

cia. Al igual que la microscopia electrónica y la inmunohistoquímica, hoy la hemos incorporado como otra nueva herramienta para afinar el diagnóstico en anatomía patológica. De aquí que resulte tan fácil para un bioquímico, para un embriólogo o para un patólogo adquirir destreza en las técnicas moleculares corrientes. Así, cualquiera puede hacer biología molecular sin tener una licencia para ello (Erllich). Pueden enumerarse las siguientes técnicas de utilidad comprobada en anatomía patológica: hibridación *in situ*, PCR, PCR-*in situ*, análisis de polimorfismo de fragmentos de restricción, que puede incluir *dot blot*, *slot blot*, *Southern blot*, *Western blot* y *Northern blot*.

Dos palabras sobre la *citometría de flujo*, recientemente introducida en Chile. Esta técnica permite el examen de células marcadas a través de un detector de rayos láser. Pueden analizarse de 5.000 a 10.000 células por segundo. Las siguientes características se evalúan habitualmente: tamaño celular, granularidad del citoplasma, viabilidad celular, fase del ciclo celular, contenido de ADN, fenotipo según marcadores de superficie y contenido enzimático. Esta información permite identificar poblaciones de células euploides, diploides y aneuploides. La gran limitación es la necesidad de una suspensión unicelular, lo que puede obtenerse fácilmente de sangre (leucemias) y otros fluidos. Más difícil es con tumores sólidos. Actualmente, los usos clínicos principales en tumores sólidos son: apoyar el diagnóstico de neoplasia cuando los hallazgos con otras técnicas son dudosos, clasificación de lesiones *borderline*, información de valor pronóstico independientemente del grado y estadio, monitorización de respuesta a tratamiento, establecimiento de recidiva tumoral y establecimiento de tumores síncronos o metacrónicos (4). Uno de los problemas no resueltos es la dificultad en la interpretación de los histogramas. De ahí que haya surgido una crítica en la confiabilidad y reproductibilidad de estos resultados. Se ha descrito discordancia en determinación de aneuploidia hasta en 15% de los casos. Esto no niega la importancia de estos estudios y más bien estimula la necesidad de refinarlos y adquirir mayor experiencia con ellos (3, 4).

PATOLOGIA INVESTIGATIVA

En el campo de la investigación, otra faceta apreciada por los patólogos, todas las técnicas mencionadas tienen papeles muy definidos. Hay algunas más costosas y más difíciles de estandarizar que vale la pena comentar.

La *inmunomicroscopia electrónica* aplicada a la patología humana aún se considera una técnica de investigación; sin embargo, tiene actualmente campos de utilidad bien definidos y no es costosa. Requiere de personal experimentado en inmunohistoquímica y microscopia electrónica. Se reconocen dos formas: preinclusión y posinclusión. Preinclusión se utiliza para antígenos lábiles y sensibles a la fijación en aldehídos como antígenos de superficie de leucocitos. Posinclusión para antígenos nucleares y citoplasmáticos (enzimas, hormonas, etc.). Esta técnica es la más atractiva para patólogos, especialmente porque se trabaja con muestras fijadas en forma corriente para microscopia electrónica y con orocoloidal. El tejido se conserva mejor, la resolución es mejor para una correlación morfológico-funcional, pueden realizarse estudios retrospectivos y también múltiples tinciones en el mismo tejido. Se utilizan anticuerpos monoclonales, policlonales y lectinas. Con esta técnica se facilita la cuantificación, pues basta con contar número de partículas en los sitios de reacción positiva y comparar con las tinciones de control.

La imaginación en la aplicación de estas técnicas al diagnóstico anatomopatológico no tiene límites. Por ejemplo, la combinación de fluorescencia e hibridación *in situ* ha permitido desarrollar la técnica FISH. Esta técnica consiste en utilizar sondas de ácidos nucleicos marcadas con fluoresceína, señal que se visualiza en un microscopio de fluorescencia corriente. Igualmente, se puede combinar PCR con hibridación *in situ*. Primero se obtiene amplificación de ADN y luego se hace reaccionar con una sonda con marca no isotópica.

Las técnicas modernas han de ser no isotópicas, colorimétricas, altamente específicas, visibles con microscopio de luz y la deben detectar blancos individuales.

Permítaseme otra digresión sobre el significado de la investigación en patología. Cito:

"En los tiempos que corremos, en que la investigación científica se ha convertido en una profesión regular que cobra nómina del Estado, no le basta al observador concentrarse largo tiempo en un tema; necesita, además, imprimir una gran actividad a sus trabajos. Pasaron aquellos hermosos tiempos de antaño, en que el curioso de la Naturaleza, recogido en el silencio de su gabinete, podía estar seguro de que ningún émulo vendría a turbar sus tranquilas meditaciones. Hogaño, la investigación es fiebre; apenas un nuevo método se esboza, numerosos sabios se aprovechan de él, aplicándolo casi simultánea-

mente a los mismos temas y menguando la gloria del iniciador, que carece de la holgura y tiempo necesarios para recoger todo el fruto de su laboriosidad y buena estrella”.

Hasta aquí la cita. Esta cita pertenece a la obra *Sobre la investigación científica*, de Santiago Ramón y Cajal, escrita en 1897. Agrego esta otra reflexión:

“Otro de los vicios del pensamiento que importa combatir a todo trance es la falsa distinción en ciencia teórica y ciencia práctica, con la consiguiente alabanza de la última y el desprecio sistemático de la primera. Y este error se propaga inconscientemente entre la juventud, desviándola de toda labor de inquisición desinteresada”. (Ibíd.).

Fin de la cita. No la olvidaremos.

PROYECCIONES

En las semanas que siguen incorporaremos una valiosa herramienta docente y de servicio: la *telepatología*. La telepatología puede definirse como el uso de videomicroscopía remota para diagnóstico anatomopatológico, especialmente interconsulta de casos problema y diagnóstico en biopsia rápida por congelación. La realización de teleconferencias clinicopatológicas con videomicroscopía remota permitirá la participación de médicos especialistas y no especialistas en reuniones en centros universitarios sin tener que abandonar sus sitios de trabajo, algo más bien difícil de realizar en este nuestro largo Chile, como podemos comprobarlo por la ausencia en el auditorio de los colegas de Temuco.

La videomicroscopía remota (VMR) permite la manipulación de un microscopio robot que puede ser controlado a distancia por el patólogo en la estación central. Este sistema puede utilizar tecnología de imágenes dinámica (imágenes en tiempo real) o estática (imágenes tipo fotografía enviadas como archivos gráficos). El sistema puede ser bidireccional (dúplex) o unidireccional. Existe también el sistema de videomicroscopía selectiva (VMS), en el cual los campos son examinados y seleccionados por el patólogo que consulta y los archivos gráficos se transmiten vía telefónica a velocidad usual (tipo fax).

¿Qué nos depara el futuro? El patólogo moderno ya no es un diagnosticador o “etiquetador” que trabaja aislado frente al microscopio de luz y utiliza un lenguaje críptico a veces ininteligible para otros especialistas. El par-

ticipa activamente en la correlación clinicopatológica. Para realizar algunos diagnósticos requiere información detallada del cuadro clínico y se hace imprescindible una estrecha y permanente comunicación con el médico clínico, o más bien con el equipo de médicos tratantes. Virtualmente todos los departamentos de patología con responsabilidades académicas son actualmente más fuertes en proporcionar un servicio diagnóstico total que hace algunas décadas. Varios parecen hoy prácticas privadas eficientes y bien administradas. Desde el punto de vista del diagnóstico, este cambio es bueno y necesario, pero mucho se ha perdido para la investigación, la autopsia y la docencia.

La necesidad de aplicar nuevas técnicas e interpretar los resultados de éstas, ya sea en diagnóstico o pronóstico, ha creado problemas a los patólogos que no han recibido entrenamiento en las mismas. Se requiere intensificar la instrucción para adquirir estos conocimientos y habilidades de interpretación dadas las consecuencias terapéuticas. Ello también tiene consecuencias en la formación de nuevos patólogos. Es necesario que haya investigación orientada a la interpretación de las nuevas técnicas, que sea realizada en los departamentos con responsabilidad formativa y que tengan programas que incluyan aplicaciones y uso de estas técnicas. Esto no significa que todo patólogo sea un investigador de laboratorio, pero sí enfatiza la necesidad de que en la formación exista la posibilidad de desarrollar la actitud científica o al menos de tomar contacto con ella, aspecto muy valioso en la formación general del patólogo.

La práctica de la anatomía patológica en el siglo XXI tendrá múltiples facetas: los patólogos deben permanecer unidos, la formación debe incluir participación en investigación, el reciclaje de posgrado debe ser permanente, hay que reforzar el papel educativo del patólogo, especialmente mostrando el valor fundamental de la anatomía patológica en Medicina, en la formación general del médico, en el diagnóstico, en la investigación y en el estudio de las enfermedades. Una tarea inconclusa es la revitalización de la autopsia como técnica de diagnóstico, aprendizaje, investigación, control de calidad y valor médico-legal.

La anatomía patológica debe permanecer abierta a incorporar las nuevas técnicas complementarias de diagnóstico y dispuesta a reemplazar o desechar las que actualmente se consideran irremplazables. Los hombres que la practicamos no seremos reemplazados. *Ergo bibamus!*

Ceremonias de entrega de títulos de Médico-Cirujano y de Especialista

- A. Entrega del título de Médico-Cirujano a los alumnos de la Promoción 1994 (24 de enero de 1995)

- B. Entrega de títulos de Especialista (21 de junio de 1995)

A. Entrega del título de Médico-Cirujano
a los alumnos de la Promoción 1994
(24 de enero de 1995)

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



Juramento médico colectivo de la Promoción 1994. Sala Juan Francisco Fresno,
Centro de Extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile

Baglivio, médico del siglo XVII y uno de los pioneros de lo que hoy llamamos anatomía patológica, dijo que la Medicina era hija del tiempo, afirmación que describe la realidad de su época, cuando el saber médico era un acervo de mitos y experiencias acumulado a lo largo de la historia. Esa realidad se esfumó hace dos siglos, cuando la aplicación del método científico demostró el error, y consiguiente inutilidad, de casi todo ese conocimiento. Sin embargo, podríamos reformular la frase de Baglivio en los términos siguientes: la Medicina es hija del tiempo, manifestando de esa manera

el hecho de que en toda época, incluyendo la presente, el actuar médico ha sido fuertemente influido por la cultura imperante.

Efectivamente, aun en esta era de la ciencia, el acto médico, es decir, el conjunto de acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas que el médico realiza para su paciente, tienen una determinante cultural. En parte, porque los médicos, al igual que el resto de los miembros de una sociedad, se rigen por las convenciones sociales y reglas adoptadas por la mayoría, pero, principalmente, porque el acto médico adquiere sentido a partir de una determinada visión del

hombre, y esa visión es un elemento central de las culturas. Al respecto, debemos recordar que las culturas se plasman y evolucionan en torno a percepciones antropológicas.

El acto médico establece una relación entre dos personas porque una de ellas experimenta alguna forma de molestia o padecimiento físico o mental y solicita ayuda. Por lo tanto, el elemento central de esa relación contiene aspectos de importancia capital en la existencia humana, como son la solidaridad, el dolor, el sufrimiento y, como trasfondo, su finitud. La forma en que un médico se plantea ante esos aspectos y las respuestas que tenga para ellos, establecen el sentido de su acción profesional y, especialmente, la forma y contenido de la relación que establecerá con su paciente.

Dado lo anterior, preocupa profundamente el cambio que ha experimentado en el curso de este siglo la visión antropológica de la cultura occidental, particularmente la pérdida del sentido trascendente de la vida humana. Concretamente, habiendo descartado las respuestas que se habían dado las generaciones previas, el hombre contemporáneo no ha encontrado explicaciones convincentes para la pregunta acerca de su propia identidad y la de su destino individual y colectivo.

Esa sensación de pérdida de rumbo ha creado una conciencia colectiva en la que parece primar, como un enorme lastre afectivo, la angustia existencial y la incomunicación, sentimientos que establecen el tono afectivo de la literatura y otras expresiones artísticas. Para el hombre contemporáneo el mundo parece haber adquirido una dimensión suprahumana que lo sobrepasa y que, pese a su dominio creciente de la técnica, ha tomado un rumbo propio. Se trata de una situación que, en términos filosóficos, ha sido caracterizada como de "indigencia ontológica".

Victor Frankl, conocido psiquiatra austríaco, ha denominado ese estado de ánimo como una "frustración existencial" o un "sentimiento radical de falta de sentido" y lo atribuye a una pérdida de espiritualidad que centra al hombre en sí mismo. Al respecto afirma: "Ser hombre significa estar orientado y ordenado a algo que no es uno mismo. La existencia humana se caracteriza por su autotranscendencia. Cuando la existencia humana no apunta más allá de sí misma, la permanencia en la vida deja de tener sentido, es imposible".

La proposición de Frankl sobre el encuentro de un sentido vital mediante la superación del egocentrismo es esencialmente idéntica a la de

muchos filósofos de este siglo. Uno de ellos, el también austríaco Emerich Coreth, es particularmente elocuente al exponer que el encuentro del sentido de la vida surge a partir de un núcleo de autorrealización personal que se experimenta como una aspiración absoluta, comprensible y lógica. Dice este autor: "Experimentamos algo absoluto en la aspiración de verdad que se yergue en nuestro conocimiento; también en la exigencia incondicional de bien que reclama nuestro libre actuar y querer, y que sentimos como un deber vinculante. Asimismo, en el ser y valor personales del otro hombre nos sale al paso algo absoluto, que exige un reconocimiento y respeto incondicionales y que incita a la ayuda y amor del semejante. El hombre sólo puede realizarse con sentido saliendo de sí mismo..."

La cita anterior incluye una idea clave: amor al semejante. Aunque Coreth no define el significado que para él tiene esa idea, podemos pensar que es análoga a la de Ortega y Gasset. En sus *Meditaciones del Quijote*, este pensador español nos habla del amor como la fuerza que va ligando al mundo y al mundo con nosotros. En esa afirmación recoge la idea platónica del amor como un divino arquitecto que bajó al mundo para que todo viva en conexión. Es el amor definido como la búsqueda de la perfección de lo amado, del deseo de que lo amado alcance su plenitud, y concebido como una inclinación irresistible del espíritu, que surge de nuestra naturaleza humana y que mueve a la fraternidad y a la solidaridad.

Recapitulando, podríamos decir que para la filosofía antropológica contemporánea el hombre es un ser con capacidad de amar, cuya vida cobra sentido cuando se fija metas que le exigen un cultivo del espíritu y una apertura hacia otros, manifestados en su entrega a la causa de la verdad, a la búsqueda del bien y de la belleza, al cultivo y reconocimiento del valor personal y al servicio a su comunidad. Pero esta idea del sentido de la vida como un autotranscender sólo contempla metas inmanentes, es decir, loables proyectos de vida basados en el cultivo de elementos del espíritu. Sin embargo, no aporta una respuesta a la pregunta por el sentido último o absoluto de la existencia humana y de sus avatares, como tampoco de su inexorable transitoriedad. Se trata, en consecuencia, de una formulación del "deber ser" del hombre que soslaya la cuestión metafísica de quién es el hombre y por qué y para qué existe.

En ese contexto de nuestra cultura occidental es donde debemos analizar la inquietud planteada al inicio: ¿qué sentido adquiere el acto médi-

co cuando quien lo realiza no tiene respuestas para el significado del padecimiento o de la muerte? ¿Qué explicaciones puede darle el médico a un enfermo que lo interpela sobre esos aspectos y que le plantea sus sentimientos de rebeldía o de angustia frente a una situación ante la Medicina que no puede ofrecerle ninguna solución profesional adecuada?

Antes de que surgieran las corrientes antropológicas más recientes, Jacques Maritain, filósofo cristiano, había atribuido el desconcierto del hombre de nuestro siglo a la pérdida del sentido religioso, con su orden de valores y sus explicaciones del sentido trascendente superior de la vida humana. Ese caminar hacia el progresivo abandono de la religión adquirió carácter de ruptura con el progreso científico del siglo XIX y el positivismo, precursor de la corriente materialista. Precisamente, la teoría darwiniana de la evolución alentó la postura antropológica materialista, puesto que ésta aparecía científicamente plausible y, a la vez, francamente contradictoria a una interpretación literal de la Biblia. Además, la teoría de la evolución proyectaba una animalidad biológica del hombre que resultaba armónica con una cosmovisión materialista. Así se estableció un "monismo" materialista que consideraba superada la posición dualista de materia y espíritu de quienes afirmaban la trascendencia humana.

Junto con descartar un sentido trascendente superior o absoluto para la vida humana y sus vicisitudes, la visión antropológica inmanentista y materialista que prevalece en nuestra cultura occidental, y, por lo tanto, en la Medicina contemporánea, ha circunscrito el acto médico a su esfera más externa, vale decir, aquella referida al ser objeto de enfermedad y no al de la persona humana doliente. Las más notables y graves de estas consecuencias han sido de tipo ético y se manifiestan en la legalización del aborto, la creciente aceptabilidad de la eutanasia y diversas formas de instrumentalización de la vida humana naciente. Pero resulta igualmente lamentable lo que se ha denominado la progresiva deshumanización de la Medicina, realidad que se hace patente en la Medicina curativa masificada de los grandes sistemas de salud.

Paradójicamente, en la actualidad, el acto médico ha alcanzado una enorme eficacia en relación a la Medicina de hace un siglo. Nunca antes tantas personas que acuden al médico son curadas. Sin embargo, parece haberse reducido a un mínimo el porcentaje de enfermos que son "sanados", entendiendo por sanar el devolver o hacer nacer en una persona enferma, sobre todo

si su enfermedad no tiene solución médica posible, la plenitud de la paz de espíritu. Esa paz que resulta de transformar la fuerza aplastante del sufrimiento en un camino de crecimiento personal.

No quiero minimizar la importancia de un acto médico en el cual, junto con obtener una solución técnicamente adecuada para su enfermedad, el paciente recibe ayuda y apoyo efectivo solidario de parte de su médico tratante. Desgraciadamente, cuando la enfermedad causa un dolor difícil de controlar, cuando mutila, deforma o imposibilita una vida medianamente normal, la solidaridad y empatía del médico son un paliativo menor y transitorio para el paciente. Para que éste recobre la sensación de estar nuevamente en control de su vida, para que alcance, como mencionábamos, paz de espíritu, debe recibir de su médico una explicación sobre el sentido último de lo que le está ocurriendo. Eso presupone que el médico crea que la existencia humana tiene una trascendencia superior, lo que, a su vez, implica creer en Dios como fundamento absoluto del hombre.

Esta Escuela de Medicina católica está al servicio de ese fundamento, pero no del Dios concebido como el principio rector y creador, sino que el Dios trinitario, cuya esencia misteriosa es el Amor. El mismo amor que entregó gratuitamente al hombre y que lo movió a participar en nuestra historia viviendo como hombre entre los hombres.

Desde esa fe en Dios, el acto médico alcanza su plenitud porque indisolublemente se enmarca en el amor. Amor hacia la persona que solicita el servicio del médico y amor hacia el Dios que nos interpela en la persona del enfermo para que respondamos a su llamado. Sólo en ese contexto y con ese sentido la acción del médico puede sanar, porque el misterio del padecimiento humano y de su muerte pueden ser aceptados en la medida que descubramos en ellos un camino de encuentro con el amor de Dios.

