudios de Posgrado:* durante el curso del año académico 1993-1994 los programas de especialización se expandieron en los

siguientes programas de Especialidades Primarias: Medicina Nuclear, Oftalmología, Dermatología, Medicina General del Adulto y Medicina General del Niño. Quisiera destacar, por su trascendencia para la Medicina de nuestro país, la creación de estos dos últimos programas, los cuales reflejan la importancia que nuestra Escuela otorga a la instauración en Chile de un sistema de Medicina ambulatoria a cargo de médicos especializados en esta área. La iniciativa responde a nuestra convicción de que un sistema de Medicina ambulatoria, con buena capacidad resolutiva y con un enfoque comunitario, es una respuesta práctica y viable para aliviar la crisis de nuestros sistemas de salud.

En el campo de las subespecialidades fueron creados los programas de Neonatología, Reproducción Humana, Endocrinología Ginecológica, y el H. Consejo Superior aprobó el Programa de Postítulo en Neurocirugía y la otorgación del título correspondiente de Especialista en este campo de la Medicina.

Otra meta lograda para el período fue el incremento de vacantes en los Programas de Especialidades. Esto se logró a través de una optimización de los campos clínicos del Hospital Sótero del Rfo. En 1993 cursaron estos programas 188 alumnos y para 1994 se estima que tendremos 230 alumnos.

Una importante iniciativa del año 1993 fue la creación del Programa de Residente Jefe para las siguientes especialidades: Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología y Pediatría. Estos residentes tendrán responsabilidades docentes y asistenciales que significarán un refuerzo importante para los programas respectivos y una experiencia profesional muy valiosa para quienes sean favorecidos con ese reconocimiento.

Otra meta alcanzada, que debiera convertirse en un hito importante de nuestra historia institucional, fue la aprobación del H. Consejo Superior a la puesta en marcha del Programa de Doctorado en Ciencias Médicas y a la creación del grado académico de Doctor en Ciencias Médicas. Esperamos que este Programa se transforme en el seminario de las futuras generaciones de académicos de nuestra Escuela y de otras escuelas de Medicina del país y que, en su calidad de tal, contribuya eficazmente al establecimiento de un modelo nuevo de docencia médica.

Junto con la expansión de programas, el año que concluye fue muy importante con respecto a diversos beneficios otorgados a los residentes becarios. Es así como se creó una escala de remuneraciones según la antigüedad del alumno en el programa y se otorgó un reajuste real de estas

remuneraciones equivalente a un 20% por sobre las rentas del período anterior. Esta iniciativa comenzó a regir en enero de este año. Otros beneficios incluyen un seguro de salud para los alumnos extranjeros con financiamiento externo y sin respaldo previsional. Estos alumnos fueron, además, beneficiados por la creación de un programa de Becas de matrículas, las que son otorgadas por concurso, considerando el rendimiento académico previo, durante el último año académico de los postulantes. Finalmente, todos los alumnos de los programas de especialización fueron favorecidos con el otorgamiento de aguinaldos.

3. FUNCIONARIOS

– *Negociación colectiva Sindicato N° 6:* durante el primer semestre del año tuvo lugar la negociación de un nuevo contrato de trabajo con los representantes del Sindicato N° 6, el cual agrupa a los profesionales no-médicos de nuestra institución. En un ambiente de mutua confianza y colaboración se llegó a un acuerdo mediante el cual las rentas de esos profesionales se reajustan de acuerdo a los niveles de productividad de la institución. Deseo destacar este hecho, puesto que establece un precedente muy valioso respecto al estilo de relaciones laborales dentro de nuestra comunidad y a un nuevo enfoque, sobre bases realistas, de la satisfacción de aspiraciones económicas de nuestro personal.

– *Regularización de jornadas de trabajo:* se avanzó significativamente en este campo mediante la adopción del sistema de cuarto turno en la mayoría de los servicios y un uso más racional de las horas extraordinarias. Estas medidas han redundado en una mejoría de la calidad de vida de nuestros funcionarios sin un desmedro significativo de sus ingresos.

