

en relación con las otras necesidades sanitarias de las mujeres, incluyendo los medios para afrontar la mortalidad y la morbilidad materna. Además, la Santa Sede no puede aceptar la terminología ambigua sobre el control indiscriminado de la sexualidad y la fertilidad, especialmente porque podría interpretarse como una aprobación social del aborto o la homosexualidad. Sin embargo, la reserva sobre este capítulo no indica ningún tipo de disminución del compromiso de la Santa Sede en favor de la promoción de la salud de las mujeres y las jóvenes.

10. La Santa Sede no se adhiere al consenso y expresa su reserva sobre el párrafo 232f, con su referencia a un texto (párrafo 97) acerca del derecho de las mujeres a "controlar su sexualidad". Estos términos ambiguos podrían entenderse como la aprobación de las relaciones sexuales fuera del matrimonio heterosexual. Solicita que su reserva se anote en ese párrafo, sin embargo, por otra parte, la Santa Sede desea adherirse a la condena de la violencia contra las mujeres contenida en el párrafo 97, así como a la importancia de la reciprocidad y la responsabilidad compartida, el respeto y el libre consentimiento de las relaciones conyugales, tal como figura en el citado párrafo.

11. Con respecto a la frase "los derechos de las mujeres son derechos humanos", la Santa Sede la interpreta con el significado de que las mujeres deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

12. Con respecto a todas las referencias a los acuerdos internacionales, la Santa Sede se reserva su posición sobre ellos, en particular sobre los acuerdos internacionales ya existentes que se mencionan en los documentos, según su aceptación o no aceptación de los mismos.

La Santa Sede solicita que estas reservas, junto con la declaración anexa de interpretación del término "género", se incluyan en el informe de la Conferencia.

Posición de Chile en la IV Conferencia

Durante la Conferencia, la delegación oficial de Chile aprobó con su silencio el consenso liderado por la Unión Europea y nunca manifestó su adhesión a la posición de la Santa Sede en los puntos de mayor conflicto.

Una de las pocas intervenciones que efectuó nuestra delegación fue al terminar el debate sobre "discriminación por orientación sexual", durante la madrugada del último día. Después que

la presidenta de mesa, Sra. Licuanam, decidió retirar dicho texto del Documento, la delegación chilena solicitó la palabra para expresar su interés en que dicho texto se mantuviera, aduciendo que la posición de Chile en la Conferencia estaba por eliminar toda forma de discriminación. Con ella nuestra delegación mostró su apoyo a la legitimación de la homosexualidad y el lesbianismo.

En relación al aborto, el discurso de la Sra. Ministra del Sernam en el Plenario condenó su práctica, sin embargo, en los grupos de trabajo, donde se discutieron los textos que aludían a éste, Chile no manifestó objeción alguna, a diferencia de la Santa Sede y otros países que lideraron la lucha en favor de la vida de los nacidos.

En mi opinión, nuestra delegación oficial distó mucho de representar el sentir de la mujer chilena y se apartó gravemente de los valores que inspiran a nuestra sociedad, expresados en nuestra normativa legal y constitucional vigente. (Ref.: proyecto de acuerdo del Senado de Chile, previo a la IV Conferencia).

Agrava la situación que la postura representada por Chile en Beijing ya está siendo aplicada en nuestro país por medio del "Plan de Igualdad de Oportunidades", tanto en salud como en educación.

Conclusión

Reconozco como positivo que las Naciones Unidas se preocupen de la mujer. Pienso que en esta IV Conferencia se logró avanzar en puntos importantes como superar la violencia contra la mujer, el mal uso de su cuerpo en los medios de comunicación y el derecho a trabajos mejor remunerados.

Desgraciadamente, los países desarrollados (eje Norte) no estuvieron dispuestos a aportar recursos económicos destinados a fortalecer la educación y erradicar la pobreza. Sin embargo, hicieron prevalecer su postura antinatalista asignando fondos al área de la salud, entendida en esta Conferencia como salud reproductiva y sexual.

Es mi parecer que el logro de tantos derechos no va de la mano con un apoyo real a la Mujer Madre, cuyo deber fundamental es servir. El gran desafío de la mujer contemporánea es construir, en complementación con su esposo, una familia donde se respete la vida y se cultiven los valores humanos, al mismo tiempo que pueda aportar a la sociedad su trabajo profesional.

La influencia de dos culturas en el ejercicio de la Medicina*

Dr. Ricardo Rossi F.

Profesor Adjunto y Jefe de la División de Cirugía de la Facultad de Medicina de la PUC de Chile.

Profesor Asociado de la Universidad de Harvard. Boston, Massachusetts

El doctor Ghyra, Past President del Capítulo Chileno del A.C.S., me impuso un gran desafío al solicitarme una charla sobre la influencia de dos culturas en la Medicina, ya que este no sólo es un tema complejo que puede ser analizado desde muchos puntos de vista, sino que también representa un tema difícil de evaluar objetivamente, para luego poder entregar un mensaje que sea visto como positivo y constructivo, sin herir sentimientos y posiciones ajenas. Es un tema que es de gran interés estudiar, meditar y conversar con amigos en un café, pero que es políticamente arriesgado discutir en público. Acepté este desafío porque la solicitud del Dr. Ghyra refleja su "insistencia", pero también su capacidad para percibir aquello que es trascendente. Tengo que decirles que no me creo ni un historiador, ni un filósofo, ni un gran conocedor de la naturaleza humana, sino que pretendo, en forma muy humilde, traspasar a ustedes algunas explicaciones posibles y probablemente parciales de observaciones y comparaciones de dos culturas en las que me ha tocado vivir y ejercer la Medicina. Es sólo una

manifestación de mi inquietud intelectual por tratar de buscar una explicación lógica a las diferencias encontradas. Pido disculpas de antemano si es que alguien siente que los comentarios tocan alguna de sus posiciones o creencias, pero sólo lo hago con el sentido de tratar de identificar algunas ideas que pueden ser interesantes de considerar para discutir las y tratar de traspasarlas a las nuevas generaciones. Debemos recordar que *"mucho se ha logrado en el mundo antes de nuestra llegada y sólo nos cabe tratar de dejar las cosas un poco mejor al partir"*.

Mi experiencia en Chile es una experiencia vivida fundamentalmente en la realidad de Santiago, donde nací, me eduqué y trabajé antes de viajar a Estados Unidos. La realidad que viví en Estados Unidos es fundamentalmente la del Noreste de los Estados Unidos, en los estados de Nueva Inglaterra y fundamentalmente en la ciudad de Boston y sus alrededores, ambiente que ya representa un sesgo con algunas características particulares cuyo énfasis puede ser diferente al de otras partes del país. Quiero que también tengan presente que en ocasiones polarizaré las diferencias para hacerlas más relevantes, si bien en la práctica éstas son sólo diferencias relativas y de grado. Debemos considerar, además, que las situaciones de los grupos a los

* Conferencia dictada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, 25 de octubre de 1996.

que me referiré son situaciones dinámicas y rápidamente cambiantes, especialmente en una época en que el mundo se ha achicado gracias al transporte, a la comunicación, nueva tecnología e informática.