Con esa perspectiva, el acto médico es respetuoso de la vida, desde su inicio hasta su término, porque reconoce en ella una sacralidad que proviene de su origen divino. La pertenencia de la vida humana a Dios hace que ésta sea intocable y no-disponible para ser instrumentalizada en ninguna forma. Además, el médico cristiano reconoce en la vida humana la cualidad particular de persona investida de la especial dignidad otorgada por la Redención de Cristo. Esa cualidad implica el derecho a nacer, a vivir y a morir con dignidad. La enfermedad, el dolor físico y el padecimiento psicológico, demuestran la fra-

gilidad y finitud del hombre y son uno de los problemas más graves que pueden aquejarlo. En esta Escuela de Medicina creemos que sólo podemos vislumbrar un significado en ellos cuando los asumimos de la misma manera que Cristo asumió su agonía y muerte en la cruz. De esa manera el dolor puede unir al hombre a la pasión redentora y transformarse en un encuentro más íntimo con Dios.

La vida humana es, al mismo tiempo, irreductiblemente corporal y espiritual. En el cuerpo y a través del cuerpo se alcanza a la persona misma en su realidad concreta. Es a esa persona a la que un médico que cree en el sentido trascendente de la vida humana se acerca, indagando con su técnica, pero movido por el amor que Dios nos enseñó.

El médico, como lo ha dicho Juan Pablo II, "no es ni el señor de la vida ni el conquistador de la muerte". Es sólo un mero servidor de Dios que ha aprendido una técnica que le permite ayudar a sus hermanos que enferman. Asumido de esa manera, el sentido del acto médico resulta claro y simple: se trata de usar la inteligencia

y los conocimientos que la ciencia médica nos aporta para un encuentro con Dios a través de un hermano que sufre. Si ese hermano puede descubrir en nosotros un destello del amor que Dios nos entregó para vivirlo con nuestro prójimo, habremos actuado como buenos médicos.

He querido compartir estos pensamientos con quienes hoy reciben el título de médico-cirujano porque nuestro país y el mundo están necesitados de médicos competentes, pero mucho más necesitado de buenos médicos, de profesionales dispuestos a poner sus conocimientos al servicio de la vida humana y la dignidad de las personas. Hombres y mujeres movidos por la fe, anclados en la esperanza y con los corazones encendidos por el amor de Dios.

La carrera de Medicina es larga y ardua. Los felicito de todo corazón por haber alcanzado la meta. Saludo también a vuestros padres, esposos, familiares y a todos los seres queridos que hoy los acompañan y que comparten con ustedes y con nosotros este día inolvidable. Que el Señor de la Vida los bendiga ahora y siempre. Muchas gracias.

Discurso del Mejor Alumno de la Promoción 1994

Dra. Claudia Silva A.

Estudios básicos y medios en el Colegio Inglés San José, de Antofagasta. Estudios médicos en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (1988-1994), con alto rendimiento. Matricula de Honor por excelencia académica los años 1991 y 1994.



Estimados compañeros, autoridades, profesores, señoras y señores:

Hoy que es nuestro último día de estudiantes y primer día de médicos, me es muy grato dirigirme a ustedes para recordar algunos especiales momentos y pensamientos que espero compartan mis compañeros.

Al terminar nuestro camino por la Universidad, por nuestra querida Escuela de Medicina, la cual hace ya siete años nos vio llegar, más jóvenes, rodeados de las luces del éxito estudiantil de haber ingresado a lo que para muchos

de nosotros era el sueño de los días de colegio. Pocos percibíamos lo que en realidad comenzaba a forjarse en nuestras vidas.

Comenzamos con anatomía, peregrinamos más tarde por numerosas ciencias exactas, difíciles momentos en los cuales la única luz al final del camino era llevar nuestro impecable delantal blanco y estetoscopio, nuevo o heredado, al hospital por primera vez, lo cual finalmente sucedió en tercer año. Fue en ese momento en el que para muchos de nosotros comenzó un cambio interior que ha marcado nuestra formación, el enfrentarnos por primera vez y muy tímida-

mente a quienes son el objeto de nuestra vocación: nuestros pacientes. Pero éstos no son hombres comunes, son hombres marcados por el dolor de sus aflicciones, cuya principal consecuencia es aprisionar sus espíritus. Aprender a reconocer en él a nuestro hermano que sufre y espera de nosotros no sólo el mejor de los tratamientos, sino también, y en muchos casos como única misión, compartir la visión de la vida en la que el sufrimiento y la muerte cobren el sentido cristiano que tiene para nosotros.

Quizás las razones que nos motivaron a ingresar a la carrera de Medicina sean distintas a las que deberían movernos en nuestro quehacer médico, que la razón principal sea responder a ese llamado interior de servicio o vocación, que, como señala Su Santidad Juan Pablo II en su discurso a los médicos católicos del mundo, está destinado a humanizar, que quiere decir proclamar la dignidad de la persona humana respetando su corporeidad, espíritu y cultura.

La Medicina es ciencia y así lo aprendimos desde nuestros primeros años. Quisiera destacar el trabajo científico de muchos compañeros premiados en importantes actividades científicas por su reconocida labor. Creo que el arte de la Medicina debe fundarse en sólidas bases científicas y la ciencia del médico es un instrumento indispensable para su quehacer. No basta que seamos buenos técnicamente, debemos mantener alerta nuestra capacidad de asombro que acrecienta nuestra inquietud científica en cualquiera sea el área en que nos desempeñemos. El desarrollo de este aspecto de nuestra vocación no estará exento de un esfuerzo heroico, pero necesario para mantener un equilibrio entre el trabajo práctico y la inquietud científica, sobre todo en condiciones laborales adversas.

Al avanzar en nuestro camino por la Escuela y conocer las diferentes áreas de la Medicina, cada uno de nosotros fue descubriendo su inclinación vocacional específica, quizás un poco presionados por la vorágine de estos años, pero convencidos de que por el rápido desarrollo científico y tecnológico la especialización es una necesidad. Sin embargo, nuestra Escuela ha intentado entregarnos una visión lo más holística posible del hombre y sus aflicciones, que no debemos perder de vista, comprendiendo que participar en este enfoque de la Medicina nos acercará más al alivio integral de nuestros pacientes.

¿Es un empleo la profesión que hemos elegido? Yo creo que no. Debemos defendernos de la visión de un técnico de mantenimiento. Creo que estos largos años de entrega y sacrificio son sólo el comienzo de un gran camino, en el cual, la aptitud que Dios nos da a cada uno de nosotros de "cuidar enfermos", nos ha sido otorgada para que la desempeñemos de una manera tan especial, que revele que en ella se ha puesto amor, perfección y una fuerza personal que la caracterice.

Es hora de agradecer.

Agradecer a nuestros padres por su abnegado apoyo y convicción de nuestro éxito, recordando especialmente a aquellos que Dios ha llamado.

A nuestros compañeros, amigos y ahora colegas, con quienes hemos crecido entre alegrías y penas, éxitos y decepciones. Entre ellos muchos de nosotros hemos encontrado a los amigos del resto de nuestras vidas.

Agradecer a nuestros profesores, quienes, según sus posibilidades y movidos por un desinteresado afán de transmitir el arte que ofician a las futuras generaciones, entregaron lo mejor de sus capacidades a nuestra formación. Cada uno de nosotros tendrá recuerdos de ellos para siempre. En mi caso, el doctor de Medicina interna que me enseñó a tener el valor de aceptar, frente a un paciente que está fuera del alcance de la Medicina, nuestra limitación terapéutica y ofrecerle sólo una oración a cambio, será inolvidable.

Gracias a cada uno de los pacientes que nos han permitido cuidarlos en estos años de formación, sabiendo que nosotros recibíamos más que ellos de esta especial relación interno-paciente. Intentaremos aprovechar al máximo todo lo que ustedes nos han entregado.

Gracias, sobre todo a Dios, por haber iluminado nuestros corazones con esta vocación de servicio, por iluminar nuestra mente en búsqueda de la verdad y por dotar nuestros sentidos para llevar a cabo esta misión.

El camino será arduo y tendremos enemigos voraces, como el cansancio, desconocimiento, incompreensión y soledad, a los cuales combatiremos con lo que hemos sembrado en estos años: amor a la Medicina, inquietud científica y un profundo respeto a la vida y al hombre.

Muchas gracias.



La Dra. Claudia Silva A. recibe de manos del Vicerrector Académico de la Universidad, Prof. Bernardo Domínguez C., el premio que se otorga al Mejor Alumno de la Promoción 1994.

Nómina de la promoción médica 1994

Ares Mora, Raúl Eduardo
 Arroyo Lagos, Carlos Alberto
 Bacovic Fanola, Ljubomir Iván
 Bawarshi Abrigo, Jaime Naim
 Belmar Jones, Cristián Gastón
 Bonilla Cortés, Lilian Elizabeth
 Cabello Eterovic, Renato Nicolás
 Cárcamo Rodríguez, Claudia Andrea
 Carrasco Orellana, Juan Andrés
 Cerda Vásquez, Claudia Beatriz
 Cifuentes Aguila, Lorena Isabel
 Cisternas Martínez, Marcela Carolina
 Contador Fuentes, Renato Alejandro
 Contreras Olea, Oscar Enrique
 Contreras Tenenbaum, Gonzalo Samuel
 Cortés Pereira, Paola del Pilar
 Chong Medel, Guillermo Jorge
 Durán Cares, Rodrigo Ernesto
 Figueroa Diesel, Horacio Alberto
 Fontbote Riesco, Cristián Antonio
 Fookes Curti, Dyana Alexandra
 Fuentes Vásquez, Carmen Luz
 Gajardo Polando, Paulina Andrea
 Gallardo Rosas, Beatriz Claudia
 Gil Camiruaga, María Andrea
 González Díaz, Hernán Eugenio
 González González, Mariana Andrea
 Guzmán Karadima, Sergio
 Herrmann Pons, Rodrigo
 Iturriaga Meneses, Sergio Andrés

Jiménez Zulic, Rafael Eduardo
 Lacassie Quiroga, Héctor Javier
 Lavanchy Van Maasbergen,
 Marcel Christian
 Martínez Nahuel, Vania Angélica
 Mellado Talesnik, Patricio Andrés
 Negrón Grazotto, Paola Rosanna
 Neira Calderón, Gema del Carmen
 Nilo Gatica, Carmen Mónica
 Pomes Correa, Cristián
 Prado Sanhueza, Roberto Alejandro
 Puga Yung, María José
 Quiroz Bastías, Jorge Armando
 Quiroz Leiva, Danilo Werner
 Reid Salas, Ronald
 Rivera Zeballos, René Eduardo
 Rojas Claro, Sandra Eugenia
 Rojas Riveros, Elvira Anita
 Schlotterberck Valenzuela, Ricardo Mauricio
 Schudeck Estay, Rodolfo Eduardo
 Silva Acuña, Claudia Ximena
 Soza Ried, José Alejandro
 Strobl Viviani, Alejandro
 Tay Maldonado, Laigo Suillin
 Torrente Avendaño, Mariela Claudia
 Valdés Baltera, Pablo Wilfredo
 Valle Toledo, Osvaldo Gonzalo
 Venegas Mardones, Marcela Alejandra
 Vera Pérez-Gacitúa, Claudio Mauricio
 Zagal Alvarado, Patricio Alonso

Tradición Médica Familiar

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí... (del JURAMENTO HIPOCRÁTICO).

DOCENTES DE ESTA ESCUELA DE MEDICINA ENTREGAN TITULO PROFESIONAL A SUS HIJOS:



Dr. Enrique Olea García (1976) al Dr. Oscar Enrique Contreras Olea (1995).



Dr. Hernán González Lorca (1966) al Dr. Hernán Eugenio González Díaz (1995).



Dr. Hugo Cisternas Barbagelata (1959) a la Dra. Marcela C. Cisternas Martínez (1995).



Dr. Sergio Guzmán Bondik (1968) al Dr. Sergio Guzmán Karadima (1995).



Dr. Luis Fernando Mellado Aguilar (1979) al Dr. Patricio Andrés Mellado Talesnik (1995).

B. Entrega de títulos de Especialista (21 de junio de 1995)

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



El Decano de la Facultad de Medicina entrega el título de Especialista en Cirugía General al Dr. Christian Roberto Kobus Cantizano

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 y alegría entregarles el diploma que acredita vuestra nueva condición de profesionales especializados en el conocimiento de un área de la Medicina.

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 importante de sacrificio.

Nos alegramos, también, porque a través de ustedes estamos cumpliendo un aspecto particularmente exigente de nuestra misión formadora, cual es la capacitación profesional a nivel de postítulo, área que en la actualidad está haciendo crisis en las escuelas de Medicina de nuestro país. Las razones de esas crisis ustedes las conocen muy bien: una buena formación en cualquiera de las especialidades médicas requiere la presencia dedicada de un contingente importante de docentes idóneos y de una infraestructura asistencial acorde con las realidades de la Medicina de nuestro tiempo. Desgraciadamente, esas condiciones no se dan en la medida

deseable en todas las escuelas de Medicina del país.

Es por esa razón que hemos asumido la formación de especialistas como una responsabilidad social a la que debemos responder dedicando a ella nuestros mejores esfuerzos. Y lo hemos hecho en la medida en que la creación de nuevos programas no significaba comprometer nuestros patrones de calidad académica.

Debo confesarles que la magnitud del esfuerzo realizado ha sido muy considerable. En 1991 nuestra Escuela ofrecía 24 programas de especialización; en la actualidad esa cifra ha aumentado a 34, es decir, un incremento del 42%. Por otra parte, en el mismo período la cifra de alumnos participando en esos programas aumentó de 157 a 266, lo que representa un crecimiento del 69%. Quiero destacar, además, el aumento proporcionalmente mayor de alumnos extranjeros, los que hace 4 años eran sólo 15 y en la actualidad suman 45. Para nosotros es particularmente grato que esos alumnos nos distingan escogiéndonos como centro formador, ya que la Facultad ha cultivado un espíritu americanista y sentimos como propias las necesidades de salud de los países de la región.

Durante su historia, que ya abarca diversas décadas, nuestros programas de formación en especialidades han sufrido numerosas modificaciones, 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 Latinas.

Pero aunque somos conscientes de nuestros logros, estamos muy lejos de caer en la auto-complacencia. Muy por el contrario, creemos que un espíritu genuinamente universitario es el que usa cada avance para proponerse metas más ambiciosas y, es por eso, que vuestra evaluación y vuestras críticas son debidamente ponderadas y representan para nosotros un gran estímulo de superación.

Más allá del interés de esta Escuela de Medicina por responder a las necesidades de medicina especializada de nuestro país y de los países de la región continental, nuestra preocupación por incrementar las actividades de formación de postítulo se enmarca en una concepción distinta de la educación médica. Creemos que las actuales condiciones económicas, sociales y culturales del país, y las características de la Medicina contemporánea, han hecho insostenible seguir manteniendo como objetivo primario de la educación médica chilena la formación de médicos indiferenciados.

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 hace algunas décadas 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 indiferencia-

dos. Es más, estamos seguros de que esa estrategia sigue siendo válida en aquellos países donde los recursos humanos y materiales disponibles para el sector salud son muy escasos y donde el Estado lucha por alcanzar coberturas mínimas críticas para sus programas de fomento y protección de la salud. Pero, dadas las realidades actuales de Chile y las previsibles proyecciones que pueden hacerse de su futuro desarrollo económico y social, insistir en mantener los actuales esquemas de enseñanza de la Medicina implica condenar al país a una crisis en su capacidad de gestión en salud que herederán las generaciones futuras.

Es por eso que hemos iniciado un proceso de reforma curricular que unifica en un todo orgánico la formación de pregrado y posgrado, generando un continuo que culmina con el egreso de un médico especialista, incluyendo entre las especialidades a la medicina general.

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 resolutive. 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, pode-

mos anticipar que, con el tiempo, los sistemas de salud privado y público de nuestro país tendrán una evolución convergente, en el sentido que ambos tratarán de crear un base de medicina general competente y con gran capacidad resolutive. Eso implica la presencia de generalistas especializados, pero seguirán siendo necesarios los subespecialistas y eso existirá como parte inherente del progreso del conocimiento médico.

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 esa 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 médico 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 ustedes 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. Y para quienes no sean cristianos, recuerden que cada enfermo es una persona integral que se acercará a ustedes en busca de ayuda, pero también de comprensión y de solidaridad respecto a sus dolores y angustias.

Al partir dejan en quienes fueron vuestros docentes 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. Que Dios los bendiga.

Muchas gracias.

Nómina de médicos becarios graduados en 1995

ANESTESIOLOGIA

Alegría Contreras, Ricardo	Ministerio de Salud
Asenjo Araya, María Carolina	Ministerio de Salud
Becker Contreras, Daniel	Pontificia U. Católica de Chile
De la Cuadra Fontaine, Juan Carlos	Pontificia U. Católica de Chile
Huenchullán Catalán, Ignacio	Universidad de La Frontera
Vergara Llanos, Richard	Ministerio de Salud
Vigueras Cherres, Gilberto	Ministerio de Salud

ANATOMIA PATOLOGICA

Roa Strauch, Juan Carlos	Pontificia U. Católica de Chile
Veloza Papez, Luis	Ministerio de Salud

CARDIOLOGIA

Acevedo Blanco, Mónica	Pontificia U. Católica de Chile
Almendaras Meza, Carlos	Pontificia U. Católica de Chile

Saldaña Vera, Alvaro Pontificia U. Católica de Chile (Clínica Alemana)

CIRUGIA DIGESTIVA

Ruiz Guridi, Francisco Javier Pontificia U. Católica de Chile

CIRUGIA GENERAL

González Moscoso, Javier **Ecuador**
Howard Gavilán, Michael Pontificia U. Católica de Chile
Kobus Cantizano, Christian Pontificia U. Católica de Chile
Kusanovich Bórquez, Rodrigo Ministerio de Salud
Rivera Prat, Carlos Armada de Chile
Santa Cruz Rodríguez, Víctor **Bolivia**

CIRUGIA VASCULAR

Espíndola Silva, Manuel Pontificia U. Católica de Chile (Clínica Alemana)

GASTROENTEROLOGIA

Carvajal Cabrera, Sergio Pontificia U. Católica de Chile

HEMATOLOGIA

Ocqueteau Tachini, Mauricio Pontificia U. Católica de Chile

MEDICINA INTERNA

Cereno Fuentes, Claudio Ministerio de Salud
Córdova Alvestegui, Samuel **Bolivia**
Espejo Greve, Jorge Ministerio de Salud
García Cisternas, Cristián Pontificia U. Católica de Chile
Letelier Saavedra, Luz María Ministerio de Salud
Orozco Bas, Rodrigo Pontificia U. Católica de Chile
Palisson Etcharren, Francis Pontificia U. Católica de Chile
Silva Contreras, Jorge Ministerio de Salud
Zapata Larraín, Rodrigo Pontificia U. Católica de Chile

NEFROLOGIA

Ortiz M., Mireya Pontificia U. Católica de Chile

NEONATOLOGIA

Fabres Biggs, Jorge Pontificia U. Católica de Chile

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Enríquez Reyes, Rodrigo Pontificia U. Católica de Chile
Franco Olea, Pablo Ministerio de Salud
Jaramillo Posada, José **Colombia**
Núñez Basáez, Francisco Ministerio de Salud
Poblete Lizana, José Pontificia U. Católica de Chile

PEDIATRIA

Aiquel Guzmán, María J. Ministerio de Salud
Aranibar Munita, Héctor Pontificia U. Católica de Chile
Beltrand Navarrete, Pablo Pontificia U. Católica de Chile
Clavería Rodríguez, Cristián Ministerio de Salud
Garay Greve, Francisco Ministerio de Salud
Insunza Pérez, Ernesto Ministerio de Salud
Marchant Alarcón, Pamela Ministerio de Salud
Oberpaur Wilckens, Bernd A. Pontificia U. Católica de Chile
Perret Pérez, Cecilia Pontificia U. Católica de Chile

RADIOLOGIA

Kaufmann Yaitul, Miguel Ministerio de Salud
Loyola Zunino, María Pontificia U. Católica de Chile
Soledad (Lab. Winthrop)
Otero Fuentes, Carmen Hospital Sótero del Río
Gloria
Traipe Castro, Guillermina Ministerio de Salud

REPRODUCCION HUMANA

ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA

Bianchi Poblete, Pontificia U. Católica de Chile
Marcelo Raúl (Lab. Sanofi-Winthrop)

REUMATOLOGIA E INMUNOLOGIA

García Echeverría, Pontificia U. Católica
María Eugenia de Chile
Castro Esparza, Irene Pontificia U. Católica
de Chile

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

Aguilar Torres, Héctor Ministerio de Salud

Ortiz Mateluna, Cristián

Pontificia U. Católica
de Chile

SALUD PUBLICA

Bastías Silva, Gabriel

Pontificia U. Católica
de Chile

UROLOGIA

Bengio, Rubén Guillermo

Argentina

Ceremonia de inauguración del
Año Académico de
la Escuela de Medicina
(21 de marzo de 1995)

Discurso del Decano de la Facultad de Medicina

Dr. Pedro Rosso R.