– *Cursos de capacitación técnica y de crecimiento personal:* durante el transcurso del año un número importante de nuestros funcionarios participó en diversos cursos de capacitación profesional, incluyendo relaciones interpersonales y trato a nuestros clientes. Asimismo se ofrecieron talleres sobre aspectos de vida familiar y de crecimiento personal.

GESTION ADMINISTRATIVA

Respecto al área de gestión administrativa, quisiera señalar que los avances fueron menores

a los esperados debido al cambio de personas en el equipo de administración. Esta renovación de personas que, salvo dos excepciones, abarcó sucesivamente a la totalidad de los niveles gerenciales y subgerenciales, requirió de un compás de espera en las medidas planeadas con el fin de que los funcionarios recién integrados pudieran asimilar la cultura local y ubicarse en sus tareas.

En términos generales, el proceso de gestión administrativa se enfocó desde dos puntos de vista convergentes. La primera se refiere a la interrelación de las distintas unidades que componen nuestra institución y la segunda a capacitar a todos los niveles de nuestro estamento directivo en un nuevo estilo de interrelaciones y en el manejo de personal y de recursos materiales.

– *Descentralización administrativa:* en este campo se continuó profundizando el proceso puesto en marcha durante 1992. Los avances se reflejan en la mayor autonomía ejecutiva de los principales centros de resultados, los que cuentan actualmente con sus propios jefes o subgerentes de Operaciones; la desburocratización de una serie de procesos, facilitando la toma de decisiones de las jefaturas locales; y la creación de nuevos centros de resultados.

Un paso significativo, cuyos resultados serán aparentes en el ejercicio presupuestario 1995, fue el reemplazo del sistema de márgenes operacionales para el cálculo de los fondos de libre disposición departamentales, por otro, más equitativo, de márgenes fijos a partir de las utilidades netas de cada centro.

– *Capacitación del estamento directivo:* una mejor gestión implica cambios en la cultura institucional, lo que conlleva un proceso largo de toma de conciencia y de adopción de una actitud diferente en la resolución de problemas. Todo eso requiere de tiempo de maduración. Como un primer paso en esa dirección, todos los jefes de unidades académicas y administrativas participaron en un taller de información y capacitación en el que se enfatizó la calidad de gestión y las nuevas oportunidades para el desarrollo de iniciativas que ofrece la descentralización institucional en el marco de las metas pactadas en una administración por objetivos.

CONSOLIDACION DE LA EMPRESA DE SALUD

Durante el año 1993 se mantuvieron los altos índices ocupacionales logrados en 1992, con una ocupación promedio del Hospital de un 75,4%.

Al respecto, conviene destacar que el 40% de las camas tuvieron índices entre 80 y 93% y que sólo en un 5% la ocupación fue inferior a 60%.

En el área de consolidación de nuestra empresa de salud, el énfasis se puso en la racionalización y ordenamiento de procesos administrativos, en la adquisición o puesta en marcha de nueva tecnología, y en la mejoría de la planta física del Hospital Clínico. Nuevamente, los avances logrados son muy satisfactorios. Brevemente, procederé a mencionar los más significativos:

– *Racionalización de procesos:* esta actividad marca la puesta en marcha de un componente básico de un plan de mejoramiento continuo a nivel de procesos. Las actividades en esta área abarcaron una diversidad de situaciones entre las que quisiera mencionar un programa de optimización, estandarización y normalización de uso de insumos de enfermería; el desarrollo e implementación de un sistema de abastecimiento a través de licitaciones públicas y privadas; el perfeccionamiento de sistemas de adquisición a través de la confección de Manuales de Compras; el estudio del plan de reestructuración del Departamento de Farmacia, y la consolidación de convenios vigentes con empresas e Isapres. Todas estas medidas representan una disminución importante del gasto, que esperamos ver reflejado en el resultado presupuestario de este año.