A mi llegada a Estados Unidos me impactó en forma inmediata la gran cantidad de *recursos* que posee ese país. Al salir de casi cualquier aeropuerto, uno entra en una carretera superior a la Carretera Panamericana chilena, siendo evidente la existencia de una red caminera extraordinaria, un signo de la gran cantidad de recursos disponibles y una infraestructura consolidada. Al entrevistarme en distintos hospitales americanos para postular a una Residencia de Cirugía me pude dar cuenta de las *oportunidades* que existían, y que si bien habían ciertas barreras por ser yo extranjero, éstas no eran infranqueables. Habiendo sido aceptado para una Residencia en Cirugía en la Universidad de Harvard, me llamó la atención que además del *alto grado de excelencia* de los residentes, alumnos y personal docente, el gran *espíritu crítico* tanto en lo personal como de la actividad del grupo, el *grado de honestidad* con que se discutían los problemas, el *alto grado de responsabilidad* de los individuos, la *objetividad* para los juicios los que se basaban en información y datos, la *competitividad cimentada en calidad* y el *grado de respeto* de esa sociedad *por el ser humano* y la *naturaleza* en general. Hay cuatro ejemplos que quiero mencionar en lo que se refiere al respeto y apreciación por el intelecto, el mérito y el conocimiento. La reunión de morbilidad es la reunión más trascendente del quehacer quirúrgico de un servicio. Recuerdo la primera reunión de complicaciones en que participé y que presidía el doctor Williams M'c Dermott, y cómo uno de los residentes jóvenes le rebatía en forma muy natural una decisión clínica al Jefe de Servicio. Este acontecimiento tan poco frecuente para nuestra cultura y para la cultura europea, era motivo de satisfacción para el Profesor Jefe de Servicio, siempre que se hiciera dentro de un contexto de civilidad y con elementos de juicio para respaldarlos y minimizando el ataque a las personas. Fue claro para mí que un ambiente con esa apertura creaba condiciones inmensas para el progreso individual y colectivo. El otro ejemplo es el de mis hijos, que se educaron en colegios públicos americanos y a los que desde niños se les inculcó el respeto por el trabajo bien hecho. Aquellos niños que en el colegio alcanzaban la lista de honor eran bien mirados por sus compañeros y no eran aquel "mateo" del cual había que burlarse o

cuyos méritos menoscabar. La importancia del mérito para conseguir un objetivo era evidente desde temprana edad.

Los estudios de psicología social latinoamericanos muestran cómo con frecuencia se premia al "vivo-pillo" y se denigra el esfuerzo y la honestidad.

El tercer ejemplo que quiero mencionar es el de la selección de los líderes y de las autoridades, proceso en el cual con frecuencia se pasa primero por la etapa en la que se describe el cargo y se definen los objetivos de éste; después se definen los atributos necesarios que deben poseer los candidatos para cumplir los objetivos para luego identificar a la persona más capacitada. El cuarto ejemplo es el trabajo en equipo (*the partner*); y de cómo un cirujano se reúne con un grupo de colegas para poder hacerse más eficiente y proporcionarse apoyo mutuo. En general, se ubica a un socio de acuerdo a las necesidades del grupo y dentro de éstas se contrata al mejor que se pueda encontrar para ese cargo, ya que la calidad de éste, más que una competencia, significa valorización del grupo. Durante los años de entrenamiento y ejercicio profesional en Estados Unidos, fue obvio que el factor más importante para el éxito era la excelencia profesional del individuo. Si bien otros factores: étnicos, políticos, sociales, de afabilidad y personalidad, de disponibilidad tenían relevancia, tanto los colegas como los pacientes respetaban la excelencia e incluso toleraban problemas de carácter en beneficio de la excelencia. Como ejemplo de la honestidad intelectual y de la crítica personal llama la atención la frecuencia y la facilidad con que el profesional dice "no sé" o "me equivoqué" o "pregúntale al *doctor x* porque sabe más que yo en esta materia".

En la relación médico-paciente destaca el alto grado de información que se le da al enfermo referente a su enfermedad y su problemática y el grado de participación que a éste se le permite en la toma de decisiones. Por ejemplo, frente a una paciente con un tumor de mama, se le explican las alternativas existentes, sus pros y sus contras y ella escogía entre una cirugía conservadora y radiación o una mastectomía asociada o no a reconstrucción inmediata. La investigación científica y clínica destacaba por su cantidad y calidad, siendo frecuentes los premios Nobel. "El World Journal of Surgery" es una revista preeminentemente clínica en el campo de la cirugía, a la cual como latinoamericanos tenemos fácil acceso. El doctor Cervantes, Presidente de la FELAC (Federación Latinoamericana de Asociaciones de Cirugía) y miem-

bro del Comité Editor del "World Journal of Surgery", me acaba de informar que Latinoamérica, Centroamérica y México enviaron en conjunto sólo ocho artículos el año 1995, y España seis artículos para ser revisados. De éstos sólo un tercio fue aceptado. Esto representa una pequeña fracción de los que les envían individualmente países como Japón, Estados Unidos y los países europeos.

La pregunta que cabe es *¿por qué esta gran diferencia entre las dos Américas en lo que se refiere al desarrollo económico, social y científico?* Daré una explicación probablemente parcial y no original, en jerga médica, tratando de hacer un diagnóstico adecuado para sugerir caminos a seguir.

En Norteamérica se habla fundamentalmente el inglés, con un pequeño foco de francés en la región Noreste de Canadá. El resto de América es fundamentalmente de habla hispánica, a excepción de Brasil, cuya lengua es el portugués. Hay una asociación entre el grado de desarrollo alcanzado y la lengua imperante, asociación que debemos investigar.

Para ello tenemos que retroceder en la historia, para ver si encontramos factores que nos expliquen estas diferencias. El legado político de la época medieval (siglo X al XV) es el vasallaje, las instituciones feudales y la religiosidad. Las bases sociales eran el señorialismo, el paternalismo, se basaban en el patrimonio (tierras), siendo los vínculos destacados aquellos de la lealtad por parentesco y vecindad. La sociedad era vertical, con la nobleza y el clero como grupos superiores, siendo el resto el grupo inferior que incluía a comerciantes, artesanos, campesinos, siervos y esclavos. En lo económico, el legado medieval fue el de la escasez endémica. En lo que respecta al individuo, el legado medieval se puede caracterizar por la dependencia, por la desconfianza del potencial individual, por la sumisión, la tendencia a la poca capacidad de ayudarse a sí mismo, todos factores que refuerzan el paternalismo y debilitaban la responsabilidad.

Sin embargo, en la Edad Media (siglos X al XV), hubo un crecimiento progresivo y variable de la burguesía que se estableció como un grupo social entre lo que era por una parte la nobleza y el clero y, por otra, los campesinos, los siervos y los esclavos. Este grupo creciente lo representaron los artesanos, los comerciantes y otros profesionales, que necesitaban para la ejecución de su trabajo, la libertad para viajar, para hacer contratos, para poseer bienes y tener acceso a ellos. Se comienza a ver una diferencia entre lo

que es la burguesía en España con la de otras partes de Europa. La burguesía española fue más reducida y fue formada por grupos fundamentalmente externos, como fueron los judíos y los moros que eventualmente serían expulsados.

La era moderna (siglo XV al XVIII) se caracterizó en el mundo occidental por la evolución progresiva de los conceptos de autonomía, libertad y *desarrollo total del individuo* y el paso gradual del concepto de autocracia al de democracia. En esta época de la Edad Moderna ocurre la colonización de América por los españoles, comenzando en 1542, y por los ingleses que llegaron a Nueva Inglaterra, en 1621. Es de interés que se estima que a comienzos del siglo XVI la capacidad económica y los ingresos tanto de España como de Inglaterra eran similares (ingreso *per capita*) y los recursos naturales en Norteamérica y Sudamérica probablemente equivalentes o superiores en esta última. Sin embargo, "la cultura" de ambos colonizadores era diferente.

El puritanismo (1500 a 1700) se origina en Inglaterra como un sistema que en lo político pone más énfasis en el ciudadano que en los grupos gobernantes y que, como sistema social, hace hincapié en un nuevo orden basado en el trabajo productivo, disciplinado y responsable. Si revisamos algunos aspectos de la historia de Inglaterra, destacan la monarquía de los Estuardos que gobernaban con absolutismo y derecho divino, en una época de intolerancia religiosa durante la cual ocurre la emigración puritana a Nueva Inglaterra. Cromwell lidera la caída de Londres y de los Estuardos, en 1647, y Guillermo de Orange (holandés) establece la supremacía del Parlamento sobre la Corona (1688).