INTRODUCCION

Al inaugurar un nuevo año académico, deseo presentar una cuenta de la marcha de la Escuela de Medicina durante el año recién pasado y compartir con ustedes algunas de las metas generales que la Directiva que encabezo, con la aprobación del Consejo de Facultad, espera lograr en el transcurso del año que se inicia.

RESULTADOS DE PLANIFICACION 1994

Por razones de tiempo, sólo destacaré aquellos logros del año 1994 que me parecen especialmente relevantes para nuestra comunidad académica.

Sin embargo, los invito a analizar detenidamente los resultados del año pasado presentados en el documento "Planificación Estratégica 1995", que se distribuyó hace pocos días a cada uno de los académicos. La lectura de esa información les permitirá apreciar que el balance global de la gestión 1994 es muy satisfactorio en cuanto al cumplimiento de importantes metas.

Area académica

Doctorado en Ciencias Médicas

Entre los objetivos académicos, quisiera destacar la aprobación, otorgada por la Dirección

Superior, a la puesta en marcha del Programa de Doctorado en Ciencias Médicas. El cumplimiento de ese objetivo debe llenarnos de satisfacción. En primer lugar, porque implica el reconocimiento de que nuestra Escuela ha alcanzado una madurez en el campo de la investigación científica que le permite formar personas para la búsqueda de nuevos conocimientos médicos a un nivel superior. Ese es un objetivo largamente anhelado por nuestra Facultad, me atrevería a decir que es uno de sus objetivos fundacionales, y su consecución ha requerido un esfuerzo sostenido durante sucesivas generaciones. En segundo lugar, porque la puesta en marcha del Programa de Doctorado representa el inicio del camino por el que la Facultad deberá transitar durante el próximo siglo, cuando el progreso de la Medicina impondrá como un imperativo el que nuestro núcleo académico fundamental esté mayoritariamente integrado por investigadores de excelencia. El Doctorado en Ciencias Médicas será, necesariamente, el semillero donde se formarán esos académicos. En consecuencia, creo que la puesta en marcha de este programa es un hito importante en la vida de nuestra Facultad.

Carrera académica

Otro objetivo alcanzado, cuyos beneficios harán evidentes en el curso de los próximos años, ha sido el inicio de la aplicación de nuevos criterios de promoción para la carrera académica y la extensión de la categoría especial asociada a los departamentos de nuestra Escuela. Los nuevos criterios de promoción valoran en forma explícita los méritos académicos de una buena labor docente, otorgándole un reconocimiento similar al que hasta ahora sólo tenía la investigación. De esa manera, las opciones vocacionales de nuestros profesores, ya sean preferentemente por la docencia o por la investigación, tienen ahora perspectivas análogas en cuanto a las posibilidades de progresión en la carrera académica. Por otra parte, la extensión de la categoría académica asociada a los departamentos abre un espacio de desarrollo personal y profesional para quienes desean dedicarse principalmente a la actividad asistencial, pero tienen aptitudes e interés por la docencia clínica. Todo lo anterior flexibiliza las posibilidades de una vida académica gratificante, sin disminuir los tradicionales niveles de exigencia y hace más objetivas y comprensibles las decisiones de la Comisión de Carrera Académica.

Consolidación del núcleo académico

Quisiera destacar, también, los beneficios que está reportando a nuestra Escuela la política de apoyo a los académicos jóvenes que se reintegran después de un período de perfeccionamiento en el extranjero. Aunque esta iniciativa se puso en marcha en 1992, sin mediar anuncios oficiales o actos académicos, los considerables beneficios para la vitalidad de nuestra comunidad universitaria sólo se hicieron evidentes en el curso del año pasado, cuando el número de beneficiados por el programa alcanzó una masa crítica. Al respecto, quisiera recordarles que antes del inicio de esas políticas muchos jóvenes que se reintegraban a nuestra Escuela después de un período en el extranjero, vieron frustrados sus planes académicos por falta de sustentación económica y carencia de infraestructura. Actualmente, gracias a una mayor disponibilidad de recursos, hemos podido otorgar a esos académicos una asignación especial de remuneraciones que ha hecho significativamente menos ardua su reinserción en la Escuela. Como prueba de lo anterior, me es grato informarles que todos los académicos favorecidos por las nuevas políticas están dedicados preferentemente a labores universitarias y abriendo nuevos frentes de desarrollo.

He mencionado los logros anteriores porque todos ellos se enmarcan en una de las metas centrales del Plan de Desarrollo 1992-1995, cual es el apoyo a las personas como una de las condicionantes fundamentales para la consolidación de un núcleo académico dedicado preferentemente a la vida universitaria. Para lograr ese objetivo debemos crear oportunidades para que cada uno de nuestros académicos pueda desarrollar en el ámbito de la Facultad su propio plan de vida. En ese sentido nos orienta el anhelo expresado por S.S. Juan Pablo II en su Constitución Apostólica sobre las universidades católicas respecto a crear "una comunidad que ayude a todos sus miembros a alcanzar su plenitud como personas humanas" (S.S. Juan Pablo II, Constitución Apostólica *Ex Corde Ecclesiae* N. 21).

Remuneraciones académicas

No puedo referirme a las políticas de consolidación de nuestro núcleo académico sin mencionar el tema de las remuneraciones. Este es un problema crónico, que afecta a toda la Universidad, para el cual, dados los recursos disponibles, no existen soluciones globales satisfacto-

rias de corto plazo por el camino de incrementos directos de las remuneraciones. Durante el año pasado, la Directiva de la Facultad estudió la factibilidad de extender a todos los departamentos el exitoso modelo aplicado por algunos grupos en los cuales, mediante la venta de servicios a pacientes privados, a través de sociedades profesionales o fondos comunes, se garantiza a los académicos que participan en esas iniciativas ingresos complementarios significativos. Sin embargo, la gran heterogeneidad, en cuanto a posibilidades de venta de servicios, de los departamentos de la Escuela y la forma en que los distintos grupos han preferido organizar sus actividades de práctica profesional privada, indican que la solución del problema por esta vía requiere un trabajo de progresivo ordenamiento y creación de oportunidades sólo loguable en un mediano plazo. En este sentido, se plantea la meta de continuar incentivando la creación de grupos de trabajo departamentales que generen nuevas fuentes de ingresos de práctica privada para su distribución a través de fondos comunes. Por otra parte, es necesario destacar que los mayores ingresos por venta de servicios de la Facultad obtenidos durante 1994, beneficiaron significativamente a muchos grupos departamentales y a académicos individuales. Esta afirmación se basa en el significativo aumento real experimentado durante el año pasado por los fondos distribuidos a los académicos por concepto de honorarios profesionales. En su conjunto, estos honorarios representaron una cifra global superior al monto de toda la planilla académica. Por lo tanto, si bien la vía de la remuneración directa no ha experimentado los avances que deseáramos, no es menos cierto que la participación indirecta, con las limitaciones y asimetrías que he señalado, ha experimentado aumentos reales importantes que benefician a la mayoría de nuestros académicos que laboran en el Hospital Clínico.

Sede en el Hospital Sótero del Río

Otra importante meta lograda durante 1994 fue la inauguración de una sede de nuestra Facultad en el Hospital Sótero del Río. Esta iniciativa permite solucionar una serie de problemas que afectaban nuestras actividades docentes en ese centro hospitalario y, además, establece una presencia física de la Facultad en el Área de Salud Sur-Oriente de Santiago. Con el pasar de los años, el Hospital Sótero del Río se ha transformado en un campo clínico fundamental para nuestros programas de formación de pre y

posgrado. En consecuencia, es vital que podamos seguir accediendo a sus servicios en el futuro y ese objetivo representa una de las metas prioritarias a las que me referiré más adelante.

Servicio a la Iglesia

El año pasado logramos tres metas que, aunque no son estrictamente académicas, tienen una enorme importancia para nuestra comunidad universitaria, por cuanto fortalecen nuestra vinculación con la Iglesia y, de esa manera, serán fuentes de gracia que iluminarán nuestro camino y aumentarán la eficacia de nuestra labor testimonial. La primera es el acuerdo con la Asociación Mutual Pax, integrada por religiosos y religiosas del área metropolitana, respecto a una serie de beneficios que recibirán sus afiliados en nuestras áreas docentes y asistenciales. Este acuerdo, que será formalmente puesto en marcha en el curso de este año, nos ayudará a recuperar nuestro papel de institución de salud de los miembros consagrados de nuestra Iglesia que mantuvimos por tanto tiempo. La segunda meta es el Convenio con el Hogar de Cristo, el cual contempla el uso como campo clínico para nuestros alumnos de las áreas de hospitalización que mantiene esa obra benéfica. La Escuela retribuye el aporte del Hogar de Cristo mediante la labor profesional que nuestros académicos desarrollan allí, como parte de sus labores docentes, y la realización sin costos para el usuario de diversos exámenes especializados. La tercera meta a la que hacía referencia es la llegada a nuestro Hospital Clínico de las Hermanas Ministras de los Enfermos de San Camilo. Esta comunidad ya se encuentra realizando entre nosotros su labor pastoral para beneficio de nuestros pacientes y de todos quienes trabajan en el Hospital.

Area empresa

Quisiera ahora detenerme en las metas más significativas alcanzadas en el área de administración no académica, las que involucran nuestras ventas de servicios en el Hospital Clínico y en las diversas áreas asistenciales y laboratorios de la Facultad. En los últimos años me he referido a estas actividades como pertenecientes a nuestra "empresa de salud". He preferido usar este término, que puede parecer ajeno a nuestra misión fundamental de irradiación y búsqueda del saber, para enfatizar el hecho de que debemos administrar nuestros recursos de acuerdo a

los criterios de calidad y eficiencia que rigen para cualquier empresa exitosa.

Márgenes operacionales positivos

Durante el año 1994, por primera vez en su historia, nuestra empresa de salud logró márgenes operacionales positivos de cierta significación. Estos márgenes no incluyen las transferencias de fondos centrales que anualmente hace la Dirección Superior a la Escuela de Medicina. Es importante que reflexionemos sobre esta realidad, porque con frecuencia se dice que el Hospital Clínico y otras áreas de ventas de servicio permiten financiar las actividades académicas. No es así y no lo ha sido nunca. Aunque es muy difícil separar claramente la empresa académica de la empresa puramente de venta de servicios, es un hecho objetivo que nuestra empresa de venta de servicios, y particularmente el Hospital Clínico, siempre generó márgenes operacionales negativos. En consecuencia, como hacía notar, por primera vez, hemos conseguido que nuestra empresa genere utilidades.

Mayor eficiencia administrativa

En el logro de la meta anterior subyacen diversos factores entre los que quisiera destacar los de una mayor eficiencia administrativa y un aumento significativo en las ventas. La mayor eficiencia administrativa abarca, a su vez, un amplio espectro de factores diversos. En primer término, nuestros avances en la tarea de disminuir costos, lo que se ha logrado mediante el *ordenamiento y la racionalización de innumerables procesos*. En segundo término, una *mejor gestión por parte de los jefes de las distintas unidades*, particularmente de los jefes de Departamento y de Servicio, quienes, motivados por las oportunidades que abre una gestión exitosa, realizaron un gran esfuerzo para mejorar los resultados de sus unidades, consiguiendo, en algunos casos, vuelcos positivos importantes respecto a los resultados de años anteriores. En tercer término, la *progresiva descentralización de la gestión*, junto con una *desburocratización significativa de la toma de decisiones operacionales*, permitió una agilización considerable en el accionar de las unidades, especialmente las de mayor tamaño. Por último, una influencia igualmente significativa debe ser atribuida al *excelente retorno de los grandes proyectos de inversión en equipamiento*, los que, sin excepción, han respondido hasta ahora a las expectativas que motivaron su puesta en marcha.

Quiero destacar este punto porque refleja nuestra capacidad para evaluar grandes proyectos de inversiones, mérito que debemos reconocer a nuestra área de administración no-académica. De la misma forma, hemos progresado notoriamente en nuestro manejo financiero, hecho que ha significado ahorros importantes para la Facultad.

Aumento en las ventas

Como mencionaba anteriormente, el segundo factor que permitió cumplir con las metas económico-financieras del período fue un aumento importante de las ventas, lo que debemos atribuir a una mayor actividad real durante el primer semestre de este año, en comparación con el año 1993, junto con un manejo más ágil de las tarifas y una mayor recuperación de los ingresos devengados. Sin embargo, preocupa la baja en los niveles ocupacionales que se produjo a partir del mes de julio. Una serie de indicadores permiten atribuir esa disminución de las hospitalizaciones y de las consultas a una contracción en la actividad del sector salud, resultante del ajuste de nuestra economía, la que afectó principalmente a los sectores de ingresos medios y medios-bajos. No obstante, estamos manteniendo un cuidadoso monitoreo de la situación, por cuanto un menor nivel de actividad repercute muy negativamente en nuestras funciones de docencia clínica.

Monto de deudas e inversiones

Los buenos resultados económico-financieros permitieron cumplir dos metas de gran importancia, como son la disminución en un 5% de nuestra cantidad de deudas de arrastre contraída principalmente durante el período 1982-1989 y respaldar el plan de inversiones para el año. Respecto a este último, es importante señalar que *durante el año 1994 las inversiones de Facultad en equipamiento y planta física alcanzaron un total de 181.000 UF*, lo que equivale a una cifra cercana al 9% de los ingresos devengados. Esta última cifra se acerca a los niveles de inversión que requiere una empresa con las características y tamaño de la nuestra para mantenerse competitiva. Sin embargo, debemos tener presente que esas inversiones sólo representan una primera fase de nuestro esfuerzo de puesta al día, principalmente en cuanto a equipamiento, en una serie de áreas vitales para la generación de recursos. Al respecto, quisiera recordar que esas áreas presentaban un serio dé-

ficit tecnológico al término del período 1985-1991, cuando, por razones de todos conocidas, nuestras inversiones se limitaron a 415.000 UF, vale decir, un promedio de 50.000 UF por año. Comparativamente, *en el período 92-94, gracias a la obtención de mejores márgenes operativos y a la flexibilización de las políticas de financiamiento e inversiones pactada con la Dirección Superior, las inversiones de la Facultad han totalizado 526.000 UF, con un promedio anual de inversiones de 175.000 UF.* Es decir, en los últimos tres años nuestro nivel de inversiones ha más que triplicado el promedio anual de los siete años anteriores.

Clima organizacional

Deseo destacar, también, la mejoría de nuestro clima organizacional, reflejado en el buen término de dos negociaciones colectivas, con los sindicatos números 1 y 2, las que se desarrollaron en un clima de confianza y mutuo respeto. El nuevo contrato laboral establece remuneraciones que son competitivas con las del mercado de las instituciones privadas de salud y significativamente superiores a las del sector estatal. Creemos que, a futuro, todo aumento real en el nivel de remuneraciones debe estar ligado a aumentos en la productividad de nuestra empresa, para lo cual quisiéramos invitar a los dirigentes sindicales a que en las próximas negociaciones colectivas sus proposiciones de aumento de remuneraciones sean planteadas desde esa perspectiva realista.

SITUACION ESTRATEGICA DE LA ESCUELA DE MEDICINA

Antes de mencionar las metas que la Escuela espera alcanzar en el curso de este año, quiero compartir con ustedes las consideraciones estratégicas que orientan a algunas de estas tareas.

Area académica

En el área académica preocupan, como amenazas potenciales a mediano plazo, dos situaciones que quisiera comentar: la falta de recursos económicos de las escuelas de medicinas de Chile, incluyendo las de más reciente creación, y las nuevas normas que rigen a los convenios docente-asistenciales.

La educación médica chilena

En nuestro país la educación médica se encuentra desde hace años en una crisis de desa-

rrollo académico que ha significado un deterioro progresivo, tanto relativo como absoluto, de la calidad de sus planes de formación. Aunque, en términos comparativos, nuestro país continúa ofreciendo programas de formación de una calidad académica superior al promedio de Latinoamérica, si nuestras escuelas de Medicina fueran sometidas hoy a un proceso de acreditación basado en las mismas pautas que rigen en los Estados Unidos, es muy probable que casi todas serían muy mal calificadas. Ese es el paradigma que debiera preocuparnos por lo que él implica para el futuro de la Medicina chilena. Desgraciadamente, nos hemos ido resignando a esa realidad y, lo que es más grave, adaptando a ella, con lo cual involuntariamente estamos afianzando en nuestro país la validez del modelo de escuela de Medicina con grandes carencias de infraestructura básica y profesores contratados por horas. Ese modelo, que desgraciadamente están replicando las escuelas de Medicina de más reciente creación, parece compatible con una formación de pregrado aceptable pero es objetivamente inadecuado para la formación de especialistas y de cuerpos académicos de real excelencia. Por lo tanto, debemos considerarlo indeseable para el futuro de la Medicina chilena. En ese contexto, nuestros esfuerzos por reformar los planes de estudio y por consolidar un núcleo académico con jornada completa podría hacernos aparecer como una escuela atípica, cultura de un elitismo académico innecesario y excesivamente onerosa para un país en vías de desarrollo. Para contrarrestar esa amenaza debemos iniciar una campaña orientada, por una parte, a establecer criterios de calidad para la educación médica chilena mucho más exigentes que los actuales y, por otra parte, a obtener apoyo del Estado para nuestra función educadora. No se trata de reinstaurar esquemas de financiamiento universitario desechados por el actual sistema económico del país, sino sólo lograr un trato similar al que reciben las escuelas de Medicina de los países industrializados, las que financian una parte considerable de sus presupuestos a través de aportes estatales directos e indirectos, muchos de ellos concursables.

Convenios docente-asistenciales

Un cambio que también percibimos como una amenaza potencial son las nuevas normativas ministeriales sobre convenios docente-asistenciales entre centros hospitalarios del Estado y las universidades. Estas nuevas normas otorgan a los directores de servicio la posibili-

dad discrecional de no renovar esos convenios una vez que éstos caduquen. Por esa razón, es muy importante que sigamos reforzando y expandiendo nuestra vinculación con el Hospital Sótero del Río, de tal manera que los mutuos beneficios que de ella derivan sean la mejor garantía que seremos siempre bienvenidos en el Área de Salud Sur-Oriente.