– *Adquisición de nueva tecnología:* en el año 1993 se continuó el esfuerzo de reequipamiento y puesta al día tecnológica de diversas áreas. Entre los equipos adquiridos quisiera mencionar los siguientes: un cineangiógrafo para el Laboratorio de Hemodinamia; un autoclave; equipamiento completo para dos pabellones nuevos de Cirugía General; equipos de anestesia; equipamiento de Recuperación; equipamiento de Intensivo Quirúrgico; una gamma-cámara SPEC; un electromiógrafo y un equipo de hemodiafiltración. Todos estos equipos –adquiridos mediante *leasing*, donaciones y el sistema de *joint-ventures*– representan una inversión global que supera los dos millones de dólares.

– *Mejoría de la planta física del Hospital Clínico:* en esta área se realizaron diversas obras físicas y se inició un programa de Implantación de Imagen Corporativa. Los espacios construidos o rehabilitados fueron los siguientes: dos pabellones de Cirugía General, un pabellón de Traumatología y un pabellón para Oftalmología y Otorrinolaringología, construcción de laboratorios de Cardiología, construcción de sala de Angiografía en el Servicio de Rayos, construcción

de sala de Cineangiografía en el Laboratorio de Hemodinamia y remodelación de dependencias para bodegas y oficinas.

– *CEDIUC*: se reestructuró el organigrama de CEDIUC con la incorporación del subgerente de Operaciones y se redefinieron funciones del equipo. Al mismo tiempo se tomaron diversas medidas orientadas a una mejor atención de los usuarios, incluyendo la puesta en marcha de cajas automatizadas; incremento del número de cajeros recepcionistas y ampliación del horario de atención. Estas iniciativas contribuyeron al aumento en el número de consultas y procedimientos realizados en CEDIUC, los que el año pasado alcanzaron las cifras récord de 137.033 y 11.476, respectivamente. Si a las anteriores prestaciones se agregan ciertos procedimientos diagnóstico, kinesiterapia y actividades generadas en CEDIUC para los Laboratorios y el Servicio de Rayos, el total de atenciones prestadas suma 185.592.

– *Finanzas*: la alta demanda de nuestros servicios, junto con políticas tarifarias adecuadas y una mayor agilidad en el sistema de facturación y cobranzas, repercutieron favorablemente en el resultado económico-financiero del período. A esos factores debemos agregar una mejoría global en la gestión de las distintas unidades, especialmente aquellas que contribuyen con el porcentaje mayoritario de los ingresos totales, como la UDA de Laboratorios, el Departamento de Radiología y el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares. La conjunción de factores favorables mencionados permitió que la Escuela cumpliera plenamente, y aun sobrepasara, sus metas presupuestarias. Lo anterior es muy satisfactorio, pero debemos ser conscientes del hecho de que la Escuela dista mucho de tener una situación económico-financiera confortable y, en consecuencia, este tema seguirá siendo una de las preocupaciones prioritarias del equipo directivo.

TAREAS PARA EL AÑO 1994

Al definir las tareas para el año académico que estamos iniciando, debemos señalar algunos de los cambios de nuestro entorno respecto a los cuales no podemos quedar indiferentes. En primer término, quiero destacar la creación de nuevas escuelas de Medicina. Independientemente de la calidad académica de esas escuelas, respecto a las cuales es válido plantearse dudas, lo concreto es que algunas de ellas inician sus actividades académicas con un número de matrículas para el

primer año superiores al nuestro. Es más, si sumamos a las que existen aquellas escuelas que estarán en funcionamiento durante los próximos cinco años, veremos que el aporte de nuestra Escuela a la formación de nuevos médicos irá disminuyendo porcentualmente en forma significativa. Hay dos razones por las cuales no podemos quedar indiferentes a esa realidad. En primer término, porque, aunque nos resulte absurdo, los números pesan en muchas consideraciones y, por lo tanto, experimentar un retroceso relativo en cuanto a nuestra contribución porcentual a la formación de nuevos médicos para el país pueda afectarnos negativamente. En segundo lugar, el sentido común indica que el egresado promedio de las nuevas escuelas de Medicina va a ser de una calidad técnico-profesional inferior al promedio actual. El daño que eso implica para la Medicina chilena es obvio; sin embargo, creo que podemos aminorarlo aumentando los cupos de las escuelas ya establecidas. Por lo tanto, creo que una de las tareas para este año es hacer un estudio de factibilidad de aumento de matrículas de primer año a 100, en una primera etapa, y posiblemente a 120-150 en una segunda.