La Edad Moderna en Inglaterra tuvo algunos resultados interesantes, como fueron la disminución de la escasez endémica, el aumento del alcance a la cultura superior, el aumento de la responsabilidad personal y casi una triplicación de las expectativas de vida. *Los fines de los cambios para los anglosajones eran el desarrollo total del individuo* y la motivación para hacer los cambios. *En España, por el contrario, el fin continuaba siendo el concepto medieval de la sociedad y del individuo* y los cambios que ocurrieron fueron más lentos y más que nada como necesidad de competir y lograr resultados algo similares en desarrollo a los que estaban obteniendo los anglosajones. Por consiguiente, su motivación no fue el fin sino el poder competir mejor y obtener los beneficios, pero manteniendo su concepto medieval global. Caracte-

rísticas de España entre el siglo XV y el XIX fueron los de intensa religiosidad y de una política al servicio de la religión, una carencia de burguesía (judíos y moros), la persistencia de los ideales caballerescos de disfrutar de rentas y de posición adquirida por la espada, la existencia de una casta dirigente con sentimiento de superioridad y cuya motivación era más bien el halo social, que el fomentar el desarrollo global del individuo, el saber, la ciencia y la actividad económica. Se establece la Inquisición, se expulsan los judíos y los moros, creando por consiguiente castas cerradas, inhibiendo la diversidad y el crecimiento del individuo. El objetivo básico por ocho siglos fue la cruzada religiosa para expulsar invasores y evangelizar a los indígenas. El gran desarrollo industrial del mundo anglosajón contrasta con el desarrollo escaso de España, cuya fuerza económica se basa fundamentalmente en la tierra y en los productos de las colonias. Es un período caracterizado en España por la pobreza y la escasez. Si bien a comienzos del siglo XVI se estima que los anglosajones y los españoles tenían ingresos similares, en el siglo XIX y comienzos del XX, el mundo anglosajón tenía ingresos 6 a 10 veces mayores a aquéllos de los españoles. *El colonizador puritano llega a las costas de Nueva Inglaterra a formar su nuevo hogar y a hacer una vida basada en principios y valores éticos definidos. Su esfuerzo se invirtió en el desarrollo de Norteamérica y a él se unen, a través de los tiempos, artesanos, campesinos y profesionales europeos que desean una mejor vida. A diferencia, el conquistador español llega a buscar el oro, plata y bienes para llevarlos a España y sustentar su economía y sistema medieval. Consume riquezas naturales y hace una mínima inversión local para desarrollo social, industrial y económico.*

Por consiguiente, tenemos que reconocer que en nuestra querida Hispanoamérica el fin ha sido la mantención del espíritu medieval, la existencia de la aristocracia y las oligarquías nacionales, quienes han heredado estos sistemas medievales, una estructura profesional medieval, una supresión de la competitividad basada en la excelencia y "líderes" que con frecuencia son el resultado de caudillismo, factores que desmotivan la responsabilidad y la disciplina personal y social. Se asocia al subdesarrollo, lo que el Dr. Fernando Mönckeberg caracteriza como "la mediocrización de la sociedad y de los grupos de liderazgo (élite)", proceso poderoso que inhibe efectivamente el desarrollo de las cualidades individuales sobresalientes, con

lo que se limita el progreso. El éxito molesta y no es bien visto; se le denigra o descalifica ("chaqueteo") para mantener el *status quo* y los privilegios. Las ideas innovadoras son neutralizadas o apropiadas y controladas. En contraste, las sociedades avanzadas basan su desarrollo en crear ambientes favorables a la excelencia y a la calidad, reconociéndolas como las fuentes del progreso.

Estados Unidos desarrolló un sistema de democracia liberal, fundado por individuos de grupos diversos, que eran miembros de comunidades religiosas distintas, pero unidas por la creencia en Dios y con un código ético moral fuerte y común. Claudio Véliz, historiador chileno, ha descrito las características de la cultura hispánica y de la cultura anglosajona, estilizando la primera como la "Cultura del Erizo" y la segunda como la "Cultura del Zorro". La Cultura del Erizo se caracterizaría por una resistencia al cambio, por centralismo, tradición, por la creencia en una verdad fija, la inhibición de la iniciativa personal, el estímulo de la dependencia, el proteccionismo, la competitividad basada en contactos. La Cultura del Zorro se caracterizaría por la movilidad, la descentralización, la diversidad, la creencia en más de una verdad y el hecho de que estas verdades puedan ser cambiantes, el estímulo de la iniciativa personal y autosuficiencia y la competitividad basada en capacidad y excelencia. *Pareciere ser que la responsabilidad y disciplina endógena asociada a libertad conducen a la autonomía y disciplina personal, lo cual lleva a una disciplina social y al desarrollo personal y social.* El peligro de la democracia liberal americana es que la acumulación de riquezas y de dinero se transforme en un objetivo en sí. El desafío, por consiguiente, es tratar de mantener y asegurar a este proceso la permanencia de valores éticos y el concepto de solidaridad.

En 1930 se creó el *Opus Dei* que santifica el trabajo y que adquirió estatuto jurídico en la Iglesia Católica en 1981. Pretende conformar una sociedad responsable, basada en la libertad y la responsabilidad, el correcto ejercicio de la democracia y la solidaridad efectiva y no retórica. *El Papa Juan Pablo II, en su discurso en la Ceval en 1987, recalca la importancia de alguno de estos valores "las causas morales de la prosperidad son bien conocidas a lo largo de la historia: la laboriosidad, competencia, orden, honestidad, frugalidad, ahorro, espíritu de trabajo, cumplimiento de la palabra empeñada, audacia; en suma, amor al trabajo bien hecho".* Parece haber consenso creciente de los factores

que facilitan la posibilidad de desarrollo económico, social y científico, existiendo un importante desafío en poder asimilar los factores positivos de las distintas culturas, minimizando los valores negativos y tratando de salvaguardar la solidaridad y los valores éticos cristianos básicos. El médico es parte de las distintas culturas y su comportamiento y acción en gran parte están supeditados a ella. Pareciera ser que *la integridad y honestidad son la base de la confianza, siendo la confianza la mayor fuente de motivación para el ser humano. Se ha identificado a la confianza como el factor que determina el progreso social y precede al desarrollo económico.* La desconfianza y la confianza son dos respuestas individuales y sociales de la condición humana y existen en todo ambiente. El peso relativo de cada una de ellas determinará las características de las interacciones existentes en un sistema que llevarán ya sea al estancamiento o al desarrollo.

Las sociedades y las instituciones basadas en la confianza se caracterizan por el espíritu de expansión, el concepto de ganador-ganador, la solidaridad, por su apertura, su transparencia por su intercambio, y comunicación. Las sociedades e instituciones donde predomina la desconfianza y la suspicacia son instituciones frías, con un concepto de ganador-perdedor, sociedades proclives a las luchas internas, a la envidia, al encierro, a la agresividad, al negativismo, a la intolerancia y a la falta de claridad.