Área empresa

Creciente competencia

Nuestra empresa de salud está enfrentando serias amenazas actuales y potenciales. En gran medida, esas amenazas son consecuencia del período de crecimiento que experimentó el sector privado de salud durante la última década, lapso en el cual, como ya mencioné, la Facultad enfrentaba una difícil situación económica. En esos años, mientras nuestra capacidad de inversión fue mínima, nuestra competencia se hizo numéricamente mayor, se diversificaron y formaron equipos de trabajo integrados por profesionales de alta calidad. A consecuencia de lo anterior estamos sufriendo una pérdida progresiva de posicionamiento en el segmento de población de ingresos altos, realidad que ha afectado particularmente a algunas especialidades. Además, por la dinámica propia de un mercado competitivo, tenemos una presión creciente para la reducción de tarifas y mayores dificultades para la captación de pacientes. Por otra parte, la perspectiva de que el sistema estatal de salud pudiera expandir significativamente sus ventas de servicio a pacientes privados de ingresos medios podría causarnos un enorme daño adicional. A lo anterior debemos agregar el hecho de que en estos momentos preocupa a las escuelas de Medicina de los Estados Unidos, que los hospitales docentes son un 20-30% más caros que el resto.

Debilidades de nuestra empresa

A las amenazas externas señaladas debemos agregar ciertas debilidades de nuestra empresa que en el contexto anterior equivalen a amenazas internas. Entre éstas destaca nuestra baja marginación operativa, en la que inciden un alto nivel de morosidad y un alto endeudamiento de arrastre. Para enfrentar las amenazas anteriores con alguna posibilidad de éxito tenemos que producir cambios muy profundos en la funcionalidad de nuestra empresa y en su cultura. Tal como mencioné en la inauguración del

año académico del año pasado, la viabilidad futura de nuestra empresa de salud depende de nuestra capacidad para realizar en forma rápida el proceso anterior y todos los cambios que él implica.

OBJETIVOS 1995

Los invito, entonces, para que, a la luz del análisis estratégico anterior, revisemos las tareas propuestas para el año que estamos iniciando. Pero antes quisiera recordarles que, tanto para el área académica como en el de nuestra empresa, sólo mencionaré las tareas que considero potencialmente más significativas. El conjunto de todas las metas está contenido en la sección "Objetivos 1995", del documento "Planificación Estratégica 1995", al que ya he hecho mención y que está en poder de cada uno de los académicos. Asimismo, debo advertirles que no incluiré en esta cuenta algunos proyectos de inversión contemplados para el período, por cuanto el proceso de presupuestación no se encuentra finalizado y oficialmente aprobado.

Área académica

Nuestro modelo de Escuela

En el área académica iniciaremos un esfuerzo de largo aliento orientado a mejorar y fortalecer la educación médica chilena promoviendo, a nivel de ASOFAMECH, iniciativas como un sistema de acreditación para todas las escuelas de Medicina; la reforma del currículo de pregrado; la defensa de la calidad de los programas de formación de especialistas, junto con la expansión de los mismos, y el reconocimiento legal del título de especialista. En forma paralela, iniciaremos una campaña de prensa para informar al público sobre la importancia que reviste para el futuro de la Medicina chilena contar con escuelas como la nuestra, que tratan de consolidar un núcleo académico dedicado preferentemente a la vida universitaria, tienen programas de formación exigentes, diseñados de acuerdo con los avances en la educación médica y que, además, se esfuerzan por mantener una activa y relevante investigación científica. Paralelamente, contactaremos líderes de opinión para compartir con ellos nuestra preocupación por el deterioro relativo que están sufriendo las escuelas de Medicina del país y la imperiosa necesidad de que el Estado otorgue una atención preferente a éstas, aportando los fondos que és-

tas necesitan para comenzar a resolver algunos de sus problemas de personal académico y de infraestructura más limitantes.

Vinculación con el Hospital Sótero del Río

Otra meta para el año que se inicia es el fortalecimiento de nuestra vinculación con el Área de Salud Sur-Oriente de Santiago y una mayor participación en la vida académica de la Escuela de nuestros académicos, basados en esa área. Buscaremos alcanzar esa meta a través de diversas iniciativas, entre las que se contemplan las siguientes: desarrollar modalidades nuevas de apoyo a las actividades asistenciales del Área, tanto a nivel de Medicina ambulatoria como hospitalaria; mejorar la participación de los académicos del Hospital Sótero del Río en las actividades departamentales; y crear para esos académicos posibilidades de práctica profesional privada vinculadas a nuestra Facultad. En forma paralela, pondremos en marcha un proyecto de telemedicina que nos permitirá conectarnos directamente con el Hospital Sótero del Río para la realización de conferencias simultáneas y la transferencia de imágenes radiológicas e histopatológicas.

Programa de oncología

Otra gran meta académica es la puesta en marcha del Programa de Oncología, que contará con un Centro de Atención Integral del Cáncer provisto de unidades de atención ambulatoria, una Unidad de Quimioterapia y una Unidad de Radioterapia, equipadas con la tecnología más avanzada y de mejor calidad disponible a nivel mundial. A este Centro se integrarán funcionalmente las actividades en el área del cáncer digestivo. El gran desafío que implica un rediseño funcional de la forma en que estamos abordando el problema del paciente oncológico y una potenciación de nuestro quehacer con la incorporación de nuevas modalidades diagnósticas y terapéuticas, responde a la necesidad de ofrecer a nuestra comunidad nacional un ámbito de prestaciones de servicios y de formación de profesionales acorde con los avances del conocimiento médico en este campo.

Consolidación del cuerpo académico

Dentro de las políticas orientadas a consolidar nuestro cuerpo académico, se mantendrán como metas centrales todas aquellas iniciativas que estimulen la actividad netamente universitaria de nuestros profesores. Con ese objetivo la Facultad continuará ampliando el número y

monto de las asignaciones especiales para los académicos con responsabilidades administrativas o de otra índole, que demanden una dedicación importante de tiempo; mantendrá su apoyo a quienes se reintegran a la Facultad después de un período de perfeccionamiento en el extranjero, y continuará impulsando iniciativas que fortalezcan las actividades de práctica profesional privada vinculadas a nuestra institución, favoreciendo aquellas que surgen de grupos departamentales. Paralelamente se mantendrán invariables las políticas de desarrollo de nuestra infraestructura académica, buscando mejorar y ampliar la planta física y el equipamiento.

Medicina ambulatoria

Una de las metas de este año, que no aparece debidamente explicitada en el documento "Planificación 1995", al que me he referido anteriormente, es la definición de políticas respecto a la Medicina ambulatoria en nuestra Facultad. En ese campo se abre para nosotros una oportunidad potencialmente muy atractiva, cual es la de desarrollar un modelo de Medicina integral, de alta capacidad resolutoria y de bajo costo, en la cual podríamos aprovechar las experiencias y fortalezas que hemos ido acumulando en los programas de formación de posgrado en esta área. Concretamente, las metas para el año son definir políticas enmarcadas en la evolución de los sistemas médicos a nivel mundial y en nuestro país y en las realidades y capacidades tanto de nuestra comunidad académica como de nuestra empresa. Referente a esto último, una de las tareas que nos espera es estudiar la conveniencia de un eventual traslado de CEDIUC a un sitio próximo al Hospital Clínico. Esta iniciativa cuenta con el respaldo, en principio, de la Dirección Superior, la que aportaría los terrenos y los fondos para la realización del proyecto.

Área empresa

La meta central del área empresa es mejorar nuestros márgenes operativos. Hacia el logro de esa meta se orientan diversos objetivos: la satisfacción de nuestros clientes, el aumento de las ventas, la recuperación de ingresos devengados y la contención de costos fijos.

Satisfacción de nuestros clientes

La búsqueda de la satisfacción de nuestros clientes será la meta prioritaria del *Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad*, documento que ya ha sido distribuido a los jefes de unidades académicas, de servicio y administrativas.

En oportunidades anteriores me he referido a la importancia capital que tiene para una empresa de servicios, como la nuestra, la satisfacción del cliente. También he comentado las múltiples falencias que presentan nuestras áreas docentes-asistenciales en este aspecto. Las metas del Plan para este período contemplan acciones orientadas a implantar el mejoramiento continuo como un elemento integral de nuestro quehacer en todas las áreas asistenciales y unidades administrativas, a otorgar una atención en salud de la más alta calidad técnico-profesional a precios competitivos; y a mejorar nuestro clima organizacional. Entre los objetivos operativos nos hemos fijado mejorar la *acogida a nuestros clientes, disminuir los tiempos de espera, mejorar la información a los pacientes y sus familias, optimizar el uso de camas, optimizar los registros asistenciales y administrativos, optimizar procesos claves* y, en un primer esfuerzo hacia la meta de lograr tarifas competitivas, la *definición de costos para las patologías más prevalentes* y el establecimiento en cada servicio de normas básicas de atención para esas patologías. Quiero destacar estas últimas dos metas porque, con mucha probabilidad, ellas serán las modalidades de fijación de tarifas en el futuro. Al respecto, es importante señalar que el Ministerio de Salud está impulsando las modalidades de Pago Asociado a Diagnóstico y el Pago Prospectivo de Prestaciones como elementos centrales para un nuevo sistema de asignación de recursos. Dadas las actuales presiones tarifarias, es altamente probable que tanto FONASA como las ISAPRE comiencen a privilegiar aquellas instituciones de salud que ofrecen alternativas de contención de costos análogas a las modalidades mencionadas. Por lo tanto, en esta área nuevamente se nos presenta una oportunidad de grandes proyecciones, cual es la de anticiparnos a un cambio inminente y cosechar las ventajas competitivas que eso debe generar. Por otra parte, podríamos transformarnos en los impulsores de un cambio en la modalidad de prestaciones de salud que implica grandes beneficios para los usuarios.

Aumentar las ventas

El aumento de nuestras ventas está condicionado por diversos factores, entre los que gravitan la satisfacción del usuario, desde el punto de vista de la calidad técnico-profesional de la atención recibida y del costo de la misma, como también de su percepción y experiencia con una larga serie de otros factores que incluyen el tra-

to recibido por el paciente mismo y sus familiares, la calidad de la planta física, la ubicación geográfica y otros. Muchos de estos elementos serán intervenidos mediante el Plan de Mejoramiento Continuo, hay otros, sin embargo, que requieren una atención especial. En primer término está la maximización de la *ventaja competitiva que nos confiere el contar con médicos académicos* organizados en grupos de trabajo departamentales. Como demuestra la experiencia de los centros médicos universitarios de los Estados Unidos y de Europa, esa actividad departamental e interdepartamental permite ofrecer una atención médica integral de la más alta calidad estructurada como Programas de Atención que, a su vez, alimentan el trabajo académico. Esa es la razón por la cual algunas de nuestras especialidades han alcanzado un merecido prestigio nacional. Debemos reproducir ese modelo, que otorga tanta eficacia al quehacer médico y a la labor académica, aumentando el número y mejorando la calidad de todas nuestras actividades de Medicina ambulatoria y hospitalaria. En el logro de ese objetivo general se enmarcan los esfuerzos que se están realizando en los programas de Medicina intensiva, de geriatría clínica, de enfermedades infecciosas y próximamente en el Programa de Oncología.

Junto a una atención de calidad, en los términos antes definidos, debemos mejorar sustancialmente nuestro *posicionamiento en el mercado de pacientes de más altos ingresos*. El logro de esa meta, además de favorecer directamente a la institución, permite que nuestros académicos desarrollen una actividad de práctica profesional económicamente atractiva. Nuevamente inciden aquí algunos de los factores de calidad y precios que he mencionado, incluyendo nuestra competitividad en ciertas áreas de excelencia, pero además un factor geográfico. Es en ese sentido que la Facultad desea impulsar al máximo el *Proyecto Alcántara*, apoyando a los académicos que tienen sus consultas en ese centro médico con una buena infraestructura de laboratorios clínicos, servicios radiológicos y *marketing*. Al mismo tiempo, la Facultad invita a los médicos que integran la ASOMEDUC a plantearse alternativas nuevas y creativas de atención ambulatoria para sus pacientes privados, dentro del esquema de Medicina integral que aparece como tan promisorio para los pacientes institucionales, optimizando de esa manera la utilización del recurso físico y humano que estará disponible en ese centro médico.

Además de las acciones anteriores, es esencial que comencemos a estructurar una *red de refe-*

rencias de pacientes, especialmente a nivel de provincias y en algunos países de la región. Creemos que la presencia de nuestros ex alumnos de pregrado y de posgrado debería ser uno de los elementos facilitadores de esta iniciativa, la que requiere, además, formalizar contactos, establecer programas adecuados de acogida al paciente y establecer un expedito sistema de informes de alta, aspectos estos últimos que deberemos desarrollar. En el curso de este año exploraremos las alternativas que nos permitan avanzar en esta área potencialmente muy atractiva. Otra iniciativa asociada a una mejoría de las actividades de venta de servicio es un *marketing creativo* en torno a campañas con objetivos definidos. Para esos fines contrataremos los servicios de profesionales especializados en esta materia.

Mejorar la recuperación de ingresos devengados

Con respecto a la meta de mejorar la recuperación de ingresos devengados, continuaremos perfeccionando nuestros sistemas de facturación y cobranzas, como también de prevención del ingreso de pacientes que tengan un alto riesgo de morosidad. Para lograr lo primero es necesario mejorar en forma sustancial algunos aspectos de la informática de esta área, para lo que deberemos realizar las inversiones correspondientes.

Contención de costos

La contención de costos fijos es otra de las grandes metas de 1995. Uno de los aspectos en los cuales esperamos progresar es en la reducción del gasto por remuneraciones, que en la actualidad representa un monto algo superior al 50% de nuestros ingresos. Este objetivo se logrará mediante una disminución del tamaño de la planta de funcionarios no-académicos. Ese proceso se hará en forma gradual, mediante la no contratación de los cargos de planta que se vayan vacando por retiros voluntarios. Cada año aproximadamente un 5% de nuestros funcionarios abandona la institución por diversas razones; en consecuencia, se estima que reduciendo el número de nuevas contrataciones podremos alcanzar una meta de un 10% de reducción en el costo global de la planilla de funcionarios no-académicos en un plazo de tres años. El proceso requerirá un estudio caso a caso de las diversas situaciones que se vayan produciendo y, en las unidades medianas y grandes, se vinculará a un

estudio de los procesos que allí se realizan, de tal manera que podamos mantener e, idealmente, mejorar la productividad de esas áreas.

REFLEXIONES FINALES

Tal como mencioné al inicio de esta presentación, en esta oportunidad sólo he podido referirme a algunos de los muchos temas importantes vinculados al quehacer de nuestra Escuela de Medicina, que nos plantean tareas concretas tanto para el futuro próximo como para el más alejado. La Dirección de la Facultad es responsable de liderar y coordinar esas tareas, pero su ejecución recae, en mayor o menor medida, en cada uno de nosotros. Aunque parezca redundante, es necesario recordar que la Facultad no es un ente abstracto, sino un organismo vivo que se nutre de la actividad de cada uno de quienes somos sus miembros. Por esa razón, nuestras acciones no son indiferentes al bienestar del conjunto y así como los logros individuales nos enriquecen, toda acción desalineada con el ideal universitario va en desmedro de todos.

Vivimos en estos momentos una etapa de nuestra vida institucional que aparece llena de posibilidades, pero también de incertidumbres, que deberemos sortear con éxito para continuar avanzando en nuestra tarea de continuo perfeccionamiento de todos aquellos elementos que son centrales a nuestra misión fundamental.

Las generaciones que nos precedieron establecieron ciertos principios y políticas tendentes a la construcción de una Escuela de Medicina vitalmente universitaria. Fruto de esa visión, y del esfuerzo realizado durante nuestros 65 años de existencia institucional, es el liderazgo que hemos alcanzado y que nos corresponde asumir como una gran responsabilidad puesta en nuestras manos. En ese sentido debemos levantar nuestra vista por sobre las contingencias diarias que nos preocupan y descubrir que se ha abierto para nosotros la posibilidad histórica de promover cambios profundos en la educación médica chilena y en la instauración de una Medicina más innovadora, más acorde con los tiempos y más respetuosa de la dignidad del enfermo. Esa es la hermosa y ardua tarea en la que cada uno de nosotros tiene un lugar. Al mismo tiempo, las metas que hemos alcanzado son una afirmación de que estamos bien orientados en nuestra misión de servicio a la comunidad nacional y a la Iglesia. Nada hay más nocivo para una insti-

tución universitaria que la complacencia y el conformismo, pero es igualmente indeseable la debilidad de espíritu de quienes no luchan por sus ideales. Es por esa razón que los invito a

continuar dedicando nuestros mejores esfuerzos a esta gran obra, erigida para la mayor gloria de Dios, que es nuestra Escuela de Medicina.
Muchas gracias.

Ceremonias de inauguración y de bendición de nuevas dependencias y equipos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

- A. Inauguración de la Sala de Computación “Dr. Pedro Schüler”, del Departamento de Medicina Interna
(10 de agosto de 1994)
- B. Inauguración de la sede de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el Hospital Dr. Sótero del Río
(21 de septiembre de 1994)
- C. Inauguración de la Sala de Estudios “Prof. Dr. Juan Fortune H.”, del Departamento de Ortopedia y Traumatología
(11 de noviembre de 1994)

Hospital de San Vicente, de la Universidad de Chile, en la cátedra del Prof. González Cortés, uno de los clínicos más destacados y sagaces que ha tenido nuestro país. Como buen maestro, dejó huella en todos sus ayudantes y muy marcadamente en Pedro Schüller, a quien nuestra Escuela atrajo en 1948.

Entre nosotros se inició como encargado del curso de semiología, y sus pasos prácticos de clínica pasaron a ser una de las actividades características del Servicio de Medicina: con sus cerca de dos metros de estatura, cabello blanco desde muy joven, una potente voz y contagiosa risa, era difícil que pasara inadvertido. Además, los alumnos lo buscaban porque a la información que metódicamente derivaba de la literatura añadía su vasta experiencia personal, que recordaba y procesaba con llamativa precisión y buen sentido.

En su carrera académica llegó a profesor titular y, desde 1970 hasta que se retiró en 1979, fue director de nuestro hospital.

Paralelamente a su quehacer universitario, Pedro Schüller se destacó también en otras áreas. Representó a nuestra Escuela durante 26 años en la Sociedad Médica de Santiago, llegando a ser su presidente en 1975.

Dado que la jornada completa era prácticamente inexistente en las primeras décadas de nuestro hospital, el Dr. Schüller dedicó también parte de su jornada al Departamento de Medicina del Trabajo del SNS, que llegó finalmente a dirigir.

Con su enorme tesón y metódico orden pudo transformar lo que era un trabajo burocrático de dictámenes médico-legales, en una instancia de investigación, de donde nacieron más de veinte trabajos sobre enfermedades ocupacionales, laureados con premios nacionales e internacionales en cinco ocasiones. A través de un convenio con nuestro hospital logró que ese departamento no fuera solamente una instancia de peritaje, sino que se constituya en el acceso al tratamiento adecuado para un alto número de pacientes con enfermedades laborales, especialmente neuromiosis, que eran usualmente rechazados en los hospitales del SNS. Personalmente tuve la suerte de compartir durante veinte años esta área de su actividad.