Lo anterior es una razón adicional para que continuemos trabajando en el fortalecimiento y expansión de nuestro núcleo académico. Alcanzar en el más breve plazo ese objetivo nos daría una ventaja competitiva considerable en cuanto a calidad académica. Al mismo tiempo, contribuiríamos a establecer en Chile un modelo de docencia médica universitaria que la experiencia mundial ha consagrado como el único capaz de generar en una escuela de Medicina un ambiente académico de excelencia.

Otro cambio importante, ante el cual debemos tomar acción, es el fortalecimiento de las empresas de salud privadas en el Área Metropolitana. Mediante inversiones inteligentes, estrategias de marketing creativas y la búsqueda de la satisfacción de sus usuarios como un elemento clave, diversas empresas de salud, incluyendo clínicas, laboratorios y centros médicos, han logrado una imagen corporativa de excelencia profesional que nunca antes tuvieron. Parte de esa nueva imagen continúa sustentándose en la innovación tecnológica, pero, en los últimos dos años, a lo anterior han agregado la capacidad de realizar Medicina curativa compleja, por ejemplo, tratamiento intensivo de excelente calidad, trasplantes de órganos, etc. Pienso que lo descrito refleja un progreso real y nos demuestra que con voluntad y medios se han formado equipos de trabajo tan buenos o, en algunos casos, incluso mejores que los nuestros. Ese hecho marca el fin de la era en

la cual nuestra institución mantenía un liderazgo absoluto en casi todos los frentes y, desde una perspectiva de competencia comercial, representa una evidente amenaza. Creo que debemos enfrentar esa nueva realidad erradicando todo resabio de autocomplacencia y reforzando nuestros equipos de trabajo con académicos que aporten nuevas habilidades y destrezas.

Podría seguir enumerando desafíos y amenazas, pero creo que los dos que he mencionado ejemplarizan la dinámica de nuestro entorno y la necesidad de que nos mantengamos en un proceso constante de cambio y de mejoría continua si queremos asegurarnos un futuro. En un mundo con esas características, quienes se resisten tenazmente al cambio, quienes viven anclados en el pasado, han optado por condenarse a la obsolescencia. Es por eso que debo insistir en la idea de que el progreso al que aspiramos y, me atrevo a decir, la viabilidad futura de nuestra Escuela depende de nuestra capacidad de adaptación rápida e, idealmente, de anticiparnos a los cambios. A su vez, eso implica adquirir nuevas competencias en nuestra capacidad de gestión.

La mejoría de la gestión es un proceso que no puede ser impuesto por decreto o norma. Alrededor de las directrices que surgen de las políticas y planes de acción, los equipos de trabajo deben crearse los espacios de encuentro, discusión y planificación de acciones que otorgan a cada uno de sus miembros una oportunidad real de participación. Esto los lleva a sentirse parte vital de la tarea y, por consiguiente, acogido por sus líderes en la explicitación de sus ideas y de sus estados de ánimo. Es en ese espacio de interacción y de comunicaciones mutuas entre las jefaturas y sus equipos de trabajo donde surgen las ideas que nos permiten innovar en la forma en que hacemos nuestra tarea y, en último término, ir diseñando y plasmando juntos nuestro futuro.

Como mencionaba en pasajes precedentes, ese futuro pasa por la consolidación de un núcleo académico, la creación de nuevos programas de investigación y asistencia médica integral, que establezcamos un proceso de mejoramiento continuo en todas las áreas de nuestro quehacer, que continuemos manteniendo nuestras ventajas competitivas en lo asistencial, que desarrollemos soluciones inteligentes para nuestro problema de espacio físico, que acordemos con la Dirección Superior de la Universidad un plan de financiamiento a largo plazo de nuestra empresa de salud, que generemos una mayor actividad en la práctica privada ligada a la institución.