Han sido muy pocos los pueblos capaces de aquilatar los valores morales necesarios para que prime la confianza por sobre la desconfianza; sin embargo, el bienestar moral y material y el desarrollo que éstos le han proporcionado a sus grupos y al mundo han sido significativos. Estos grupos que han favorecido la educación de sus pueblos (alfabetismo), la incorporación de la mujer a la actividad laboral, profesional y política se han asociado a los más bajos índices de corrupción y a los más altos índices de premios Nobel. Las sociedades, empresas e instituciones están tomando conciencia de la importancia de la confianza como factor motivador. Cabe preguntarnos ¿dónde estamos nosotros en este esquema y qué podemos hacer para estimular y mantener los valores que llevan a la confianza? Esta situación es difícil, ya que la incorporación de valores comenzaría a muy temprana edad como lo sugiere Robert Coles, Profesor de Psiquiatría y Ética Social de la Universidad de Harvard en su libro "The Moral Intelligence of Children". El niño es un testigo atento a la moral y valores de los adultos; busca incesante-

mente claves para guiar su conducta en la de aquellos adultos que lo rodean. En ambientes adultos, el dar a conocer la problemática ayuda a crear conciencia de la importancia de la confianza y de los valores que la sustentan, un primer paso para el cambio. El reconocimiento por parte de las autoridades y líderes ("elite") de la importancia de estos principios los puede llevar a actuar en concordancia con estos valores, modificar las conductas y sistemas con que ellos operan, traspasándose por permeación estas conductas al resto de los estratos y miembros de su institución. La discusión con los grupos de liderazgo espiritual como los religiosos, los educadores, los medios de comunicación, etc., sobre la importancia de estos valores puede facilitar el traspaso de éstos. La creación de talleres a nivel institucional para discutir el tema o la incorporación de estos conceptos en talleres afines (Ej.: talleres de planificación, de productividad, de eficiencia, de manejo de conflictos, etc.) serían útiles, ya que *parece cierto que la permanencia de los factores que mantienen la desconfianza limitan el desarrollo y deterioran todos los aspectos de la convivencia institucional.*

El posmodernismo, era de amalgamamiento cultural, ha sido identificado con la llegada del hombre a la luna (1969) y con la visión de su planeta como un todo. La ciencia de la era moderna, basada en leyes racionales y en conceptos de realidad objetiva, creó una civilización tecnológica que se expandió rápidamente, uniendo sociedades humanas en un destino común. Vaclav Havel, Presidente de Checoslovaquia, ha utilizado como símbolo del posmodernismo y de la era multicultural "a un beduino montado en camello, con ropas tradicionales bajo las cuales se esconde un "jeans", quien lleva un radiotransistor en la mano y un anuncio de Coca Cola en las ancas del camélido". A pesar de los logros de la civilización moderna, el hombre parece desorientado y confuso y siente que entiende y controla menos su vida. Se ha creado una era de crisis de fuerzas integradoras y espirituales. Hay un abismo entre lo racional y lo espiritual, entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo universal y lo individual, entre lo técnico y lo moral. Con el término de la guerra fría se han acentuado las guerras étnicas, culturales y religiosas. El desafío del posmodernismo es la creación de un nuevo modelo de coexistencia y cooperación entre las variadas culturas, pueblos, razas y religiones en una civilización interconectada. Para tener éxito, este modelo probablemente debiese estar basado en valores soste-

nibles y profundamente arraigados en los corazones y las mentes humanas que forman la raíz de las culturas y que derivan de la autotrascendencia que nos permite estar en armonía con lo que somos y no somos, con lo que entendemos y no entendemos, con lo que parece distinto y ajeno a nosotros, pero con lo cual estamos ligados; trascendencia como una mano hacia nosotros, a los extranjeros, a la comunidad humana, a las criaturas vivientes, a la naturaleza y al universo en general.

A continuación, quiero comentar algunas de las diferencias respecto a la formación médica, al ejercicio profesional, a las características del trabajo; los desafíos que se presentan, y trataré de proyectar algunas de estas ideas hacia el futuro.

Uno de los aspectos que diferencia las culturas, y que quiero destacar, es el grado de control de la calidad profesional como una responsabilidad del médico y de la sociedad. La formación médica de posgrado está bajo un escrutinio constante y riguroso de una institución fuerte y con capacidad resolutoria, el *Residency Review Committee*. Los programas de posgrado, para ser aprobados, requieren comprobar la existencia de estándares mínimos altos, en lo que se refiere a la capacidad de entregar una enseñanza integral y adecuada. Para acreditar un programa se requiere demostrar que el número de pacientes y el número de procedimientos sean adecuados en número y diversidad y caigan dentro de rangos bien definidos, y que el grupo docente sea idóneo. El número de vacantes está supeditado al volumen de la experiencia operativa en cada institución. Este es un proceso continuo de evaluación, en el cual cada programa debe demostrar periódicamente que cumple con estos requisitos mínimos; la evaluación periódica determinará el cierre de un programa o la disminución del número de alumnos permitido. Terminado su entrenamiento, el especialista requiere aprobar pruebas rigurosas, orales y escritas, a través de instituciones de carácter nacional (*specialty boards*) lo que garantiza uniformidad para todos los egresados del país. La aprobación de estas pruebas, más la documentación del número de procedimientos hechos, permite obtener el certificado de especialista. Esta acreditación debe ser repetida en forma periódica, recertificándose el cirujano cada diez años. Esto aun no permite ejercer, puesto que se requiere de una licencia estatal proporcionada por organismos del gobierno, que asegura que el médico que ejerce en ese estado tiene las credenciales necesarias, y que anualmente documenta su par-

ticipación en el proceso educativo continuo. La licencia es renovable cada uno o dos años y para obtenerla y mantenerla se debe comprobar que se tienen créditos educacionales requeridos anualmente y que el Organismo de Gobierno que entrega la licencia haya evaluado y resuelto las quejas en contra de ese médico, que se hayan presentado frente a este organismo. Las quejas pueden ser por competencia médica o falta a la ética profesional.

Durante el ejercicio clínico de la profesión, los resultados están siendo evaluados en forma continua. La reunión de morbilidad es una exigencia para todo Servicio de Cirugía. Las complicaciones son colocadas semanalmente en una lista por los becados y residentes, sin interferencia alguna de los médicos tratantes o del Jefe del Servicio. La reunión es generalmente dirigida por éste, con énfasis en la evaluación de las razones por las cuales ocurrió la complicación, su posible prevención, el manejo efectuado y los tratamientos alternativos. La elaboración de resúmenes escritos de estas reuniones es obligatoria, tanto para la acreditación del programa de formación en Cirugía de esa institución, como para la acreditación y viabilidad de ese hospital. Además, todo hospital tiene un programa de control de calidad para identificar casos problemas. Así por ejemplo, toda situación en que la pieza operatoria vista por el patólogo y en la que el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio son divergentes, es evaluada por este comité. Todo órgano normal removido amerita una revisión del caso (la remoción de una vesícula biliar normal, un útero con patologías mínimas, un apéndice cecal normal). Los pacientes operados e ingresados a la sala de tratamientos intensivos en forma no planificada de antemano, los enfermos que reingresan al hospital o que consultan a la sala de urgencia dentro de un mes de dados de alta, son inmediatamente identificados y evaluados. Toda institución requiere de un Comité de Ética y de asuntos profesionales, que trata de evaluar en la forma más objetiva posible las quejas de pacientes o problemas existentes entre profesionales. Este sistema riguroso de control de calidad es el resultado de un alto sentido de la responsabilidad del grupo médico, del Estado y de la sociedad en general.

Quiero expandirme algo en lo referente a la formación del cirujano. En Estados Unidos, el cirujano general requiere de un entrenamiento de, por lo menos, cinco años con horarios característicos que van desde las 6 de la mañana a 7 de la tarde o más y con turnos cada 3^{er} día y 3^{er} fin de semana y con un *curriculum* de requisitos

mínimos teóricos y de experiencia muy bien descritos. En este momento, en varios de nuestros hospitales de Santiago el número de becados excede la posibilidad de un entrenamiento adecuado sobre la base del volumen de experiencia quirúrgica de esos centros, siendo además el contacto entre el docente y el becado frecuentemente insuficiente en los tres años de su beca. No quedando claro hoy en día que el becado que termina su entrenamiento haya recibido la experiencia clínica y el intercambio académico adecuados.