Además de sus méritos académicos y profesionales, Pedro Schüller fue extraordinario como ser humano. Son muchos los alumnos, médicos y funcionarios de este hospital que recibieron su ayuda de múltiples formas y, como pude apreciarlo en los veranos en que me dejó a cargo de sus muchos pacientes, logró despertar en ellos un grado de confianza y lealtad fuera de lo común. Finalmente, su notable calidad humana se demostró en toda su magnitud por la serenidad con que enfrentó, con plena conciencia de su grave pronóstico, la leucemia que terminó con su vida en éste, su hospital.

En suma, con este acto estamos hoy día perpetuando el nombre de un hombre de gran valor, que dio lo mejor de su vida a esta Escuela y a la Medicina.

B. Inauguración de la sede de la Facultad de Medicina en el Hospital Dr. Sótero del Río

(21 de septiembre de 1994)

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

El Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente y la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica han estado vinculados desde 1966 en una alianza para ayudarse mutuamente a cumplir mejor sus respectivas misiones institucionales. Desde que nuestro actual Rector era Decano de la Facultad de Medicina,

esta alianza tiene su manifestación formal y legal en un Convenio Docente Asistencial que establece las obligaciones y deberes de ambas partes.

Es así como el Servicio de Salud Sur-Oriente ha apoyado a la Facultad de Medicina en su misión universitaria de docencia e investigación, otorgándole acceso a sus dependencias

asistenciales. Eso ha permitido que desde los inicios de este Convenio la Facultad haya más que duplicado el número de alumnos de pregrado, tanto de Medicina como de Enfermería, que actualmente son cerca de mil, y más que triplicado el número de médicos y enfermeras en formación de posgrado, que en la actualidad son doscientos veinte. Por lo tanto, haber contado con los campos clínicos del Servicio de Salud Sur-Oriente nos ha permitido entregar a la comunidad nacional varios centenares más de médicos, enfermeras-matronas y especialistas médicos de los que podrían haber egresado de nuestra Facultad si no hubiéramos contado con ese apoyo.

Quisiera destacar, también, las oportunidades para la investigación que ha significado para nuestros académicos acceder a la población usuaria del Servicio de Salud Sur-Oriente. La importancia de las acciones en este campo puede ejemplificarse con el estudio epidemiológico sobre complicaciones postestreptocócicas dirigido por la Dra. Ximena Berríos, miembro de nuestro Departamento de Salud Pública. Este estudio contribuyó a disminuir en forma muy importante la incidencia de complicaciones tan temibles como la enfermedad reumática y la glomerulonefritis aguda en la población del Área Sur-Oriente de Santiago. Junto con cumplir con esa finalidad de bien público, ese estudio epidemiológico permitió un avance significativo en su campo del conocimiento, obteniendo por ello el reconocimiento de la comunidad internacional. Además de este ejemplo existen varios otros, como el convenio específico para Cardiocirugía Infantil y Trasplante Renal, cuyo primer trasplante se realiza hoy por dos jóvenes instructores formados en nuestra Escuela de Medicina, apoyados por el Dr. Luis Martínez, siendo deseable que el número de los proyectos conjuntos se incremente.

Son estas razones de orden práctico y, a la vez, de tanto beneficio para tantas personas las que explican el interés de ambas instituciones para apoyar la iniciativa que culmina hoy con la inauguración de esta sede de nuestra Facultad de Medicina en el Hospital Sótero del Río. Para nosotros es un momento histórico y una experiencia nueva, ya que nunca habíamos establecido una presencia física análoga fuera de nuestro campus universitario. Es, por lo tanto, una nueva etapa de nuestra vida institucional que simboliza y materializa, a la vez, el deseo del Estado de Chile, a través del Servicio de Salud Sur-Oriente, y de la Pontificia Universidad Católica, a través de su Facultad de Medicina, de

continuar trabajando juntos para mejorar la salud de nuestra población y expandir la formación de profesionales médicos y de enfermería.

Debo reconocer que, junto con nuestro entusiasmo, tenemos algunas aprensiones respecto al futuro, y aprovecho la oportunidad de la presencia de las máximas autoridades de Salud para manifestarlas públicamente. La construcción de esta sede y la presencia de nuestros docentes en las dependencias de este Servicio están respaldadas por el actual Convenio Docente Asistencial, pero también representan un acto de fe en que las actuales vinculaciones no serán modificadas en el futuro por decisión unilateral de cualquier autoridad de Salud. En la actualidad eso es posible, ya que la presencia de las universidades en los centros hospitalarios del Estado no se rige por políticas normativas comunes sino que depende de la discrecionalidad de los directores de los servicios respectivos. Esa situación es altamente indeseable ya que somete al arbitrio de personas que muchas veces permanecen poco tiempo en sus cargos, una actividad que requiere condiciones estables para ser organizada en forma adecuada y es de tanta trascendencia para el país como es la formación de profesionales de la Salud. En este sentido nuestra Facultad de Medicina respalda la propuesta de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) para que el Estado garantice, dentro de ciertas condiciones preestablecidas, la presencia de sólo una escuela universitaria por centro hospitalario. Al respecto, lamentamos profundamente las situaciones que actualmente enfrentan las Escuelas de Medicina de las Universidades de Chile y Concepción en los hospitales Barros Luco-Trudeau y Regional de Concepción, respectivamente. Hace muchos años nuestra Facultad de Medicina sufrió, con grave daño para su actividad docente, una situación similar que la obligó a retirarse de un centro hospitalario estatal. No quisiéramos que algo similar llegara a producirse en esta área y es por eso que, respetuosamente, solicitamos a las autoridades de salud que, acogiendo la proposición de ASOFAMECH, dicten a la brevedad las normas que garanticen a las Facultades de Medicina la tranquilidad necesaria para planificar sus actividades docentes en el largo plazo.

Decía que este es un día muy importante para nuestra Facultad. Debería agregar que es un día muy feliz, porque se cumple un sentido anhelo. Por él debemos estar agradecidos a varias personas. En primer lugar, y siendo fieles a la historia de este proyecto, nuestros agradecimientos

son para el Dr. Ernesto Behnke, Director del Servicio de Salud Sur-Oriente, por habernos propuesto esta iniciativa y, junto con ello, haber comprometido el apoyo necesario para hacerlo viable. He tenido el gusto de conocer al Dr. Behnke durante estos años en el decanato de la Facultad y llegado a conocerlo personalmente. Admiro en él su dedicación a la importante función que ejerce, su preocupación por los más necesitados y su idealismo de hombre de bien. La Facultad de Medicina nunca olvidará el apoyo que nos ha otorgado.

En segundo término quiero agradecer, en las personas de don Ernesto Ayala, Eleodoro Matte y de don Gonzalo García, a Empresas CMPC por haberse sumado con mucha generosidad y entusiasmo a este proyecto. El aporte de esta importante empresa tiene una especial connotación para nosotros. Sabemos que su aporte es un reconocimiento a nuestra labor universitaria y al deseo de que nuestra presencia en esta área geográfica se consolide para beneficio de las personas que aquí residen, muchas de ellas funcionarios de una de sus compañías más importantes. A ellos queremos decirles que esperamos cumplir cabalmente con ese anhelo y retribuir la confianza y generosidad con que nos han favorecido con una labor que sirva para el mejoramiento de la salud de la población de este sector de Santiago.

Mis agradecimientos, también, a los doctores Nicolás Velasco, nuestro Director de Pregrado, y Patricio Michaud, nuestro Jefe de Docencia en el Hospital Sótero del Río, por la dedicación a los múltiples detalles de este proyecto.

Finalmente, quiero felicitar a los arquitectos señores Eugenio Garcés y Juan Lagarrigue por la creatividad demostrada en esta obra. Me encanta su volumetría, el buen aprovechamiento de la luz y de los espacios, como también la originalidad de este auditorio, en el cual el uso de la madera tiene evocaciones marineras y es una invitación a viajar en espíritu.

Aprovecho la oportunidad para expresarle a nuestros académicos basados en este hospital los agradecimientos de la Facultad por la importante y, a veces, sacrificada labor formativa que ellos realizan. Hace poco más de dos años, cuando asumí como Decano, les manifesté que el fortalecimiento de la presencia de nuestra Facultad en el Hospital Sótero del Río sería una política prioritaria. Consideren a esta obra sólo un paso significativo en esa dirección, ya que la universidad son las personas que la conforman, no sus edificios, y en ese sentido quiero que sepan que soy consciente de lo mucho que aún queda por hacer.

A todos ustedes quiero decirles que con la inauguración de esta sede la Facultad de Medicina ha venido al Área Sur-Oriente con la intención de quedarse. Hasta ahora nuestra colaboración con ustedes se ha limitado a los aspectos que he mencionado. En el futuro, sin embargo, tal vez podamos establecer nuevas alianzas. Los tiempos que estamos viviendo tienen en muchas áreas, entre ellas la salud, una inquietud de savia nueva. Tal como lo ha reiterado el señor Ministro, sabemos que los servicios estatales tienen una enorme tarea por delante en el campo de la gestión administrativa y del mejoramiento continuo. Nosotros, como Facultad de Medicina que debe autofinanciarse mediante la venta de servicios, hemos ido acumulando experiencia en el difícil arte de la gestión empresarial que estamos dispuestos a compartir. Al igual que ustedes, nuestra misión es de bien público. Vuestra razón de ser es de justicia social y de solidaridad humana. Nuestra razón de ser es la formación de médicos y de enfermeras matronas de la más alta calidad técnico-profesional, pero, a la vez, propagadores con su testimonio de vida de los principios valóricos del Evangelio de Cristo. Sobre esas dos bases fundacionales nuestra mutua colaboración surge naturalmente. Sobre ellas podemos ayudar a construir un futuro mejor para muchos.

Gracias.

Discurso del Ministro de Salud, Ingeniero Comercial Sr. Carlos Massad Abud

Chile posee una tradición muy valiosa, y sin duda particularísima en el mundo, de relación docente asistencial en el área de la salud.

A esta tradición, así como a una acción decidida del Estado, en la formulación y ejecución de políticas de salud, debemos el que nuestro

país se encuentre en una posición privilegiada en la materia respecto de otros países de la región.

Vaya aquí una primera reflexión. La gran preocupación que todos tenemos por las serias deficiencias de nuestro sistema de salud no puede llevarnos a desconocer o a subvalorar los resultados notables que, para la escasez de recursos disponibles, han logrado nuestros profesionales, técnicos y funcionarios en la lucha contra la enfermedad y en procura de mejor calidad de vida para las personas.

Pero en este resultado no sólo ha intervenido el Estado de Chile. La tarea que han desarrollado las universidades posee una relevancia de primer nivel.

A ellas no sólo debemos la formación de calidad y con fuerte vocación de servicio de nuestros profesionales y técnicos de la salud. Importantes esfuerzos en el campo de la investigación, la prevención, la promoción e incluso la asistencia y la atención médica han corrido por su cuenta.

Si hemos logrado avanzar algo en materia de salud en este país ello se debe a que hemos definido a este objetivo como una tarea de Estado.

Cuando los hospitales de la Beneficencia Pública en el siglo pasado, o las congregaciones religiosas o iglesias de distinta confesión, u organizaciones gremiales, o empresas privadas, etc., han impulsado la creación o desarrollo de un centro de atención de salud, estoy seguro de que no han celebrado largos debates para precisar si ello lo hacen en nombre del principio de la subsidiariedad del Estado, o de aquel que señala el monopolio estatal en este tipo de tareas, o en razón de una ideología en particular.

Lo que han hecho cada una de las instituciones que se han involucrado, así como las personas que las integran o aquellas que han actuado a título particular, es asumir que nos enfrentamos al fenómeno de la fragilidad humana.

Paradigmas más o menos, lo verdaderamente real es que estamos de paso por la tierra y en ese paso podemos sufrir accidentes que, sin una adecuada atención, nos inhabiliten no sólo para el trabajo, sino lo que es más grave, nos impidan desarrollar una vida plenamente humana.

Esta fragilidad nos enfrenta a opciones. Podemos definir que nuestra tarea consiste primordialmente en determinar cómo el mercado precisa riesgos, los avalúa y establece respuestas.

Podemos también esperar que alguna institución de caridad se haga cargo, una vez más, del sufrimiento del otro. En una sociedad cre-

cientemente individualista no estaríamos haciendo más que seguir los "signos de los tiempos".

O podemos profundizar en el camino que como país hemos escogido. Esto es, que lo que le ocurre al otro es también problema mío. Que un país con grandes limitaciones de recursos necesita de todos para poder dar salud a su gente. Que no existe más remedio que un gran esfuerzo de solidaridad social para dar vida digna a las personas.

Un convenio docente asistencial busca precisamente encarnar esto. El es un acuerdo solidario para formar profesionales y dar salud a las personas más desposeídas, durante ese proceso de formación.

Es por ello que, a objeto de optimizarlos, los acuerdos docente-asistenciales deben necesariamente recoger una serie de elementos.

En primer lugar, las relaciones históricas y geográficas que los servicios han tenido con las instituciones de educación superior. Existe un aprendizaje histórico que nos interesa aprovechar y potenciar.

En segundo término, los antecedentes de inversiones en infraestructura y equipamiento que estas instituciones han hecho y las perspectivas de proyectos conjuntos. Si interesa el aprendizaje histórico no es en abstracto. Interesa la proyección y resultados concretos de éste.

Por último, un convenio debe recoger las políticas de gobierno en la materia. En lo que a nosotros respecta, deberá privilegiar seis objetivos o criterios.

Respeto por la dignidad de las personas en la relación médico-paciente, equidad, descentralización, eficacia, eficiencia y participación social.

No quiero extenderme innecesariamente. Sobre estos seis criterios sólo quiero detenerme brevemente en dos: la relación médico-paciente y la equidad.

La lucha contra la pobreza es parte de un gran esfuerzo de reconciliación que el Gobierno impulsa en el país. Ello se hace particularmente evidente cuando uno constata los enormes grados de desigualdad que existen al interior del sistema de salud.

Generalmente pongo como ejemplo la diferencia abismante que existe entre la tasa de mortalidad infantil en Las Condes, 6 a 7 por 1.000, y la que existe en comunas rurales como Achao, en las cuales bordea los 40 por 1.000.

Sin embargo, existe una multiplicidad de cifras que confirman lo que sostengo. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer para el prome-

dio del país en hombres y mujeres llega a los 72 años de edad, mientras en algunas comunas llega a 75 y en unas pocas apenas alcanza los 60.

Existen servicios de salud, como es el caso del Metropolitano Oriente, en los que durante 1992 se gastaban alrededor de \$ 20.000 por persona al año. En Biobío, en cambio, el gasto era inferior a \$ 13.000 por persona anuales.

Como es natural, uno de los principales esfuerzos que ha realizado el Ministerio es el de orientar su acción a la búsqueda de alcanzar niveles crecientes de equidad.

Y aquí vale la pena una aclaración. Contra lo que algunos puedan decir, somos absolutamente defensores de consolidar y fortalecer el sistema público de salud precisamente porque pensamos que, sólo a partir de él, es posible garantizar el acceso a la salud para los chilenos más modestos.

Esta línea de fortalecimiento del sector público para garantizar la equidad ha ido acompañada de la redefinición de los mecanismos de asignación de recursos.

El antiguo sistema de financiamiento se basaba en los costos o necesidades de los establecimientos. La nueva modalidad se basa en las necesidades de la gente.

Estamos transformando un sistema de pago retroactivo por prestaciones a un sistema de pago prospectivo asociado a la población atendida.

Desde el 1 de julio ya funciona el sistema per cápita. El define un programa de prestaciones familiares que buscan mejorar las posibilidades de atención de salud de la gente más humilde evitando seguir incrementando los déficit de consultorios y establecimientos hospitalarios.

Porque queremos un acceso equitativo de las personas a la salud es que estamos incrementando la inversión en el sector público. Ya hemos convertido la inversión promedio de los años 80, que era de unos US\$ 8 millones anuales, a más de US\$ 80 millones anuales. Por esta misma razón es que estamos readecuando los mecanismos de asignación de recursos.

Finalmente, junto con decirles que estoy muy satisfecho de que hoy podamos inaugurar este centro docente, permítanme una reflexión más.

Los enormes desafíos que debemos enfrentar en el sector de la salud exigen de un esfuerzo multidisciplinario que creo aún se encuentra en estado embrionario.

Los invito a promover fórmulas creativas de inserción para profesionales de otras disciplinas que sientan la vocación de dedicar sus vidas a la hermosa tarea de dar más y mejor salud a los chilenos.

Unas breves palabras sobre la naturaleza de los convenios docentes-asistenciales provocadas por comentarios del señor Decano, Dr. Rosso. Creemos seriamente en la descentralización. Pensamos que las circunstancias a lo largo del país en distintos servicios de salud en distintas regiones, son diversas. En algunos lugares sólo hay una universidad. En otros, más de una; en otros, como Santiago, muchas; en las cuales las escuelas de Medicina buscan lograr campo clínico en los hospitales disponibles. Esta diversidad de circunstancias es muy diversa a la que teníamos hace diez años, nos obliga a repensar nuestros usos y costumbres alrededor de la relación docente-asistencial de la vinculación Universidad-Servicio de Salud, Universidad-Hospital.

Por esa misma razón, es que se ha producido cierto grado de conflictos que no son otra cosa que una manifestación de las circunstancias completamente distintas que existen hoy día en cuanto a universidades y hospitales y las relaciones entre ellos.

Me temo que ese tipo de dificultades está dentro de nosotros para quedarse y que tendremos que aprender a vivir en un sistema, en el cual buscamos la manera de compartir hospitales para campo clínico con la norma decisiva y definitiva de que el respeto a la dignidad de los pacientes será siempre la guía para trazar la línea donde se llega, hasta donde sé, con una universidad más o sin una universidad más. Es ese elemento, el respeto a la dignidad del paciente, el elemento esencial para distinguir cuándo podemos ceder y cuándo no podemos ceder a la petición de una nueva universidad. A esto se agrega, naturalmente, las impresiones que las universidades hayan hecho en un campo clínico determinado y el grado de utilización que estén haciendo de ese campo clínico. Pero creo que han quedado atrás los años en los cuales era muy fácil asignar campo clínico a una universidad, porque había hospitales de sobra para campos clínicos, mientras que había dos o tres escuelas de Medicina en todo el país.

Esos tiempos cambiaron. No sé si el balance final de este cambio irá a decir que fue positivo o no fue positivo; pero el cambio está con nosotros y tenemos que enfrentar una situación nueva. Por eso la tarea nacional de la Comisión Docente Asistencial, que me toca presidir en mi calidad de Ministro, el CONDAS, ha estado buscando con muchas dificultades señalar ciertos lineamientos centrales generales de aplicación a todos los servicios del país, para definir

la naturaleza de los convenios docente-asistenciales:

La descentralización, más que una norma dictada para revisar o determinar todos los detalles de esos convenios, lo que estamos haciendo en el CONDAS es establecer los principios básicos alrededor de los cuales estos convenios podrán establecerse. Uno de esos principios, para dar mayor confianza al doctor Rosso, es que los propios convenios deben establecer la forma en que ellos terminan, por ambas partes. Las responsabilidades que ambas partes contraen, las obligaciones y derechos de ambas y el plazo por el cual el convenio se considerará vigente. De tal manera que sea en el propio proceso de conversación, entre universidades y autoridades de salud en los distintos servicios de salud, bajo la norma general de los acuerdos del CONDAS, donde se definan las características

específicas de cada uno de estos convenios. Estamos hoy en un país distinto del de hace diez años y tenemos inevitablemente que reconocer esas diferencias.