Uno de los elementos claves en el cambio son los líderes. Tanto el equipo directivo como los mandos medios deben transformarse en ejemplos de un nuevo estilo de gestión y comunicar a toda nuestra comunidad, universitaria y laboral, nuestra visión de la Escuela del futuro. Como decía antes, el éxito de nuestro esfuerzo va a depender de nuestra capacidad para efectuar un cambio de actitud profundo, incluyendo la adopción de la idea del cambio y la innovación constante como un valor institucional. Se trata de reestructurar nuestra Escuela de Medicina sobre nuevas bases organizacionales y culturales.

Debemos hacer todo lo señalado teniendo siempre presente nuestra razón de ser y los principios fundamentales sobre los cuales nuestra institución ha sido fundada. Existimos para formar a las futuras generaciones de médicos y, a través de ellas, proyectar nuestros valores trascendentes. Pero somos, también, línea de avance del conocimiento médico y puente entre ese conocimiento nuevo y la comunidad nacional, a quien también buscamos servir a través de nuestra labor de extensión y nuestra presencia en sectores pobres y en el apoyo que prestamos a la acción del Estado en esos sectores.

Desde el inicio de mi mandato, mis esfuerzos y los de todo el equipo directivo han estado orientados por ese espíritu. Es por eso que hemos definido como nuestra principal tarea la de crear en nuestra Escuela de Medicina las condiciones que nos permitan vivir plenamente nuestra vocación universitaria de consagración a la verdad y de servicio al hombre. Es esa la razón por la cual hemos reiterado, y continuaremos haciéndolo, que la fidelidad a la vocación universitaria es lo que nos justifica individualmente y como corporación.

Si no nos hacemos plenamente conscientes de la responsabilidad docente que se nos ha entregado, si no vivimos para el encuentro con la verdad, si no percibimos en nuestros enfermos el rostro del Cristo crucificado, todo el quehacer de la Escuela se nos hará incomprensible y esta noble institución no tendrá más sentido que el logro de un objetivo personal y material. Por lo tanto, los invito a servir a la Escuela de Medicina con renovado entusiasmo. ¡Que ése sea el compromiso libre con nuestro propio ideal de vida y la construcción de una comunidad auténticamente universitaria!

Gracias.

Ceremonia de cambio de directiva
de la Escuela de Enfermería de la
Pontificia Universidad Católica de Chile
(3 de mayo de 1994)



Cuenta de la Dirección de la Escuela de Enfermería: marzo 1990 / abril 1994

E.U. M. Cecilia Campos S.

*Directora de la Escuela de Enfermería
de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Otros datos biográficos, ver en REMUC 8/90, p. 189*



Durante algo más de cuatro años, gracias a la confianza primero del Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Ricardo Ferretti, y luego del actual Decano, Dr. Pedro Rosso R., junto al apoyo otorgado por los académicos, he tenido el privilegio y alto honor de dirigir esta Escuela. Por ello le doy gracias a Dios y María Santísima, Patrona de esta Escuela. Ellos saben que siempre he tratado de ser fiel a la voluntad de servir y que mi intención fue hacer las cosas lo mejor posible de acuerdo a mis capacidades y según mis convicciones. Pido disculpas por lo que no he sabido hacer, por lo que he dejado de

hacer y por las veces que no actué con el debido respeto y justicia.

ASPECTOS GENERALES

En el curso de los primeros años de esta dirección, el trabajo estuvo centrado en el cumplimiento de los objetivos planteados en la planificación estratégica para el período 90-93. En los años siguientes, y de acuerdo con los planes del actual Decano, el trabajo se centró en la elaboración de un "plan de desarrollo" para los próxi-

mos 10 años. El contempla una visión al año 2002, junto a objetivos y acciones estratégicas al corto y mediano plazo. Ellas pretenden mantener a la Escuela entre las mejores del país, caracterizándola por la solidez y vanguardia de sus programas, por la calidad humana y profesional de sus egresados, y por la posición de liderazgo en el desarrollo de la enfermería nacional y de Latinoamérica.

En lo académico-administrativo, las gestiones para mejorar las remuneraciones y las condiciones de trabajo, el sistema de incentivos, la reactivación de comisiones de trabajo, el aumento de oportunidades para el diálogo académico, la motivación de los profesores jóvenes a participar en actividades y planes de perfeccionamiento y extensión, el estímulo a la investigación, el fortalecimiento de la integración docente-asistencial, el intercambio con escuelas del país y del extranjero, entre otras, han sido las acciones estratégicas prioritarias para favorecer el clima laboral, la productividad y visibilidad de la Escuela.