El rigor con que se evalúan los programas de formación y la acción profesional de los médicos no sólo se limita a ellos, en el ámbito de la Medicina, sino que también a la acreditación de la institución (hospital-clínica). El gobierno, a través de organismos estatales y federales, supervisa que todo hospital cumpla con requisitos mínimos de excelencia y con un sistema de control de calidad.

Las sociedades profesionales, en forma similar, se han hecho responsables de lo que pasa en cada una de ellas. Es así como el American College of Surgeons se ha interesado en el control de calidad en Cirugía, desde 1915; conoce la realidad quirúrgica americana, interviene en la proyección de la necesidad de profesionales a futuro; participa en forma muy responsable en la formación de cirujanos, en el control de su calidad y en su educación continua. En contraste, nuestra Sociedad de Cirujanos no sabe cuántos cirujanos somos, dónde están ubicados, qué volumen y qué tipo de cirugía hacen, qué porcentaje de su actividad es quirúrgica o de medicina general; en resumen, carece de datos de la realidad quirúrgica nacional y no tiene ninguna participación tanto en la formación de cirujanos como en el control de su calidad, planificación de la especialidad y proyecciones a futuro. El papel del Presidente de la Sociedad de Cirujanos de Chile ha sido tradicionalmente el de dedicarle un año a organizar "su congreso". Sin embargo, los congresos representan sólo una parte del quehacer médico, pueden ser organizados hoy por cualquier grupo médico y su rol se espera que disminuya en la época del INTERNET y del C.D.ROM. Esto hace que una sociedad profesional tenga poca relevancia entre los cirujanos, poca estatura frente a las universidades, organismos educacionales, frente a los ministerios respectivos y frente al gobierno en general. (Este año -1996-, la Sociedad de Cirujanos bajo la Presidencia del Dr. Sergio Guzmán, está promoviendo la evaluación de la realidad quirúrgica nacional, a través de una

encuesta en cuya génesis participé y la que les encarezco responder).

Terminé mi entrenamiento quirúrgico, después de seis años de residencia en la Universidad de Harvard, a los 32 años de edad, siendo contratado por la Clínica Lahey, en la cual llegué a ser Jefe de Cirugía a los 39 años (cargo que mantuve por siete años, hasta mi regreso a Chile). Obtuve el cargo de Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad de Harvard, a los 41 años. Me tocó además, ser Presidente de la Asociación de Médicos de la Clínica Lahey (250 médicos), miembro del Board of Governors (Directorio), Secretario de la Sociedad de Cirugía de Boston y miembro de Comités en varias sociedades profesionales. Con estas responsabilidades, bajo la cultura imperante, aprendí en forma rápida las pautas esenciales para hacer los contratos de nuevos médicos y planificar el futuro de las instituciones y *cautelar su mayor riqueza, su capital humano*. Dichas pautas se resumen en diez puntos:

1. Definición clara de los objetivos y misión de la institución. Evaluación objetiva de las necesidades reales, actuales y futuras.
2. Descripción escrita del cargo que se quiere llenar, con la consiguiente identificación de los talentos necesarios de la persona contratada para que pueda ejecutar los objetivos descritos.
3. Uso de todos los conductos internos y externos, para encontrar a los mejores dotados.
4. El candidato debe tener muy buena preparación, pero además estándares personales de excelencia.
5. En general, es preferible un candidato interno, pero sólo cuando éste reúna las características necesarias para efectuar las funciones y objetivos que se han descrito. Evitar compromisos que resulten en postergar y acrecentar los problemas.
6. El mejor candidato es aquel que cumple con los requisitos técnicos inmediatos descritos, pero que además posee capacidad organizativa y administrativa.
7. En el ámbito de instituciones multinacionales, el conocimiento de otros idiomas y otras culturas son útiles y engrandecen la institución.
8. No discriminar, en sentido arbitrario.
9. Mantener un sistema de incentivos.
10. El individuo debe ser capaz de trabajar en equipo.

Por último, quiero mencionar algunos aspectos generales que me preocupan, y que serán desafíos futuros en ambas culturas. La razón de ser del médico ha sido el paciente, el mejorar al enfermo, el aliviar el dolor, el mejorar la calidad de vida de los demás. Sin embargo, el juramento hipocrático, de acuerdo a muchos moralistas actuales, está en serios peligros o está obsoleto. El American College of Surgeons, en la reunión de octubre de 1996, en San Francisco, dedicó una sesión completa a los problemas de la ética médica en el próximo milenio y a la integridad en crisis, como uno de los problemas mayores que enfrentará nuestra profesión. A pesar de lo que nos digan los economistas, empresarios u otros, hay algunas características inalterables de la Medicina y de la relación médico-paciente. Primero, que nosotros *tratamos a pacientes y no a consumidores*. A diferencia del consumidor, nuestro paciente es una persona vulnerable, dependiente de nosotros, temeroso, atrapado por la circunstancia y fácilmente explotable. La relación médico-paciente, por consiguiente, es inevitable, está basada en la confianza, lleva en ella una tremenda desigualdad de poder, habiendo nosotros dirigido nuestra lealtad hacia el enfermo por vocación o juramento. Se ha esperado del médico benevolencia, compasión, competencia y prudencia. Estos valores, explícitos en el Juramento Hipocrático están siendo cuestionados o amenazados. Se nos colocará cada día más entre la disyuntiva de nuestra lealtad al paciente y la lealtad a nuestro empleador o Isapre. En ciertos casos, las decisiones serán tomadas por grupos y comités, sin embargo, como cirujanos que debemos lealtad a nuestros enfermos, no debíamos escapar de nuestra propia responsabilidad en aquellas decisiones que frecuentemente debemos tomar en el mismo pabellón. Las presiones económicas crecientes impuestas a los médicos, por múltiples factores, hacen que con mayor frecuencia motivaciones financieras personales interfieran en la decisión de cómo manejar un enfermo. Los avances de la tecnología y de la ciencia nos harán enfrentar preguntas de ética profesional, del derecho del paciente, del derecho y de los deberes del médico y de los derechos y de los deberes de la sociedad. El médico tiene la obligación de participar activa y objetivamente en la determinación de su papel en la entrega de salud. El desafío para la Cirugía y para la Medicina chilena es que los médicos y sus Instituciones participen en forma activa y responsable en todos los aspectos del quehacer médico. El que el American College of Surgeons posea credibilidad entre los

cirujanos, el público y los gobernantes norteamericanos, se debe a que esta agrupación, desde su comienzo, tomó conciencia de su responsabilidad para optimizar la calidad del médico que se producía, en mantener esta calidad, entregar a la sociedad el número de profesionales necesarios y transformarse en un líder del quehacer quirúrgico y participar activa y responsablemente en los cambios de salud que ocurren en el país.

En resumen, el médico es un representante de la sociedad y de la cultura en la que nace y se desenvuelve. Por consiguiente, representa las motivaciones y los valores de éstas. Les he presentado a ustedes una explicación, correcta o incorrecta, completa o incompleta, de algunas diferencias que encontré en el ejercicio de la Medicina en dos mundos distintos. Basado en aspectos históricos y culturales, he tratado de explicar en cierta medida las diferencias en el grado de desarrollo, los avances tecnológicos y científicos de una y otra cultura y las posibles razones del diferente grado de responsabilidad y de disciplina endógena en distintos medios y destacar la importancia de la confianza y de los valores que la sustentan. Sin embargo, la cultura es un fenómeno dinámico, siendo afectado por nuestra capacidad de movilizarnos, por los medios de comunicación y de difusión existentes, las emigraciones, etc. Es claro que el concepto de *melting pot*, (crisol), uno de los atributos de la sociedad norteamericana, en el que se combinan muchos aspectos culturales, se está expandiendo al ámbito mundial en el cual cabe esperar que podamos utilizar los aspectos positivos de cada cultura, para que nuestros enfermos se beneficien de una mejor atención médica, nuestras sociedades, de mayores niveles de desarrollo y los individuos, de mayor paz y realización personal.