Estoy cierto de que afianzando estas tareas docentes y asistenciales en nuestra exitosa tradición chilena, no sólo contaremos con los profesionales y técnicos de la salud, sino con un sinnúmero de destacados profesionales en un enfoque multidisciplinario, deseosos de servir a su país y a los más desposeídos en una de las más importantes tareas de Estado, no del Estado.

Estoy cierto de que si lo hacemos correctamente no sólo contaremos con los profesionales y técnicos de la salud, sino con un sinnúmero de otros destacados profesionales deseosos de servir a su país y a los más desposeídos.

Muchas gracias.

Discurso del Director del Servicio de Salud
Metropolitano Sur-Oriente,
Dr. Ernesto Behnke G.

Estamos en los inicios de siglo; se construye en Puente Alto la fábrica Victoria de la Sociedad de Fábricas Nacionales de Papel y Cartones, propiedad del ingeniero alemán Germán Ebbinghaus, quien, posteriormente, junto a Harsel y Cía., dan vida en 1908 a la Fábrica Esperanza, destinada a producir cartones y papel de envolver.

En 1918 don Luis Matte Larraín, a instancias de Juan Guillén, cambia su intención de instalar una industria azucarera y funda la Fábrica de Cartón Maipo.

La fuerte competencia entre ellas termina con la decisión para fusionarse, creando la Compañía Manufacturera de Papeles y Cartones.

Es el 12 de marzo de 1920, a los antes nombrados se agregan nombres como Manuel Ossa Covarrubias, Eduardo Morel Herrera, todos los cuales expanden y diversifican la naciente empresa hacia la producción hidroeléctrica, hacia las plantaciones de pino, hacia los productos del papel.

A Puente Alto se agrega Laja, iniciándose un mancomunado trabajo entre don Jorge Alessandri Rodríguez, gerente general desde 1937, y don Ernesto Ayala, su actual gerente.

Muy breve historia de una empresa hecha del trabajo de unos hombres.

En 1930 la anhelada intención del Rector de la Pontificia Universidad Católica, Monseñor Carlos Casanueva, de crear una Escuela de Medicina se hace realidad con el decreto del Arzobispo de Santiago, Monseñor Crescente Errázuriz, que la autoriza.

En su génesis intervinieron Eduardo Cruz-Coke, Carlos Charlín, Eugenio Díaz Lira, José Estévez, Teodoro Gebauer, Carlos Mönckeberg, Roberto Barahona y Arturo Atria.

Lentamente y con esfuerzo se fueron originando las diversas cátedras, como por ejemplo la de Moral, a cargo de don Manuel Larraín; Química Médica, por el señor Emilio Macuer; la de Anatomía Humana, dictada por don Roberto Aguirre Luco, teniendo como profesores ayudantes a don Cristóbal Espíldora Luque y a don Rodolfo Rencoret; Jaime Pi-Suñer en Fisiología.

Se van creando sucesivos cursos, para originar los primeros egresados que deben ser examinados por los profesores titulares de la Universidad de Chile. En 1940 es inaugurado por el Arzobispo de Santiago, don José María Caro Rodríguez, el Hospital Clínico.

Han sido decanos de esta Facultad don Carlos Mönckeberg Barros, don Luis Calvo Mackenna, don Cristóbal Espíldora Luque, don Rodolfo Rencoret, don Fernando García Huidobro, don Roberto Barahona, don Juan de Dios Vial Correa, don Juan Ignacio Monge, don Hugo Salvestrini, don Ramón Ortúzar, don Pablo Casanegra, don Carlos Quintana y don Ricardo Ferretti.

Atrevido resumen del trabajo visionario de muchos hombres.

1930. En Puente Alto, en las afueras de Santiago, se inicia la construcción de un monumental y moderno hospital.

Ocho años dura su construcción; cinco pisos, amplias terrazas, 360 camas destinadas a albergar enfermos tuberculosos, para los cuales el aire puro y la sana alimentación eran su única terapia.

Su primer Director, Alfredo Leonardo Bravo; su nombre, Sanatorio El Peral. Otros médicos, con la ilusión de la juventud, se agregan a la tarea de echar andar el nuevo nosocomio: René García Valenzuela, Hugo Behm, Salvador Díaz, Enrique Pereda, Kurt Pollak (dentista) y Sótero del Río.

La lucha contra la TBC agregó como posibilidad terapéutica la quirúrgica, y el grupo médico del naciente sanatorio luchó para que se le permitiese realizarla. Lo que consiguieron en 1943. Extendiéndose a patologías no TBC, como quiste hidatídico y otros, originando publicaciones que le dan fama en Chile, e incluso en el extranjero.

Paulatinamente el hospital va aumentando sus departamentos y mejorando su equipamiento, lo cual permite que en 1963, bajo la dirección de don Salvador Díaz, sea reconocido como Hospital General, con las cuatro especialidades básicas: Cirugía, a cargo del Dr. Juan Pefaur; Medicina, a cargo del Dr. Jorge Abud; Pediatría, cuyo primer jefe fue el Dr. Humberto del Pozo; Obstetricia, bajo la dirección del Dr. Orlando Trivelli. En ese año, como reconocimiento a su labor de salubrista y hombre público, se le bautiza como Hospital Dr. Sótero del Río.

En 1966, siendo Decano don Juan de Dios Vial Correa, se celebra un convenio que transforma el Hospital Dr. Sótero del Río en campo clínico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Breve reseña que no da cuenta del sacrificio y trabajo de muchos hombres.

Tres instituciones, tres historias, tres biografías, tres distintos lugares en la sociedad.

Una empresarial.
Otra universitaria.
Otra de servicios.

Tan distintas en sus misiones, tan semejantes en sus orígenes y en sus actores.

Frutos del trabajo de los hombres que en la búsqueda de su realización y perfección son capaces de originar mundos que son más de lo que ellos mismos soñaron. Trascienden sus propias vidas y pensamientos y permanecen en el tiempo.

Es así como estas tres instituciones, que son más que lo que nosotros representamos, se han unido para dar origen a este módulo que simboliza la simbiosis que debe existir entre la docencia médica y la asistencia médica, ninguna es mayor que la otra, ninguna puede subsistir sin la otra.

Es algo que debe tener presente siempre el alumno: el paciente no es divisible, es y será siempre el mismo: un ser humano que requiere del conocimiento y sabiduría de otro ser humano, pero también requiere calor, cariño y ternura.

Nuestro trabajo es servir al paciente y no servirnos de él.

El reconocimiento mutuo de estas visiones comunes ha hecho que la Pontificia Universidad Católica de Chile y su Facultad de Medicina y el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente y su Hospital Dr. Sótero del Río, estrechen aún más su larga y sólida unión.

La Compañía Manufacturera de Papeles y Cartones tiene con la comunidad de Puente Alto y nuestro hospital una larga historia de benefactora, en forma callada, diría casi humilde, pero tremendamente bondadosa y efectiva.

Sin la voluntad de personas como el señor Rector de la Pontificia Universidad Católica, Dr. Juan de Dios Vial Correa; Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Pedro Rosso; de los académicos doctores Flavio Nervi, Nicolás Velasco, Gonzalo Grebe, Edgardo Cruz.

Sin el apoyo desinteresado de don Eleodoro Matte, don Ernesto Ayala, don Arturo Mackenna, don Gonzalo García, nada de lo que inauguramos hoy pudiera haber sido hecho.

Arquitectos: Señores Eugenio Garcés, Juan Lagarrigue, Carmen Rioseco y Tomás dalla Porta.

El futuro de nuestras instituciones y de nuestra patria es difícil de adivinar o predecir. Aquí estamos tratando de construirlo juntos.

Muchas gracias.

Inauguración de la Sede Docente Hospital Dr. Sótero del Río de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (21 de septiembre de 1994)



Edificio de la Sede Docente Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto.



Autoridades empresariales, ministeriales y docentes. De izquierda a derecha: Sr. Jaime Bellolio R., Dr. Flavio Nervi O., Dr. Nicolás Velasco F., Sr. Eleodoro Matte L.*, Dr. Pedro Rosso R., Sr. Ernesto Ayala O.*, Dr. Ernesto Behnke G. y Sr. Gonzalo García B.*

* Ejecutivos de Empresas CMPC S.A.

Inauguración de la Sede Docente Hospital Dr. Sótero del Río de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (21 de septiembre de 1994)



Autoridades universitarias y ministeriales asistentes a la inauguración. En primera fila (de izquierda a derecha): Dr. Ernesto Behnke G., Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente; Dr. Juan de Dios Vial C., Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e Ing. com. Carlos Massad A., Ministro de Salud



Ante la numerosa concurrencia al acto, los capellanes hospitalarios RR.PP. José Luis Neira y Lorenzo Baderna bendicen las aulas de la Sede Docente.

C. Inauguración de la sala de estudios "Prof. Dr. Juan Fortune H." del Departamento de Ortopedia y Traumatología

Discurso del Dr. Jaime Paulos A.

Estudios médicos en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Título de Médico-Cirujano en la Universidad de Chile (1971). Profesor Adjunto de Cirugía y Jefe del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Presidente de la Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología.

Nos hemos reunido en esta ocasión para rendir un homenaje a nuestro Profesor Dr. Juan Fortune, aquí presente, quien ha sido la llama que ha mantenido viva la Ortopedia y la Traumatología de nuestra Facultad de Medicina. El Dr. Fortune ha sido un médico especialista que ha dedicado toda su vida a la docencia, tanto de pregrado como de posgrado, con un ímpetu y un cariño inigualables.

El Dr. Fortune inicia su carrera académica en la década del 40, siendo nombrado como Profesor Titular de Nuestra Facultad y permaneciendo en ella en forma activa hasta la actualidad. En este largo camino, el Dr. Fortune ha debido pasar muchos obstáculos; recordemos que nuestra especialidad estuvo por mucho tiempo en lo que algunos llamaron en la Universidad de los Extramuros, fuera del Hospital Clínico de Marcoleta, allí mantuvo la docencia de la especialidad por el amor a sus alumnos y a nuestra Facultad.

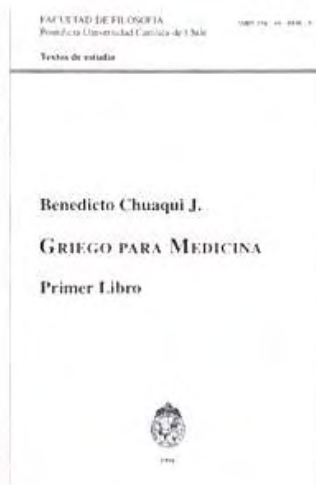
Fue una gran satisfacción para todos los miembros del Departamento saber que el Decanato, en la persona del Dr. Pedro Rosso, aceptaba este homenaje hacia este incansable Profesor, al poner su nombre a esta sala de estudios del Departamento de Ortopedia y Traumatología, en donde tengamos un lugar tranquilo para pensar, desarrollar estudios y programar trabajos de investigación, tanto en el área clínica como en el área de ciencias; además tener este lugar donde poder hacer reuniones docentes de pequeños grupos, contando con elementos tecnológicos, como es un computador y la posi-

bilidad de mostrar videocintas de interés clínico-docente.

También queremos aprovechar esta oportunidad para que, junto con denominar esta Sala de Estudios "Profesor Dr. Juan Fortune", agradecer a las organizaciones que nos han colaborado en dar los primeros pasos en el crecimiento de nuestro Departamento de Ortopedia y Traumatología a través de nuestro Proyecto de Desarrollo, que está dirigido fundamentalmente a permitir una docencia de alto nivel, tanto en pregrado como en el posgrado. Es así como junto con el esfuerzo que el Decanato nos ha brindado para contar con una instrumentación adecuada, absolutamente necesaria en una especialidad como la ortopedia y traumatología, hemos podido organizar un Banco de Huesos cuya implementación fundamental está dada por un congelador que logra temperaturas de -70°C , -80°C , que pueden conservar tejido óseo, nos ha permitido implementar esta sala, tanto en su mobiliario como en el aporte tecnológico de video y televisor. Además, hemos podido aumentar nuestro instrumental quirúrgico con un *set* importante de fijadores externos, accesorios para cirugías artroscópicas y completar un instrumental moderno actualizado de osteosíntesis.

Agradezco a las firmas D. y S. (Supermercados Almac), Embotelladora Andina, Bio Plus International - Orthofix - Promedom, Traumaservice, IOA, Laboratorios Deutsche Pharma, Helico y AO Internacional, por su apoyo desinteresado.

Muchas gracias por su atención.



Lanzamiento de nuevos libros y publicaciones

- A. *Griego para Medicina*. Primer libro, del Prof. Benedicto Chuaqui J.
- B. *La salud en el siglo veintiuno, cambios necesarios*. Dr. Juan Giaconi G.



A. Griego para Medicina. Primer Libro

Profesor Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt

(11 de agosto de 1994)

1. Discurso del Prof. Luis Flores H.

Doctor en Filosofía con mención en Lógica y Filosofía de las Ciencias. Profesor del Instituto de Filosofía; Decano Interino y Jefe del Programa de Doctorado de la Facultad de Filosofía de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Bajo el alero de la Facultad de Filosofía y con el apoyo del ex Decano, Prof. Oscar Velásquez, el Profesor Dr. Benedicto Chuaqui, distinguido anatomopatólogo, ha escrito, en cuanto filólogo: *Griego para Medicina. Primer Libro*. No se trata sólo de ofrecer un instrumento para que el estudiante de Medicina conozca mejor el pasado de su lengua científica y técnica, es decir, de su tecnolecto. Se trata, filosóficamente hablando, de algo más profundo: de aprender que toda actividad humana es simbólica y, en especial, la actividad científica. La telaraña de lo simbólico media entre el ob-

servador, los sensores y el fenómeno. La lengua natural usada por el científico conlleva una condensada historia de la ciencia. Esta yace allí mismo en la expresión: v.gr. los "islotes de Langerhans" reúnen geografía y el nombre propio del descubridor.

Ya la lengua griega es en sí misma una cosmovisión (*Weltanschauung*), como lo señaló el filósofo del lenguaje, Wilhelm von Humboldt. Pero más aún, la lengua natural sometida a la torsión científica apunta a una teoría implícita. La nominación esconde una observación, pero también una teoría. Esta es, en su origen lin-

güístico, ver (*theorein*). Por lo tanto, con el libro del Prof. Chuaqui, nos instalamos doblemente en lo fundacional de la Medicina: en las nominaciones –perspicaces a veces, míticas otras veces– y en los textos de Hipócrates seleccionados por el autor. Respecto de lo último, el espléndido aforismo 1, traducido por el Dr. Chuaqui, nos propone un paciente inserto en la *polis* y en la *physis*: “La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio, difícil. Es necesario que no sólo él mismo se entregue haciendo lo debido, sino

también el enfermo, los presentes y las circunstancias externas” (p. 46). Hoy diríamos que la terapia es contextual.

Felicitemos al Prof. Chuaqui por la amplitud y rigurosidad de su saber médico y filológico. Y aunque esta ocasión es fugaz, pensamos que es ocasión para un inicio de encuentros y colaboraciones académicas más amplias y permanentes con la Facultad de Medicina, que abarque no sólo las lenguas clásicas, sino que también la ética, la antropología y la epistemología.

2. Discurso del Prof. Antonio Arbea G.

*Licenciado en Filosofía con mención en Lenguas Clásicas, en la Universidad de Chile.
Profesor de Latín y Miembro del Consejo Académico del Instituto de Filosofía de
la Pontificia Universidad Católica de Chile*

Autoridades, señores profesores, estudiantes, señoras, señores:

Quiero comenzar expresando que me siento muy honrado de hacer uso de la palabra en una ocasión como ésta, en que se hace la presentación de un libro. La publicación de un libro no es un hecho trivial, especialmente en un medio como el nuestro, que no es precisamente pródigo en acontecimientos de este tipo. Me siento muy honrado, pues, pero, por sobre todo, me siento muy complacido porque el libro cuya presentación nos convoca hoy aquí es el libro de un colega al que admiro mucho y por el que siento un gran afecto.

El libro *Griego para Medicina*, del profesor Chuaqui, forma parte de la serie Textos de Estudio, editada por la Facultad de Filosofía, para recoger trabajos elaborados específicamente como apoyo a la docencia. En esta misma serie, el profesor Chuaqui publicó, hace cuatro años, un texto similar a éste, destinado a los estudiantes de Medicina, pero dedicado al latín: *Lingua Latina ad usum medici*. Al igual que ese *Lingua Latina*, este *Griego para Medicina* es el fruto lentamente madurado de los cursos que el profesor Chuaqui viene dictando desde hace algún tiempo en la Facultad de Medicina, cursos que la Facultad de Filosofía ha patrocinado entusiastamente, pues en ellos ha visto una ocasión inmejorable de íntima y eficaz colaboración entre dos Facultades de nuestra Universidad.

Como lo consigna su título, este texto es sólo el primer libro. Destinado como está a cubrir el primer semestre de un curso de una sesión se-

manal –esto es, de un curso de aproximadamente quince clases–, los contenidos de este manual están repartidos también en quince lecciones. Estas lecciones están calculadamente graduadas, y en su conjunto abarcan una significativa parte de la morfología y la sintaxis del griego clásico. Cada una de las quince lecciones está estructurada del mismo modo: un determinado texto griego para ser traducido, acompañado de su vocabulario y de las nociones de gramática necesarias para entenderlo y traducirlo.

En cuanto a la extensión de cada lección y a la disposición de su contenido, el autor se ha impuesto a sí mismo una severa restricción: no exceder, en cada caso, el límite de dos páginas enfrentadas. Este deliberado límite de dos páginas para cada lección ha permitido homogeneizar las distintas lecciones en cuanto al volumen de sus contenidos, acotándolo a una extensión abarcable en una sesión normal de estudio. Esto tiene una importante ventaja pedagógica: el estudiante que ocupe este manual –que será alguien que se esté iniciando en la disciplina– experimentará un muy conveniente sentimiento de seguridad, de confianza en sus posibilidades, al ver que en un plazo razonable de tiempo podrá recorrer, satisfactoriamente y por sí solo, el circuito relativamente autónomo de cada lección. Por su parte, el diseño de páginas enfrentadas para cada lección, con el texto griego y su vocabulario a un lado, y la gramática correspondiente al otro, es una cortesía del autor; el aprendiz habrá de reconocérsela agradecido, pues facilitará apreciablemente su trabajo práctico de estudio y traducción.

En un texto de estudio, como es este libro, estos aspectos formales no son secundarios, y el cuidado que el autor ha puesto en ellos demuestra su certero instinto pedagógico, que con estricta vigilancia fue controlando acuciosamente, en el curso de la elaboración del texto, cada uno de los pasos que se iban dando. Nada fue aquí entregado a la casualidad; por el contrario, en todos sus niveles este *Griego para Medicina* está lleno de conciencia e intención.

En relación con la controlada dimensión de cada lección, hay que decir que este texto exhibe, como una de sus principales virtudes, la moderación. Una de las cosas más difíciles para quien enseña, o para quien confecciona un texto de estudio, es saber que *no* hay que enseñar, al menos, en un determinado momento. El docente, mientras más y mejor sabe de lo suyo, con mayor tino sabe también callar. El estudiante que se inicia en una materia no puede ser abrumado con multiplicidad indiscriminada; por el contrario, precisa más que nadie de una información esenciada y jerarquizada. En este aspecto, pues, bien podría decirse de este texto lo que, en el terreno del arte, se dice de una obra del período clásico: que cada una de sus partes es necesaria.