En concordancia con las políticas de la Universidad, que incentivan la interdisciplinariedad, durante este período se reforzaron los lazos de coordinación con otras Unidades Académicas, en especial con la Escuela de Medicina, la Facultad de Ciencias Sociales y Educación. Igual cosa se realizó a nivel nacional con el propósito de reforzar y aumentar el liderazgo de la Escuela. De esto da cuenta la presencia de un número considerable de académicos en comisiones ministeriales, organizaciones gremiales y científicas, así como la asesoría otorgada a nivel de instituciones de educación superior en Enfermería.

La incorporación de ritos en Enfermería, el rescate de tradiciones, el reconocimiento a valores y a nuestros predecesores, son aspectos que han caracterizado los actos académicos y las celebraciones. En este contexto se instauró el premio "Al espíritu de la Escuela" que se otorga cada año al egresado que a juicio de sus pares y profesores se destaca por sus valores, compromiso con la Escuela y actitud profesional.

El mensaje de S.S. Juan Pablo II, a través de la Constitución Apostólica para las Universidades Católicas, y las recomendaciones del Gran Canciller Monseñor Carlos Oviedo Cavada, en su visita pastoral a la Escuela, ha sido el marco de referencia y reflexión que han guiado las actividades realizadas. Durante este período se ha tenido especial preocupación por conformar una comunidad animada por el espíritu cristiano.

DOCENCIA DE PREGRADO

Producto de las modificaciones curriculares iniciadas por la dirección que me precedió, en octubre de 1991 se aprobó el plan de estudios que crea el grado de licenciado en Enfermería, el que se otorga junto al título profesional de Enfermera-Matrona. Este logro, además de constituir un reconocimiento a la calidad de la formación y al carácter de disciplina de la Enfermería, permite la progresión a estudios conducentes a grados académicos superiores y ubica a nuestros egresados, en justicia, en igualdad de condiciones con respecto a los de otras escuelas del país y Latinoamérica. Producto de estas modificaciones, en 1993 se entregaron los primeros 49 grados de licenciados en Enfermería, junto a los títulos profesionales, al grupo de alumnos que optó por realizar los nuevos cursos del plan de estudios.

Como resultado de las acciones implementadas para contribuir en la disminución del déficit de enfermeras que afecta a nuestro país, durante este período se aumentaron en un 20% las vacantes, considerando todas las vías de admisión y se disminuyó la deserción a los estudios, la que en la actualidad es de sólo un 10,9% a nivel de primer año (la más baja entre los estudiantes de Enfermería del país). Es así como esta Escuela continúa siendo la que durante los últimos años ha entregado el mayor número de profesionales al país, con un promedio para los 4 últimos años de 77 títulos anuales.

A nivel de los cursos optativos de profundización, mención especial merecen el curso "Planificación Natural de la Familia", el que se dictó por primera vez el año recién pasado para 33 alumnos y el curso de Primeros Auxilios que desde 1990 se dicta como actividad extracurricular a los alumnos de primer año.

A nivel de formación general se creó el curso de "Primeros Auxilios" y el curso de "Autocuidado en Salud". Con este último, junto a otros, se conformó un currículo con el fin de ofrecer a los alumnos de la Universidad la posibilidad de acceder al "Diploma en Autocuidado en Salud".

Mención especial merece el programa de "tutoría", con un fuerte componente pastoral, iniciado para los alumnos ingreso 1992, cuya finalidad es acogerlos, ofrecerles orientación y guía para su formación personal y académica. Este programa ha sido muy bien evaluado por los alumnos, por los tutores y por las autoridades universitarias. Creemos que en parte ha influido

en la disminución de la deserción observada a nivel de primer año.