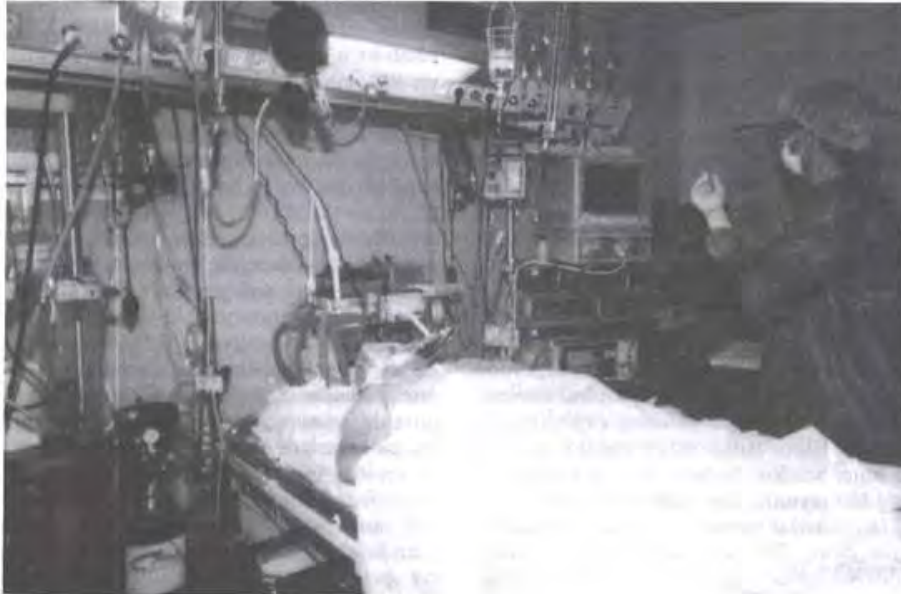
Lecturas sugeridas:

- Enrique Cantolla Bernal. *La cruz de nuestra modernidad*. Ediciones Emérida. Santiago Chile, 1993.
- Claudio Véliz. *La Tradición Centralista de América Latina*. Barcelona, 1984.
- Roberts J.S., Coale J.G., Redman R.R. *A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. JAMA 258:936-940, 1987.
- Campion F.X., Rosenblat M.S. *Quality Assurance and Medical Outcomes*. Surgical Clinics of North America 76: 139-159, 1996.
- Rossi R. *El Desafío de la Sociedad de Cirujanos de Chile*. Revista Chilena de Cirugía 47: 510, 1995.
- Fernando Monckeberg. *Jaque al Subdesarrollo*. Editorial Gabriela Mistral, 1974.

El impacto de la tecnología en la Medicina*

Dr. Juan de Dios Vial C.

*Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Presidente de la Pontificia Academia para la Vida*



Cuando hace algunas semanas los organizadores de este Congreso me pidieron que les hablara sobre el impacto de la tecnología sobre la Medicina, experimenté sentimientos encontrados. Por cierto el primero, el de agradecimiento por el honor que se me hacía, y el impulso personal a complacerlos aunque no fuera sino por ser estudiantes de Medicina quienes me lo pedían. Por otro lado, lo vasto del tema y el recargo de trabajo me obligaron a prevenirlos

de que no iba a poder presentar algo que fuera muy al fondo del problema. Tanto mi agradecimiento y mi agrado como mis prevenciones siguen intactos, y por eso es que les ofrezco con alguna vacilación este ensayo sobre el tema que me encargaron, pidiéndoles que disculpen alguna superficialidad y desorden en varios puntos del desarrollo.

Por lo mismo, creo que es prudente preceder mi exposición con una especie de sumario o resumen que permita seguirla sin perderse.

* XX Congreso Científico Nacional de Estudiantes de Medicina (Santiago de Chile, 30.07.97).

1) En el siglo XVII se planteó la idea de que el cuerpo humano es una máquina.

Una máquina es algo así como la mejor expresión de la técnica y la ciencia: es el aprovechamiento de las leyes de la naturaleza de modo ordenado y sistemático. Lo mismo vale de las máquinas que se inventan, que de los mecanismos que se descubren en la naturaleza y que trabajan como máquinas.

- 2) El tratamiento del cuerpo humano como máquina ha producido algunos de los mejores adelantos de la Medicina y de los más grandes beneficios a la Humanidad.
- 3) Hoy día las máquinas, las técnicas que ellas permiten, forman una vasta red de acciones interconectadas de intervención sobre la naturaleza: las tecnológías.
- 4) Esa red, en la que están metidas la Biología y la Medicina, configura a la industria. Esta se mueve inexorablemente bajo el impulso anónimo de la demanda, la demanda de bienes y servicios.
En esta deriva se encuentra también la máquina del cuerpo humano, el cual es usado como instrumento o mirado como finalidad según los casos.
- 5) El avance en el conocimiento del genoma humano, y recientemente el descubrimiento de la clonación de mamíferos adultos, ha planteado de nuevo el problema de cuáles son los límites de la tecnología en el cuerpo humano.
Un informe de UNESCO destaca como límite el respeto a la dignidad humana.
- 6) Como una máquina no tiene dignidad, es menester pensar qué cosa significa que el cuerpo humano tenga dignidad.
Una definición muy usada de dignidad humana, es la de Kant, de que el hombre es un fin en sí mismo, y no puede ser instrumento para nada.
- 7) Pero en una visión estrictamente técnico-industrial, cualquier cosa puede ser instrumento para cualquier otra. Esto significa que si el hombre tiene dignidad, hay que dirigirle una mirada distinta de la científico-tecnológica.
- 8) Propongo aquí una mirada contemplativa sobre el ser humano. Ella no excluye ni minusvalora la mirada científico-tecnológica, sino que la pone en una perspectiva más global.

En 1649 René Descartes publicó el "Tratado de las Pasiones del Alma". Allí se refiere reiteradamente a nuestro cuerpo como una máquina que funciona por las interacciones de sus diversos componentes. La expresión "máquina del cuerpo" vuelve una y otra vez en el escrito para

contraponerse al alma. Esta última es mirada como si estuviera puesta junto al cuerpo, tal vez podríamos decir para ponerlo en marcha. Al alma pertenecen en forma exclusiva los pensamientos. Al cuerpo todo lo demás.

No sé si en esto está el origen del mecanicismo en Biología Humana, pero es al menos una exposición muy coherente de él.

¿Por qué lo traigo aquí?

Porque nos ocupamos del impacto de la tecnología en la Medicina y una máquina es el punto culminante de la técnica, y una red de máquinas, el de la tecnología.

Una máquina es un sistema armado o concebido de tal modo que cada estado o disposición en que se encuentren sus partes o componentes en algún momento determina de alguna forma el estado en que se hallarán algo después, y está a su vez determinado por la disposición de las partes un poco antes. Piensen en un motor a explosión y en las secuencias de estados en sus cilindros, por ejemplo. Una misma máquina puede servir a finalidades muy distintas; no es su finalidad lo que define a la máquina: el mismo motor sirve para mover un auto y para elevar agua: es el mismo motor si los distintos estados de su organización se suceden de la misma manera.