Otro rasgo muy digno de ser destacado en este manual es el de ofrecer, repartidas casi a modo de lemas de sus distintas lecciones, una veintena de frases griegas famosas, del tipo de, por ejemplo, "Conócete a ti mismo" (γνώθι σεαυτόν). Estas sentencias, que constituyen felices acuñaciones verbales en las que se halla condensado ejemplarmente algún pensamiento paradigmático del genio griego, van siendo entregadas dosificadamente a lo largo del libro, una o dos por lección. El grado de dificultad gramatical de estas frases nunca excede el nivel de conocimientos que el alumno lleva alcanzado hasta el momento en que se topa con ellas, sino que está en estrecha correspondencia con el que tienen las lecciones ya estudiadas por él; generalmente, por tanto, puede traducirlas por sí mismo. Estas frases son un material precioso para introducir al estudiante al ámbito de la lengua griega, pues son, en general, breves y sencillas; son, además, literariamente hermosas y están henchidas de contenido. Es más: bien puede decirse que ellas han contribuido a conformar, cada una en algún aspecto, la tradición espiritual de Occidente. Son, en alguna medida, lo mejor de nuestra cultura. No todas estas frases, claro está, tienen el peso y la densidad del "Conócete a ti mismo". Otras son más livianas, incluso festivas, como aquella que afirma algo

que resulta muy a propósito para el caso de este conciso texto que es *Griego para Medicina*: "Un libro grande es un mal grande" (μέγα βιβλίον, μέγα κακόν).

Y en estrecha relación con esto de hallarse salpicado de estas frases tradicionales, quiero referirme al que constituye, a mi juicio, el mérito metodológico más saliente de este libro: todos los textos griegos que él contiene repartidos en sus quince lecciones para ser traducidos, son griego genuino, no ficticio. No hay aquí *una* sola frase griega que haya sido fabricada por su autor. A quien no esté familiarizado con la metodología de la enseñanza de las lenguas clásicas, quizás esto le parezca cosa de poca monta. Pero lo cierto es que, en este punto, el profesor Chuaqui ha logrado algo que, aunque aspiración de todo buen autor moderno de un manual de este tipo, hasta aquí no he visto que alguno lo haya alcanzado tan limpiamente. Nada hay más sencillo, por cierto, que elaborar un manual en que se ilustren los distintos capítulos de la gramática con frases hechas, como, por ejemplo, "En las calles hay casas" y otras de similar intrascendencia. La mayoría de los manuales en circulación están llenos de ellas, para tedio de quienes los ocupan. Lo más grave de esta conducta es que lo que en definitiva el estudiante aprende en esos libros no es griego de verdad, cosa de la cual viene a enterarse, por lo general, demasiado tarde, cuando ya ha gastado lo mejor de sus fuerzas y de su entusiasmo en largas jornadas de estudio que no está en ánimo de reiniciar por un camino rectificado.

Este inmenso mérito metodológico de no diferir para instancias ulteriores el encuentro del estudiante con los textos auténticos, con el griego de verdad, con el griego histórico, lo consiguió el profesor Chuaqui gracias a algo que bien puede considerarse un verdadero hallazgo suyo, como es el haber dado con los *Aforismos* de Hipócrates, colección de poco más de cuatrocientas sentencias de Medicina general, tradicionalmente atribuidas al que fue el más destacado médico griego de la Antigüedad y uno de los más grandes hombres de ciencia, contemporáneo de Sócrates. El libro de los *Aforismos*, pues, con su estilo sentencioso y proverbial, surtió de material suficiente y muy adecuado para confeccionar los ejercicios de este manual destinado a médicos o estudiantes de Medicina.

Como el profesor Chuaqui lo señala en el prólogo, se estima que el léxico específicamente médico consta de aproximadamente 55.000 palabras, de las cuales cerca de 50.000 derivan del griego. Estas 50.000 palabras que provienen del

griego no son enteramente distintas unas de otras; son distintas, sí, pero la mayoría de ellas comparte, con muchas otras, una misma raíz, como, por ejemplo, *cardiograma*, *cardiólogo*, *cardiopatía*, *carditis*, *endocardio*, *pericardio*, etc. Esas 50.000 palabras, pues, pueden reducirse a alrededor de 1.000 raíces del tipo de *cardi-* "corazón". Muchas de estas raíces griegas de alta productividad en el vocabulario usual de la Medicina podrán aprenderse en este manual, y esa es, por cierto, una importante contribución de él. Pero es muy necesario señalar aquí que éste no es un libro de raíces griegas de la jerga médica. Es más que eso; es algo más complejo que eso. Libros de raíces griegas hay muchos, algunos muy buenos; pero un libro como éste, hasta donde alcanza mi información, es único. Este es un libro para aprender griego, especialmente el griego de la Medicina griega antigua, y ello, como está dicho, leyendo directamente textos de Hipócrates.

Es innegable la utilidad que para un médico tiene el aprendizaje de las raíces griegas, que conforman, como está dicho, más del 90% del léxico de su disciplina. Pero, ¿qué utilidad puede tener para ese médico estudiar la *lengua* griega de la Medicina? Quiero decir: no sólo su vocabulario, sino además su gramática. ¿Qué sentido puede tener este aprendizaje?

Me interesa, en la última parte de esta presentación, hacer algunas consideraciones en el marco de las cuales creo que debe darse respuesta a esta legítima pregunta.

Debo comenzar señalando que, si el estudio de la lengua griega tiene alguna utilidad práctica, no es ciertamente en ella donde reside la importancia de estudiarla. A propósito, quizás, resulte recordar aquí lo que en cierta ocasión le dijo Unamuno a un ingeniero muy practicante en el momento en que éste iba a tomar un tranvía para dirigirse a un concierto: "Dígame, amigo, ¿cuál de las dos cosas es más práctica, el tranvía que lo llevará al concierto, o el concierto mismo?"

El interés por el estudio de las lenguas clásicas se funda en que ellas son portadoras de una cultura y una civilización que llegan mucho más acá de lo que conocemos como Antigüedad grecolatina. Cualquier indagación profunda en las ciencias humanas, o incluso en las naturales, remite indefectiblemente a la cultura clásica y patentiza nuestros vínculos con ella. Lo que sucede, sí, es que el sentimiento de nuestra dependencia del pasado se ha ido paulatinamente eclipsando, en la misma medida en que hemos ido haciendo nuestro el legado de la tradición. La concepción ingenua de que el pasado está

muerto nos lleva a desestimar su influencia multiforme sobre el presente, influencia que se manifiesta no sólo en lo que sobrevive —que es mucho más de lo que comúnmente se cree—, sino también en lo que a cada momento resucita bajo más o menos nuevas formas. Las generaciones mueren, pero, antes de hacerlo, ya otras han recibido —en sus instituciones y, muy principalmente, en su lengua— un mundo previamente configurado que en grado muy pequeño podrán alterar. Nuestro desconocimiento del pasado y nuestra consiguiente dificultad para vernos a nosotros mismos con entes de cultura, pues, son las verdaderas causas que nos hacen, en tantos respectos, sentirnos originales e innovadores.

Muchas veces, por lo demás, y en momentos que han dejado honda huella y ricos frutos, Occidente ha vuelto conscientemente su mirada hacia la cultura grecolatina en busca de guía e ilustración. Y lo cierto es que sólo la filología —en su más amplia acepción— es la que puede, situándonos frente al pensamiento de otros hombres, despertarnos el sentido histórico y hacernos tomar conciencia del vínculo estrecho que nos une con el pasado de la humanidad. Este reconocimiento de nosotros en lo sobresaliente del pasado constituye, tal vez, la más alta experiencia humana; por el contrario, la frecuente descalificación del pasado y del valor de su atento estudio no es sino una torpe automutilación, ya que con la renuncia al pasado se renuncia, en rigor, a la dimensión profunda de la vida presente.

No puede darse un genuino vivir hacia el mañana, sino a partir del ayer de la tradición del espíritu. Y no se piense que esta actitud es alentada por algún tipo de retrógrado conservantismo. Por el contrario, ella es el camino mejor para ganarnos la autoconciencia. Quien con mejor éxito sea capaz de alcanzar la visión de lo humano ideal a través de la admiración de las grandes obras y las grandes vidas, será también quien más vigorosamente podrá sustraerse al desmayado existir cotidiano y generar eficazmente su genuina renovación.

El enclaustramiento de una cultura ha sido acompañado siempre por su progresivo empobrecimiento. En esto, pueblos y hombres se comportan del mismo modo: sólo enfrentados a lo ajeno se les muestra lo propio; vueltos, en cambio, hacia adentro, la visión de sí mismos se les desdibuja. El encuentro con lo ajeno es condición de la extrañeza frente a lo propio. Y extrañeza, en este caso, no es otra cosa que autoconciencia y ensanchamiento de la vida.

La palabra *tradición* tiene hoy oscurecido bastante de su antiguo prestigio. Es, sin embargo, palabra muy noble, y bien se merece que intentemos aquí devolverle algo de su viejo lustre, diciendo un par de cosas acerca de ella. Antes de que su trájín la enturbiara, en *tradición* traslucía sus formantes *trans* ("a través de") y *datio* ("acción de dar", "dación"). Originalmente, pues, *tradición* era "transmisión", "traspaso", "entrega", y el uso la especializó para designar la entrega que, desde el pasado, los hombres nos hacen de sus obras, instituciones, costumbres y lengua. Y siendo el pasado una dimensión nuestra *real*, se puede decir que la tradición *vive* en nosotros. Mas, incluso: *somos* tradición. Y casi exclusivamente tradición. Pero lo somos, por lo general, sin hondura, sin conciencia, en sus puros gestos. La nuestra es una tradición empobrecida, vaciada de su savia vivificante, despojada de su sistema nervioso, reducida casi por entero a materia inerte. No es raro, por tanto, que cada generación aparezca como renegando del pasado y queriendo reiniciarlo todo de nuevo. Lo grande, por supuesto, es así imposible.

En el marco de estas consideraciones, el estudio de la cultura grecolatina resulta prioritario frente al estudio de otras culturas del pasado o de nuestro tiempo, pues cumple no sólo con ampliar nuestra imagen del mundo, mostrándonos algo de interés que desconocíamos, sino, muy principalmente, con posibilitarnos un más profundo grado de comprensión del yo y del presente, condicionados íntimamente por la tradición y mucho menos absolutos que lo que suele estimarse.

Desde el temprano Renacimiento hasta hoy día, los humanistas han estado alentados por la convicción de que el pasado es efectivamente penetrable. Pero hay que saber que el pasado es una ciudadela muy bien fortificada, provista de grandes muros y sólidas puertas, invulnerable ante las embestidas ciegas. Para entrar en ella sólo existe un medio: tener las llaves de la filología, las claves de la lectura cabal. Filología, en este sentido amplio, no es el conjunto de conocimientos y destrezas especializados que domina el filólogo, sino la vocación imperiosa de todo aquel que pretenda el bien de la cultura, de todo aquel que desee recibir inalterada la entrega que, en los textos, el pasado nos hace de su riqueza. Entendida en estos términos, la filología es el método (el camino) del humanismo.

El libro *Griego para Medicina* se inscribe en la convicción de que los estudios genuinamente

universitarios –particularmente los humanistas, pero no exclusivamente ellos– están llamados a regenerarse permanentemente organizándose, de modo fundamental, en el estudio de las grandes obras, en el estudio e interpretación de los textos clásicos, en el sentido más amplio del término. El profesor humanista ha de ser, básicamente, un intérprete de la tradición, un guía que muestra de modo inmediato la grandeza del legado cultural y entrega a cada uno su libertad de preferir. Es necesario poner al estudiante frente a las obras clásicas –antiguas o modernas– y crear esa situación intelectual. Así orientada, la clase adquiere una estructura superior, y el texto clásico, presente, pone al alumno virtualmente a salvo incluso de un comentario erróneo del maestro. Como auténtico intérprete, el profesor culmina su misión cuando su persona desaparece, cuando logra producir la comunicación entre los estudiantes y la obra. El sentido genuino de la interpretación, en efecto, es la objetividad del texto, no el discurso magistral, que a veces no hace sino obstruir con subjetividad el camino hacia el universo de la tradición.

El texto clásico sí justifica la reunión de los estudiantes en el ámbito académico. En torno a ese texto, se constituyen alumnos y profesor en la comunidad estudiosa que es la esencia de la universidad. En este tipo de trabajo –el de interpretar un texto clásico–, disminuye la pretensión cuantitativa, tanto como crece la exigencia intelectual. La lectura es aquí una disciplina máxima, en la que el pensamiento se despliega en la severa observancia de la palabra.

Todo humanismo es, pues, en el sentido más propio y amplio del término, filología. Y, sin los rigores del análisis textual, no cabe, en una cultura con tradición, es decir, con hondura de pasado, pretender la mayor formación espiritual que ella es capaz de dar. Y esto, como es claro, no puede darse al margen de los textos originales, entregado uno al azar de las traducciones. Si –como lo prueba mil veces la experiencia– aun la más perfecta de las traducciones es insuficiente para los fines superiores de estudio, la pobreza tradicional de las versiones españolas excluye la posibilidad de una educación humanística saneada y cabal para quien no lea más que nuestro idioma. El trabajo universitario, en consecuencia, debe estar, cada vez, presidido por un conocedor de los textos originales. Toda exactitud es de otro modo imposible. Y sin la exactitud de la expresión se desbandan y esfuman todas las demás.

Estas son, pues, algunas de las convicciones en las que se inscribe este *Griego para Medicina* del profesor Benedicto Chuaqui, libro que, más que el empeño aislado de su

autor, constituye la aspiración comunitaria de dos Facultades de nuestra Universidad llamadas, ojalá, a seguir fecundándose recíprocamente.

3. Discurso del Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt

*Profesor Titular de Patología General y Anatomía Patológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Miembro Correspondiente de la Academia de Ciencias de
Heidelberg y Miembro de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile*

Tengo que agradecer las circunstancias que hicieron posible esta publicación: el auspicio de la Facultad de Filosofía, el apoyo entusiasta de su ex Decano Oscar Velásquez, la ayuda generosísima del profesor Antonio Arbea, las facilidades dadas por el Decano de Medicina y el Jefe del Departamento de Anatomía Patológica para dictar el curso que dio origen a la publicación y el procesamiento del manuscrito por el señor Humberto Olea, diseñador gráfico y licenciado en lenguas clásicas. No sé si corresponda calificar mi trabajo de interdisciplinario, pero es una suerte desempeñarse en una Universidad en que se fomenta la cooperación entre académicos de distintas Facultades y en que se estimula a los alumnos a ampliar su formación con cursos optativos. Pienso que con ello se fortalece el espíritu universitario, que en verdad impulsa a aprender y enseñar sin otros límites que la idoneidad del trabajo. ¿Y a quiénes sino a los expertos reconocidos les corresponde con mayor propiedad calificar el trabajo de los aficionados?

En cuanto al libro que se presenta, primero, una aclaración sobre el título *Griego para Medicina*. Lo único específicamente médico es el vocabulario técnico, pero el propósito es servir de este léxico para iniciar al estudiante en griego clásico. La concepción del texto se debe en lo sustancial al remezón que me produjo años atrás leer el trabajo de Arbea sobre el latín y sus métodos de enseñanza. La tesis es sencilla de enunciar: para el estudiante resulta de mayor interés y es más eficaz centrar la enseñanza en un texto que en la gramática. En el método tradicional los ejercicios de traducción están subordinados a la gramática. Digo que fue un remezón, porque por propia inclinación no concebía que pudiera dejarse de lado el placer de estudiar la gramática. Pero entendí que esta inclinación se da probablemente en la minoría, y que a la mayoría, esperanzada en traducir cosas interesantes, se le podía evitar el desaliento que pueden causar los prime-

ros ejercicios, al estilo, digamos, de *the blackboard is black*. Volviendo al método nuevo, está claro que el punto crítico, sobre todo en las primeras lecciones, es la elección del texto. El asunto es tan difícil que aun los autores partidarios de este método optan o por escribir ellos mismos un texto adecuado para el principiante, o por simplificar un texto original.

Pero aun así, incluso en obras meritorias en que se usa este método, puede ser ilusorio el que los alumnos experimenten el agrado de traducir los primeros trozos con cierta fluidez, y esto porque deben interrumpir la lectura a cada paso para estudiar la gramática y el vocabulario y así poder entender lo que están leyendo. En su reciente reseña sobre la obra *Reading Latin*, Arbea, fundamentando lo que acabo de decir, señala que para las dos páginas de texto de la primera sección hay dieciséis de vocabulario, ejercicios y gramática, y que para las dos páginas de texto de la sección siguiente, hay veintiuna.

Y sin embargo en este primer libro de griego se utiliza de principio a fin un texto original y no simplificado. Se trata de una buena parte de los aforismos del *Cuerpo Hipocrático*. Los aforismos, por su propio carácter, son de construcción sencilla, el verbo suele estar en presente, y algunos tienen elipsis verbal. Estos últimos han servido para las primeras lecciones. Pero aquí hubo que resolver un pequeño problema: el autor griego obviamente no escribió los aforismos agrupando en cada uno sustantivos y adjetivos de una misma declinación, y, naturalmente, no se pueden tratar todas las declinaciones juntas en una misma lección. Un truco solucionó el problema: el aforismo fue citándose al principio de manera incompleta; primero con los sustantivos de la primera declinación; luego agregándose los de la segunda, y así, sucesivamente, hasta aparecer entero en la lección de la tercera declinación o en la de los adjetivos.

El *Libro de los Aforismos* está escrito entera-

mente o en buena parte, al parecer, por un mismo autor. Ciertamente no se trata de un texto hilado; sin embargo, estos aforismos son uniformes en el estilo, coherentes en el pensamiento, de alta calidad literaria y de gran valor en el contenido. Sin duda es un texto de gran interés médico. En nuestra publicación se utiliza alrededor de un tercio de estos aforismos, el estudiante queda preparado para traducir cerca de otro tercio de ellos. Para el cuarenta por ciento restante se necesita conocer el aortismo. Naturalmente era tentador abarcar también este tiempo verbal alargando el texto en un par de lecciones, pero se prefirió limitarse a dieciséis lecciones para un curso semestral. La dosis de una lección por semana ha sido adecuada para alumnos y médicos.

Queda, finalmente, un asunto en parte formal, en parte metodológico. Cada lección, exceptuando la primera, dedicada a la prosodia, está limitada a dos páginas opuestas: a la izquierda, el texto para traducir y el vocabulario; a la derecha, la parte gramatical pertinente. Esta disposición se adapta a diversas maneras de estudiar. Desde luego permite, en un extremo, ir consultando el vocabulario y la gramática sólo en la medida de las necesidades sin la molestia de tener que pasar cada vez a otras páginas; pero también atiende, en el otro extremo, a esa minoría inclinada a estudiar primero la parte gramatical. Alguien pudiera decir que limitar

cada lección a dos páginas es imponerse una medida que significa subordinar la libertad del autor a una norma formal. Esto es cierto, pero no lo considero una falla. Guardando las proporciones, es algo semejante a lo que le ocurre al poeta que escribe en hexámetros o al músico que compone en estilo clásico. Por lo demás, más bien parece difícil encontrar una situación real en que la libertad no se tenga que mover enmarcada en una norma.

Por último, algunas palabras en relación con el curso ofrecido por la Facultad de Filosofía y para el cual se elaboró el libro que se presenta. El texto ha sido probado en dos oportunidades y, a mi juicio, con resultados muy satisfactorios. De hecho, las pruebas escritas han consistido en la traducción de aforismos que no aparecen en el texto. Por otra parte, he tenido la satisfacción de percibir en estudiantes de Medicina y médicos el despliegue de una sensibilidad lingüística, hasta entonces, latente. El desarrollo de estas dotes habría que consignarlo, aunque sea para unos pocos, como la utilidad principal de adquirir estos conocimientos. Y, además, en lo tocante a los alumnos de Medicina, me ha sido muy grato advertir un deseo de aprender sin las impurezas que muestra el currículo obligatorio. Se diría: ¡ojalá que todo el estudio se hiciera con el espíritu de estos cursos optativos!