Quiero destacar los esfuerzos realizados para mejorar la docencia a través de un proyecto destinado a crear un laboratorio de Enfermería que considera, además de la ampliación de la sala de demostraciones existente, una sala de multimedia. Esta última, gracias al apoyo otorgado en forma extraordinaria por la Vicerrectoría Académica, será inaugurada a fines de este mes y contará con cinco terminales de computación para el trabajo de los alumnos.

A través de los proyectos del FONDEDOC, aprobados durante este período, se desarrollaron diferentes medios de apoyo a la docencia, como software interactivos, textos de Enfermería, videos y diaporamas.

DOCENCIA DE POSTITULO

Los progresos en la docencia de postítulo nos permitieron obtener en 1993 la aprobación de las modificaciones curriculares del programa de especialización en Enfermería existente desde 1982. Estas contemplan cambios metodológicos, estructurales y un mayor número de menciones en respuesta a las actuales necesidades de especialización. De esta forma es posible compatibilizar el perfeccionamiento con el ejercicio laboral de las enfermeras. Como resultado de lo anterior, en los últimos dos años se ha observado un considerable aumento de los alumnos que acceden a estos programas.

Como una de las acciones estratégicas, destinadas a mejorar el compromiso de las enfermeras asistenciales con la docencia de los alumnos, la Escuela continuó otorgando becas de matrícula a un número considerable de enfermeras. Durante este período se han beneficiado 36 enfermeras del Hospital Clínico y dos enfermeras del Hospital Dr. Sótero del Río. Las becas otorgadas les han permitido financiar en promedio el 60% del valor de la matrícula.

DOCENCIA DE POSGRADO

Las gestiones en respuesta al trabajo realizado desde 1988 con el fin de volver a tener en esta Escuela un Programa de Magíster, culminaron en enero de este año. A nivel del Consejo de Facultad se aprobó el programa y se envió la solicitud a la Dirección de Posgrado de la Universidad, para que cree el grado de Magíster en Enfermería. La meta es ofrecer a partir de 1995

el Programa de Magíster en Enfermería con mención en Educación en Enfermería como una primera etapa con una metodología que pretenda ser pionera en nuestro país.

INVESTIGACION

Considero que uno de los grandes progresos realizados es en esta importante función académica. Obedece a un plan de desarrollo elaborado con este fin, en el año 1990. Para ello se contó con la asesoría de destacadas enfermeras de universidades extranjeras, especialmente de Estados Unidos, México, Brasil y Colombia.

Un gran apoyo en esta área fue la aprobación del grant de investigación-acción "Liderazgo de Enfermería para la APS", el que permitió durante estos cuatro años realizar grandes avances en el conocimiento, influir en la calidad de la atención en salud, así como contar con medios de apoyo a todas las funciones académicas.

Como otra forma de impulsar esta función, en 1992 se creó una comisión ad hoc con miras a constituirse en el mediano plazo una subdirección de investigación.

Especial énfasis se dio al desarrollo de actividades destinadas a recabar y difundir el trabajo de investigación, así como al destinado a conceptualizar el conocimiento generado a través de los proyectos de investigación financiados por la W.K. Kellogg, tarea que culminará en fecha próxima con la publicación de un libro.

El año recién pasado se realizaron tres jornadas internas de investigación, una de reflexión y dos destinadas a compartir el trabajo generado por las enfermeras de la Facultad. Ese mismo año nos correspondió asumir la organización de la Segunda Jornada Nacional de Investigación en Enfermería, evento de mayor importancia en nuestro medio. En ella se presentaron 50 trabajos de investigación, de los cuales el mayor porcentaje corresponde a docentes de la Escuela y enfermeras de las dependencias docente-asistenciales.

Se estimuló la participación de académicos en los diferentes concursos de investigación intra y extrauniversidad. Como resultado de esto, el año 1993 se obtuvo aprobación de 4 grants para investigadores jóvenes (DIUC), un proyecto de desarrollo de la docencia (FONDEDOC) y a nivel internacional se encuentran en gestión las negociaciones para la aprobación del proyecto de colaboración académica.

mica regional para enfermería (Kellogg), que involucra a Chile, Argentina, Uruguay y Estados Unidos, en el marco de la investigación-acción.