Yendo un poco más allá, veremos que es posible planear y construir una máquina, gracias a que yo sé cuáles son las propiedades de sus partes. Esas propiedades que gobiernan la interacción de las partes, están expresadas en leyes –leyes científicas– y como corresponden al comportamiento de objetos naturales, las suelo llamar "leyes naturales".

Entonces uno puede decir que la diferencia entre la máquina y la naturaleza no reside en que las leyes sean distintas en uno u otro caso, sino en el hecho de que en la máquina las leyes aparecen en toda su pureza y ordenadas. En la naturaleza las leyes se manifiestan como espontáneamente y de modo a menudo confuso, mientras que en la máquina ellas operan a través del orden que le impone el trabajo humano. En la máquina entonces el hombre ha hecho pasar a través de sí mismo las leyes de la naturaleza, ordenándolas de una manera más clara y más nítida que en la naturaleza misma.

Esto vale no sólo para la máquina fabricada por el ingenio humano, sino también para aquellas que son descubiertas en la naturaleza, cuando el mismo ingenio descubre mecanismos y saca a la luz el juego de las leyes naturales que estaba oculto. Allí se hace una selección de las leyes naturales que son relevantes para descu-

brir o entender un pedazo de la realidad. El que inventa una máquina genera un comportamiento; el estudioso descubre una máquina en la naturaleza, ya sea ella el movimiento de los planetas o el funcionamiento de un organismo.

En la perspectiva del cuerpo como máquina se ha andado un largo y tortuoso camino, el que no intento reseñar. Sólo diré que —como es natural— el primer paso fue imaginarse el cuerpo como una máquina mecánica, mientras que en el siglo pasado se abrió paso la máquina termodinámica o termoquímica.

Fuera de la máquina quedaron por mucho tiempo fenómenos como la diferenciación, la autoorganización, el crecimiento, y para explicarlos se recurría a distintas formas de hipótesis vitalistas. En los últimos treinta años el desarrollo de nuevas formas de termodinámica y de ramas nuevas de las matemáticas han conducido a que la organización de los seres vivos, sus procesos de autoorganización y otros similares parezcan a lo menos abordables sin abandonar la idea de la máquina. Los modelos —especialmente los modelos computacionales de sistemas dinámicos complejos— han abierto caminos muy fructíferos de investigación teórica.

Pero quien dice máquina —o secuencia de mecanismos, lo que vendría a ser otra forma de decirlo— está señalando un camino, diseñando un criterio básico, para intervenir sobre la máquina cuando ella parece dañada.

Una máquina corriente se puede normalmente echar a andar o detener; se la puede desarmar; se le pueden reemplazar unas partes por otras; se la puede reparar actuando sobre los mecanismos dañados; se la puede asociar o acoplar con otras máquinas; en fin, se la puede fabricar partiendo de sus materias primas.

Esta enumeración esboza un programa que ha sido el de la Medicina y la cirugía, y más recientemente el de la bioingeniería y la ingeniería genética. Se ha empezado por reparaciones parcelares de submecanismos dentro del gran mecanismo, pasando a intervenciones cada vez más vastas y audaces, al reemplazo de partes y más recientemente a la ingeniería genética con el trasfondo de las cosas que se hacen ya en animales, donde la clonación ha abierto el camino para fabricar máquinas vivientes nuevas.

Es claro que hay una diferencia entre la intervención sobre la materia inanimada y sobre la materia viva. En principio, una máquina inanimada se puede fabricar a partir de materias primas y modificar íntegramente a gusto del operador. La relación con una máquina viviente es

distinta: sobre ella puedo intervenir, pero debo contar siempre con alguna clase de reacción, la que no siempre es posible de prever o de soslayar. Mi poder sobre la máquina viva es más reducido. Ella tiene siempre un grado de autonomía, de autodeterminación que la sustrae a mi entero arbitrio. Por lo mismo, las consecuencias de mi acción sobre las máquinas vivientes pueden escaparse a mi control y previsión: piénsese por ejemplo en los animales y plantas transgénicos, en el producto de la intervención genética por clonación animal o por fabricación de quimeras genéticas, etc. (Piénsese en lo que pasa con las máquinas “nucleares” y sus consecuencias biológicas).

Todo este programa de intervenciones sobre máquinas vivas exige un vasto conjunto de ciencias y técnicas auxiliares; pero más allá de eso requiere el desarrollo de tecnologías que en sí nada tienen que ver con la Medicina: piensen en el registro eléctrico, las técnicas nucleares, el procesamiento de imágenes, etc.

Lo que esto significa, es que ya no se puede decir que la Medicina use de técnicas, sino que ella está metida en la red de la tecnología, lo mismo que les pasa a casi todas las técnicas antiguas en su versión moderna.

Miremos un poco. Las antiguas tecnologías estaban hechas todas de máquinas aisladas que podían por supuesto compartir principios físicos básicos, pero ellas no estaban propiamente enlazadas entre sí: un molino de viento, la quilla de un barco de vela, un plano inclinado, una polea, hasta —un día— una máquina de vapor o una ampolleta incandescente eran hechos independientes, no se requerían mutuamente. Lo propio de las tecnologías modernas es que ellas forman un entrevero de técnicas y aplicaciones científicas de las cuales el ejemplo más ilustrativo y que me ahorra mayores detalles es el de la informática, metida en el corazón desde los artefactos domésticos, hasta los instrumentos de navegación, los instrumentos de diagnóstico y tratamiento en Medicina, los medios de locomoción y su control, los aparatos de guerra, etc. Cuando miramos la máquina del cuerpo hoy, no podemos sino mirarla metida en esa red.

Pero es evidente que la consideración del cuerpo como máquina es como una invitación a disponer de él como tal, y en la misma forma en que disponemos normalmente de las máquinas, ejercitando nuestro dominio sobre ellas, ejerciendo nuestra voluntad de poder. La máquina invita al dominio, porque ella misma es parte de un programa de dominio de la naturaleza.

Pero el poder ¿de quién?

Permítanme que me detenga un momento sobre la simpática figura de Dolly, la ovejita clonada, y que les hable de esta clonación para tratar de entender esta pregunta *de quién mueve a la tecnología*.

Ustedes saben que la llamada "clonación" es, en realidad, un procedimiento de transferencia de núcleo –en este caso de transferencia de todo un cuerpo celular– a un oocito enucleado cuando éste se hallaba en la metafase II de la meiosis.

Un cultivo celular es una fuente adecuada para obtener y para seleccionar grandes números de células –si se lo desea– con modificaciones génicas. Hasta el día de hoy la técnica más usada para obtener animales transgénicos ha sido tal vez la de inyección de ADN en el oocito. Pero es obvio que el uso de cultivos celulares como proveedores de núcleos genéticamente intervenidos, representa una estrategia que puede ser más eficaz en órdenes de magnitud que todas las usadas hasta aquí (Polly).

Así por lo menos lo piensa PPL Therapeutics, industria de productos biológicos de valor terapéutico que contribuye a financiar el Roslin Institute, cerca de Edimburgo. En el instituto han tenido éxito en producir ovejas transgénicas que secretan alfa-1-antitripsina inhibidora de la elastasa y usada en tratamiento de enfisema y de fibrosis quística. Han producido cabras que secretan lactalbúmina humana. Y naturalmente el Roslin Institute no es el único. En otros sitios hay cabras que secretan antitrombina humana y en muchas partes se está experimentando para producir cerdos que expresen en las superficies de sus células proteínas que inhiban la acción del complemento para evitar la reacción aguda del rechazo en el trasplante de órganos, y llegar a sustituir así la decreciente oferta de órganos humanos para trasplantes por órganos de cerdo.