B. La salud en el siglo veintiuno, cambios necesarios

Dr. Juan Giaconi G.

Profesor Adjunto y Jefe del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Otros datos biográficos ver en REMUC 5/87, p. 113

(20 de abril de 1995)

Prólogo del Dr. Juan Giaconi G.

El Centro de Estudios Públicos, en octubre de 1994, dio a conocer a la opinión nacional el libro *La salud en Chile: Evolución y perspectivas*, editado por el economista, experto en salud, Ernesto Miranda Radic. En el trabajo se reunió a un grupo de protagonistas y expertos

en el sistema de salud chileno con el fin de brindar una interpretación de su desarrollo histórico y reflejar las alternativas de futuro más plausibles. En el libro se incluyen tres grandes capítulos: el primero, perspectiva histórica y reformas del gobierno militar. El segundo expone siste-

mas de salud comparados, y el tercero, proyecciones y propuestas. Idealmente, dicho texto persigue dar a luz un debate incipiente de la reforma del sistema chileno.

Profundizando el tema de las propuestas de reforma al sistema de salud, el Consejo de Salud del Centro de Estudios Públicos se planteó durante el año 1994 como tema central dicho análisis, desde la perspectiva de los diferentes componentes del sector salud, y el enfoque individual de los integrantes del Consejo. Numerosos invitados calificados contribuyeron a una mejor discusión y a proposiciones más vinculadas con la realidad contingente.

Como resultado de este esfuerzo conjunto surge este nuevo libro, *La salud en el siglo veintiuno: cambios necesarios*. Este se encuentra estructurado en cuatro capítulos, los que analizan secuencialmente aspectos conceptuales, los recursos asignados, algunos sectores en el interior del sistema y las reformas propiamente tales.

A continuación se hace un esbozo del contenido de los capítulos y de los artículos que los integran.

El primer capítulo, "Aspectos conceptuales de los sistemas de salud", es abordado en los dos primeros estudios.

El artículo "Principios rectores de los sistemas de salud" es desarrollado por Rafael Caviedes D. El autor recuerda las interacciones básicas entre la familia, el mercado y el Estado, fijándole un rol específico a cada uno, pero reconociendo que "El linde entre ellos no está claramente delimitado". De allí la necesidad de detectar las ventajas comparativas de cada uno de estos tres sectores, de tal forma que la mixtura que se produzca sea económicamente óptima para el logro del mayor bienestar de la población.

Aquí se analizan los principios "tradicionales" de la seguridad social y de los sistemas de salud: universalidad, integridad, solidaridad y unidad. Es interesante constatar cómo estos principios, históricamente y en la realidad específica de diferentes países, no lograron su aplicación cabal sino sólo parcial y, lo que es peor, en muchas naciones permanecen hasta hoy como meros principios declarativos y son letra muerta en el diseño y en la marcha concreta de sus sistemas de salud.

En esta área de los principios "tradicionales" se acepta, al hablar de la solidaridad, "el deber ineludible que tiene el Estado en el diseño de políticas sociales destinadas a satisfacer los estados de necesidad de los más desprotegidos, ya sea mediante el otorgamiento de subsidios directos y focalizados, o bien proporcionando ser-

vicios adecuados a quienes no los pueden obtener con su propio esfuerzo".

Sin perjuicio de lo anterior, se insiste en el sano principio de que la redistribución del ingreso no debe ser un objetivo de la seguridad social, sino provenir del sistema tributario general del país.

A continuación se señalan y analizan los que deben ser los "nuevos" principios rectores de los sistemas de salud: libertad individual, justicia y equidad, derecho a la propiedad y el bien común y la subsidiariedad, los que complementan a los tradicionales, pero agregan una mayor consideración por las pautas de comportamiento humano, sus intereses, sus particularidades y sus motivaciones más profundas.

En cuanto a la libertad individual, se consideran sus diferentes acepciones: elegir el sistema de salud, elegir el profesional o institución y destinar recursos a la Medicina.

Al finalizar este artículo queda claro que de la solidez y pragmatismo de los principios rectores dependerá el éxito o fracaso de los sistemas de salud.

El segundo artículo, "El rol regulador del Estado en el sistema de salud", escrito por Osvaldo Jara G., cubre el tema, de gran actualidad, sobre las regulaciones del Estado en un sistema de salud.

El análisis de los límites del sector salud y sus fronteras con otros sectores es, sin duda, crucial para iniciar el tema. Una vez más la colaboración intersectorial surge como un gran desafío de eficiencia al enfrentarse al rol regulador.

Los planos de desarrollo del tema abarcan los aspectos esenciales de la regulación del Estado en salud: en el diseño del sistema, en relación con el financiamiento y el otorgamiento de prestaciones y en la operación de los mercados.

En el diseño es relevante destacar el potenciamiento del rol de los intermediarios (Fonasa e Isapre) para desarrollar mejores controles de calidad y costos sobre los prestadores. De gran relevancia son los planteamientos sobre las implicancias que el financiamiento por parte del Estado puede tener sobre las instituciones de salud: creación de un cuasi mercado al interior del sector estatal de salud, mejorar la equidad en la asignación presupuestaria, ligándola más a estimaciones de demanda, explicitar mejor los niveles de resolución y cohesionándolos con el destino de los recursos, etc.

En cuanto a la operación de los mercados, destacan las fuertes barreras de entrada en algunos mercados de recursos humanos de la salud y la necesidad de tener un mayor conocimiento de

ellos para fundamentar políticas de formación y de remuneraciones e incentivos.

Otro mercado de gran relevancia es el de los insumos médicos, el que responde en parte al aumento de costos en el sector. En relación con él se propone reformular la misión del Instituto de Salud Pública, dejando su función productora y tomando algunas áreas cruciales desde el punto de vista técnico y de costo-efectividad (tecnología médica, instrumental).

El autor plantea la necesidad de contemplar la evaluación de las instituciones públicas y privadas en igualdad de condiciones. Asimismo, su enfoque sobre la función reguladora contempla las siguientes alternativas: agrupaciones de consumidores, organismos intermedios, desarrollo de la intermediación y, finalmente, la posibilidad de agencias estatales o financiadas por éste.

Una vez establecida la solución técnica sobre el rol regulador en determinada materia, es crucial una apreciación fundada de sus costos y el logro de una estrategia que sea de aplicación factible y sustentable en el tiempo.

El segundo capítulo, "Los recursos y los sistemas de salud", comprende dos artículos: uno sobre recursos humanos y el otro sobre financiamiento.

En el artículo "Recursos humanos para el sector salud, necesidades para el mediano y largo plazo. La oferta y la demanda de personal" la doctora Gabriela Venturini R. hace un análisis de la situación existente y propone una serie de cursos de acción.

Como modelos de análisis escoge tres áreas profesionales del sector salud: los médicos, los odontólogos y las enfermeras. Cada una de ellas refleja situaciones, dinámicas y problemas diferentes, los que son expuestos en detalle.

En el terreno propositivo aparecen urgentes necesidades de redefinición de roles y funciones, delegaciones y reasignaciones, de acuerdo a los nuevos modelos de atención en salud.

La formación de recursos humanos de nivel intermedio en algunos campos profesionales resulta imperativa para aquellos grupos profesionales cuyos déficit requieren de muchos años para ser superados.

En cuanto al médico, los planteamientos de la autora cubren desde la necesidad de revisar sus metas de formación de pregrado hasta el estímulo de los mecanismos de cooperación e integración entre el sector público y privado para incrementar la formación de especialistas necesarios para la sociedad.

Finalmente se propone para el sistema público una modernización de la gestión de personal

que incluya estímulos e incentivos para que sus profesionales se mantengan en él, como su campo de trabajo.

Llama fuertemente la atención que, a pesar de los avances en los sistemas de información, no existe un sistema integral que permita una buena información y, por ende, decisión de los sectores que participan en su formación, captación y utilización.

En el artículo "Financiamiento de la salud: Proposiciones de reforma", del economista Cristián Aedo I., se destacan las propuestas en el área de financiamiento, con su fundamentación explícita, ya sea en la situación actual que vive el sector salud o en experiencias de otros países.

El autor recoge las modificaciones recientes a la modalidad de transferencia de recursos, como en el caso del pago asociado a diagnóstico (PAD). A base de él se propone que Fonasa participe en algún porcentaje del costo marginal de la atención; que aumente la cobertura de diagnósticos incluyendo enfermedades complejas y que incorpore el sistema de remuneraciones en dicho pago. Se recomienda su eventual adopción en el sector privado, en un futuro próximo.

Se examinan las ventajas del diseño de una canasta básica de salud, que cubra como mínimo las necesidades de salud de las personas, la que estaría contenida en los planes de salud que ofrezcan tanto el sector público como el sector Isapre.

En este artículo se hacen importantes aportes en relación con el porcentaje de cotización obligatoria actual para salud (7% de la renta imponible, con un tope de 4,2 UF mensuales). En lo sustantivo, se proponen varias alternativas: bajar el tope de cotización o reemplazar la obligatoriedad de destinar un 7% por la obligación de comprar un seguro de salud, que como mínimo cubra la necesidad de salud del individuo y su familia.

En cuanto a los esquemas de participación en el costo de las prestaciones, el desafío está en diferenciar copagos o deducibles, de acuerdo a la efectividad técnica de los distintos procedimientos médicos.

Finalmente, se mencionan las bases en la aplicación del pago per cápita por población adscrita en la atención municipalizada que son: la determinación del costo de un plan de salud familiar, la inscripción de la población beneficiaria del sector público y la definición de compromisos de gestión.

El capítulo tercero, "Análisis sectoriales en salud", incluye la salud ocupacional y el sector privado.

El artículo "La salud ocupacional en Chile", del profesor Alfredo Grasset, da los fundamentos de la existencia de un régimen especial para el manejo de las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, distinto al régimen vigente para enfermedades comunes.

El autor recoge una serie de críticas al seguro consagrado en la Ley 16.744 de 1968: Cuantía de la cotización, barreras de ingreso al sistema de mutualidades, reservas técnicas, competitividad, etc.

Se hacen varias proposiciones, como por ejemplo la constitución de un Consejo Nacional de Salud Ocupacional, asesor de las autoridades del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y de las de Salud. Sin embargo, la propuesta esencial es la desaparición de la administración estatal del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y dejar su administración a Mutualidades de Empleadores.

Para tal efecto se propicia flexibilizar las condiciones de ingreso a dicho mercado. Esta iniciativa, coincidentemente, ha sido considerada por el Gobierno al dictar la Ley 19.345, de 7 de noviembre de 1994, que dispone que todos los funcionarios de la Administración Pública se adscribirán a las mutualidades existentes a partir del primero de marzo de 1995.

Con mucha razón, el autor insiste en la importancia fundamental de la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, tanto por parte de la empresa como de los trabajadores.

El artículo "El sector privado en salud", del doctor Francisco Quesney L., si bien tiene como tema esencial el sector privado en salud, plantea una interesante reseña histórica y una descripción de las funciones del Estado: normar, fiscalizar, controlar la calidad y regulación para asegurar una libre competencia (áreas propias e irrenunciables); producir los bienes públicos de salud (responsabilidad primordial) y cumplir su rol subsidiario en garantizar un acceso al sistema de atención.

El autor analiza el sistema Isapre como modelo para buscar posibles áreas conflictivas que enfrentaría el sector privado en una gestión significativamente más amplia. Estas áreas de posible expansión son la atención médica de aquel sector mayoritario de la población que por su situación económica no ha tenido acceso a las Isapres y la administración de la infraestructura estatal en que este sector de la población recibe tal atención.

Por razones estructurales, el sector estatal de salud no puede echar mano de atributos pro-

prios del sector privado, tales como: libertad y agilidad de gestión, posibilidad de establecer los incentivos adecuados en los lugares correctos y, en general, operar estimulando por estos incentivos, competencia y regulación por el mercado y no por un marco rígido de reglamentos burocráticos, independencia y prescindencia política en la toma de decisiones, descentralización de la gestión y adopción de tamaños óptimos.

Se plantea explícitamente un sector privado que extienda su participación en salud como actor protagónico en un sistema global basado en el subsidio a las personas y en la administración privada de la infraestructura de salud, con una legislación que sea amplia y no restrictiva y, sobre todo, que sea estable.

El gran desafío futuro estará centrado en el control de los costos crecientes de la atención médica, tema que se discute con bastante profundidad, precisando las áreas en que se podría actuar y aquellas más "inexorables" en cuanto a su posibilidad de impactarlas.

El capítulo 4 se titula "Las reformas" y consta de dos artículos. Es indispensable señalar que las propuestas de reformas están incluidas también muy explícitamente en los capítulos 2 y 3, y, en consecuencia, no se limitan a este capítulo. Sin embargo en este capítulo el tema, casi exclusivo, es el de las modificaciones y readecuaciones del sector salud chileno.

El artículo "Reforma del sector salud", del ingeniero José Pablo Gómez M., plantea el contexto global en el cual se desenvuelve el sector salud de Chile. A continuación revisa las líneas estratégicas para el proceso de reformas del sector, y termina con la sugerencia de acciones complementarias a aquellas en etapa de realización por parte del Ministerio de Salud, para fortalecerlas.

Se plantea que en el diseño de los procesos de modernización es necesario realizar distinciones en cuanto a los ámbitos en los cuales diseñar y desarrollar acciones. Se reconocen tres grandes funciones en el sector salud: rectora, normativa y reguladora; financiera, y función ejecutora. La separación de ellas hace factible evaluar de mejor manera la actuación de las entidades públicas y privadas respecto de éstas. Es desde esta perspectiva que el Ministerio de Salud chileno se enfrenta al proceso de cambiar, revisando los roles que asume: rector, financiero y ejecutor.

En este artículo se plantea un marco de integración de los "subsistemas" público y privado, con una reformulación de los programas de sa-

lud aplicables a ambos y con énfasis en metas y estrategias vinculadas a las nuevas situaciones de salud que vive el país.

Aunque parezca obvio, es muy importante que se consigne que el sector público debe conocer su población beneficiaria y su población cotizante. Esto, sin duda, es básico para mejorar la equidad en la distribución de recursos.

El artículo "Reformas al sector salud en Chile: Contexto, lógica y posibles caminos", del economista Philip Musgrove, nos da una refrescante visión externa sobre las reformas ejecutadas, las que están en marcha y las por realizar. Hay que resaltar, sin embargo, que el señor Musgrove, al visitar Chile, ha reflexionado sin duda muchísimo sobre el sistema de salud del país. La posibilidad de hacer análisis comparados es otro de los privilegios de contar con este artículo.

El mensaje principal es un conjunto de apreciaciones personales del autor, de gran valor, sin duda, para apreciar el futuro de las reformas que se requieren en salud.

Por una parte, se considera la posibilidad de que el sistema actual, aunque no es del agrado de todos, puede representar un equilibrio político relativamente estable y duradero. Se pronostica que el sector público chileno será en el fu-

turo más eficiente y competitivo que en el pasado. Al respecto, se señalan limitaciones importantes aún existentes, como que las nuevas formas de pago no cubren los salarios y la insuficiente autonomía de los servicios de salud y hospitales.

Muy interesante es la sugerencia de extensión o universalización del subsidio a la demanda. Este camino presenta obstáculos financieros: el primero, por el aumento del gasto público necesario en salud para ofrecer a toda la población el tipo de seguro que ya tienen los afiliados a las Isapres; el otro es un obstáculo político, en el sentido de que el Estado renuncie o limite su papel de último recurso en salud y de único recurso de los pobres. O sea, debe admitir que las instituciones públicas compitan por fondos públicos, no sólo entre sí sino con los proveedores privados.

Como contraparte, el sector privado tendría que eliminar discriminaciones al adscribir a sus afiliados y beneficiarios; también tendría que aceptar algunas limitaciones en la confección de los paquetes de atenciones. ¿Se producirá este consenso? Cada vez se dan más elementos como para estar optimistas de que será un proceso lento pero factible.

Distinciones

A. Entrega del título honorífico de Profesor Emérito de la Facultad de Medicina al Dr. Salvador Vial Urrejola (22 de junio de 1995)



B. Condecoración del Dr. Lorenzo Cubillos por el Gobierno de Alemania, con la Cruz al Mérito (primera clase) (20 de abril de 1995)



El Excmo. Sr. Embajador de Alemania, Dr. Werner Reichenbaum, condecora al Dr. Lorenzo Cubillos O.

A. Entrega del título honorífico de Profesor Emérito de la Facultad de Medicina al Dr. Salvador Vial Urrejola

Discurso del Decano de la Facultad de Medicina

Dr. Pedro Rosso R.

Las comunidades universitarias tienen como misión la búsqueda y transmisión del conocimiento. Por esa razón sus integrantes deben poseer ciertas características personales como una entrega desinteresada al cultivo del saber, la búsqueda de la excelencia y el apego irrestricto a la verdad.

Hoy celebramos a una persona que en nuestra propia comunidad universitaria encarnó en forma sobresaliente esas cualidades, y reconocemos ese hecho otorgándole nuestro grado académico más alto, cual es el de Profesor Emérito.

La carrera profesional y docente del Dr. Salvador Vial ha sido larga y rica en logros que se han traducido en numerosos reconocimientos hacia su persona. Sin embargo, no son esos éxitos los que quisiera destacar en esta oportunidad, sino su persistente, infatigable y entusiasta dedicación para transformar a nuestra Escuela de Medicina en una escuela cabalmente universitaria.

Con este acto queremos manifestar nuestro reconocimiento a esa contribución y simbolizar el hecho de que su ejemplo de fidelidad al ideal universitario que siempre lo inspiró es apreciado por quienes somos sus amigos, discípulos y compañeros de labores.

La dedicación del Dr. Vial al progreso material y académico de nuestra Escuela es un ejemplo de vida que nunca fue tan evidente como durante el período en que tuvo la responsabi-

dad de liderarla. Sus visiones y convicciones fueron, entonces, puestas a prueba en variadas y complejas oportunidades. A veces en períodos muy difíciles para nuestro país y para nuestra Universidad.

En todas esas delicadas circunstancias, siempre actuó con mucha inteligencia y decisión, reflejando con sus acciones su absoluta claridad respecto de lo que era sustantivo y de lo que era accesorio para el bien de nuestra Escuela. De lo que podía ser transado y lo que no podía transarse, cualquiera fueran los costos que ello pudiera significar.

Es esa fortaleza de espíritu, y su absoluta integridad y fidelidad a los principios que he mencionado, el legado intangible que hoy solemnemente aplaudimos y le agradecemos. No puedo dejar de mencionar, porque ilustra en forma singular todo lo que he manifestado, que el Dr. Vial aceptó participar en este acto sólo porque la Escuela le solicitó que así lo hiciera y accedió a ello aun cuando sabemos que, en este momento de su vida, representa un sacrificio personal que valoramos como una muestra adicional de su magnanimidad y de su enorme cariño por nuestra Institución.

Dr. Vial, en representación de la Facultad de Medicina, quiero agradecer todo lo que ha hecho por nuestras Escuelas y por la enseñanza de la Medicina en nuestro país y presentarle este recuerdo que sólo pretende ser un signo de nuestra profunda admiración y aprecio hacia su persona.