En marcha, sin financiamiento aún, se encuentran dos proyectos generados bajo el Convenio Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales y Comuna de La Florida y un proyecto internacional sobre "Somnolencia diurna en estudiantes universitarios, que compromete a EE.UU., México, Austria, España y Chile".

Durante este período también se han realizado avances en la integración de la investigación a la función docente. De esto da cuenta lo producido en torno al cuidado de la salud del adulto mayor y la participación en programas de atención primaria en la Comuna de La Florida.

Se estimuló y apoyó la participación de los alumnos en eventos científicos de estudiantes de Enfermería. Los resultados han sido exitosos, ya que todos los años nuestros alumnos han obtenido algún premio en sus jornadas nacionales de investigación. Para 1994 ganaron la sede de las V jornadas nacionales y de las primeras latinoamericanas.

En relación a publicaciones, la Escuela edita dos revistas periódicas: *Educación para el autocuidado de la salud* (EPAS), que se encuentra en su undécimo año, y *Horizontes de Enfermería*, creada en 1991 y que en la actualidad es la única revista científica de Enfermería del país. Ambas llenan un vacío y constituyen una fortaleza de la unidad académica y un deber de esta Escuela con el desarrollo de la Enfermería chilena.

El Centro Regional Cooperante de Bireme en Enfermería (CERCOBE), creado en 1990, como parte del Proyecto de Liderazgo, con el fin de contribuir a incrementar y diseminar la literatura de Enfermería latinoamericana, aumentó considerablemente su base de datos, la que en la actualidad contiene 750 registros.

Se estimuló la presentación de proyectos al concurso FONDECYT. Es así como durante este período se presentaron cuatro proyectos. Si bien los resultados no han sido exitosos, persiste en los investigadores el deseo de continuar concursando, producto del aprendizaje alcanzado. El desafío es luchar para que el área de Enfermería tenga prioridad en este organismo financiador.

Con satisfacción puedo decir que alumnos y académicos han estado presentes, difundiendo sus trabajos en los eventos de Enfermería de mayor importancia de nuestra profesión.

EXTENSION

Fieles a la trayectoria en esta función, durante este período se incrementaron las actividades para profesionales y público en general. A ellas han asistido en promedio 600 personas cada año.

La contribución al mejoramiento del cuidado de la salud escolar, del adulto mayor y de la familia, constituye una labor de extensión habitual que se ha llevado a cabo como parte de las actividades docentes en los diferentes campos clínicos a los que acuden nuestros alumnos.

Mención especial merece el trabajo realizado en 1993 en la zona afectada por el "aluvión", desde el mismo día de la tragedia, adaptando el trabajo docente a las necesidades asistenciales del momento. Como parte de la experiencia se elaboró el documento "Actuación de las enfermeras y equipo de salud en caso de catástrofe", el que fue publicado y entregado a las autoridades de salud del sector.

Considero importante destacar también la participación de la Escuela en el área de salud del Hogar de Cristo y en el "Día Nacional de la Solidaridad", en apoyo al trabajo que realiza el Hogar de Cristo en sectores de extrema pobreza.

El apoyo a otras escuelas de Enfermería e instituciones de salud en pro del desarrollo de la disciplina y en beneficio de la calidad de atención en salud, ha sido otro propósito relevante de la extensión. Es así como un número considerable de académicos desempeñó actividades a nivel de comisiones ministeriales, sociedades científicas, organizaciones gremiales e instituciones benéficas. Se destaca el creciente número de asesorías que se realizaron tanto a nivel nacional como en el extranjero.

Como programas especiales para alumnos de extensión se crearon tres diplomas: "Avances en la profesión y disciplina en Enfermería", "Planificación natural de la familia", que se dictará por primera vez en el curso de este año dentro del marco de las celebraciones del Año Internacional de la Familia, y el diploma "Enfermería para la atención primaria en salud".

La Escuela cuenta con dos estructuras que apoyan la función académica de extensión:

- * Oficina de Educación (OEE), que capacita a los profesores y profesionales que colaboran en docencia, en el área de la pedagogía. Desde 1990, 195 profesionales de los diferentes campos clínicos han realizado algunos de los cursos que dicta la oficina y 35 el programa