Esto es lo conseguido en animales grandes, que es muy importante, porque ellos son como instalaciones biológicas-industriales de cierto volumen. Hay instalaciones miniatura, de valor preindustrial que son los animales chicos como el ratón, en el cual el empleo de *stem cells* permite obtener literalmente centenares de animales transgénicos. En ese desarrollo, el nacimiento de Dolly y de Polly abren perspectivas grandiosas de desarrollo.

Todo esto se parece a una industria, y lo es. Hay una inmensa industria de los seres vivos, con todo lo que esto significa: inversión de capitales considerables, aplicación de talentos científicos, técnicas y descubrimientos; procedi-

mientos de marketing, y una despiadada competencia. La industria génica está adquiriendo un vigor que llegará a ser sólo comparable al de la informática.

La aparición de Dolly representó (en potencia, todavía ella es la única sobreviviente de más de 250 embriones que iniciaron el mismo camino), representó, repito, un golpe tecnológico mayor. (¡Complementado por Polly!)

Es pensable que llegará el día en que cualquier animal modificado genéticamente va a poder ser clonado, y su producción dejará de ser una rareza de laboratorio para convertirse en una masiva invasión de los mercados. Un día, Edison demostró con un fino pelito carbonizado que podía producir una lámpara incandescente. Dolly es como la primera ampolleta: hay mucha investigación por delante –como la había para llegar al filamento de tungsteno–, pero el camino ya se anduvo una vez y eso es lo decisivo.

Pero yo preguntaba ¿el poder de quién? ¿Quién es el que mueve a este proceso en el que se confunden y entrelazan la ciencia, la técnica, la organización, las finanzas, la lucha por mercados, y que es lo que llamamos propiamente una industria? Lo que mueve a la industria moderna *es básicamente la demanda, y la demanda es predominantemente anónima*: frente a ella, la industria actúa racionalizando los costos y los procedimientos.

Ocurre algo muy distinto de lo que era el caso con las antiguas técnicas, engendradas para satisfacer necesidades más inmediatas. Esta tecnología nueva engendra ella misma necesidades que luego piden verse satisfechas, y luego les agregan renovado impulso a esas mismas necesidades, intensificando el proceso por una especie de realimentación positiva.

Lo mismo que ocurre hoy en cualquier plano de la actividad humana, ocurre con la máquina del cuerpo humano. En la red de las industrias cada máquina es, o bien objeto o bien medio, fin o instrumento, o ambas cosas a la vez dentro de algún grupo de procesos. Nuestra máquina del cuerpo es sometida a reparaciones, sus partes son arregladas o cambiadas –a veces con gran costo– pero no sin razón, porque la salud humana es un elemento esencial de la producción, y su daño o deterioro se mide en alguna forma en costos, en recursos que se le sustraen al sistema. La eugenesia negativa (piensen en los niños con enfermedad de Down, piensen que incluso la inversión en investigación en trisomía 21 ha sido disminuida porque hay maneras más económicas de combatirla, como es la

de suprimir a los portadores por el aborto). Piensen que una buena parte de la eutanasia es asunto de costos alternativos para la sociedad para mantener en funcionamiento esas máquinas dañadas, tal y como acontecía en la sociedad china que eliminaba las hijas mujeres recién nacidas porque eran económicamente un lastre, o lo que ocurre en Brasil o la India con la esterilización masculina por sección del deferente, en que la cirugía se transforma en factor demográfico. La misma observación la podemos hacer en cualquier aspecto de la Medicina contemporánea: en cada procedimiento se conjugan aspectos científicos y técnicos con costo personal y social, siendo movido el conjunto del proceso por alguna forma de demanda que se va interiorizando en el sentir de las grandes multitudes por medio de la fuerza de la propaganda, ella misma también una técnica social. Dentro de ese proceso, los hombres y las mujeres son alternativamente finalidades o instrumentos de un proceso social.

Pero cuando hablamos del origen de la vida humana, de las técnicas de contracepción o de fertilización asistida o de eugenesia, mañana de la clonación, o en el otro extremo, cuando hablamos del término de la vida y nos referimos al aprovechamiento de órganos para el trasplante, o bien a la eutanasia, en todos esos casos nos salta a la vista que no es un trozo de la "máquina del cuerpo" el que está en juego, sino toda ella. Son vidas individuales las que aparecen insertadas dentro de esta trama de medios y de fines: ellas son aportadas para algún fin social que ellas deben llenar de modos técnicamente acertados y económicamente racionales. He enumerado cosas que llamaríamos negativas y cosas que llamaríamos benéficas. Lo que me importa destacar aquí es *que hay una actitud general que se infiltra y que es la racionalidad industrial aplicada al ser humano*, el cual es no sólo objeto de la Medicina, sino también instrumento para que a través de la Medicina él llene un rol instrumental en esta sociedad de medios y de fines.

La demanda industrial *es básicamente un poder anónimo, el poder de la multitud*. Pero ya Nietzsche decía que las multitudes se han hecho para hacer aquellas cosas a las que los hombres individualmente no se atreven. Y la demanda industrial llega a mostrar como indispensables cosas ante las cuales habríamos retrocedido horrorizados hace poco tiempo, o a la inversa, nos muestra como cosas exigibles de puro obvias a cosas que hace una generación habrían parecido la más loca fantasía.

Enfermedad, salud, costos, calidad de vida, despliegue técnico, investigación científica, forman parte del complejo sistema de decisiones de la Medicina moderna, los que le son impuestos por su inserción en un desarrollo industrial gigantesco.

Yo sé que esta descripción puede parecer muy extrema y desalmada. No pretendo que ella dé cuenta de todo el proceso médico ni muchísimo menos. Pero creo que ella muestra al menos una parte de la tendencia que le imprime la tecnología a la Medicina de hoy. Y así vemos que la historia nos lleva a que el "cuerpo máquina", sobre el cual creíamos tener poder, se ha transformado en una parte de esa corriente inmensa que nos es ajena y cuyo flujo nos arrastra. Y creo que es el momento de pensar si esta noción del "cuerpo-máquina", tan útil, innegablemente tan benéfica, tan fecunda en resultados positivos para la Humanidad, no debería ser puesta en otra perspectiva.

Yo entiendo por supuesto que la noción del "cuerpo máquina" ha dejado siempre intranquila a muchísima gente y a muchísimos médicos, pero ella alcanzaba una fuerza muy grande porque se juntaba aparentemente bien con ideas muy queridas como son la de progreso y la de libertad de investigación: es obvio que estas dos ideas son parte esencial de la civilización tecnológica.

Ahora nos sentimos algo perplejos. Y para describir esa perplejidad vuelvo a la ovejita Dolly.

Su nacimiento (ocurrido a mediados de 1996) fue anunciado "oficialmente" en Nature el 27 de febrero de 1997. El 4 de marzo el Presidente Clinton dio una conferencia de prensa, y *puso el hecho en paralelo con el desarrollo de la energía nuclear*. Más todavía, frente a este descubrimiento técnico tan hermoso y cargado de promesas, Clinton dijo que *"muchos de nosotros se sentirían perturbados al pensar que podríamos ser clonados"*, y llamó a la suspensión de numerosas líneas de investigación.

Estas declaraciones no estaban movidas por temor a una oveja. Lo que había tras ellas era el horror, la fascinación, el temor, por la posible fabricación mañana de seres humanos.

Es que Dolly no era sólo un avance científico: era un símbolo del destino humano. Era como un anuncio del poder de la tecnología en Biomedicina: anunciaba la posibilidad de transformar en medida nunca pensada el mundo de las cosas vivas, *el poder de fabricar máquinas humanas a pedido y a medida, y de arrebatárselo a cualquiera -hombre o mujer- su derecho a*

mantener como "no disponible" su propio patrimonio genético.

Hace poco más de cincuenta años que Oppenheimer en el desierto de Nuevo México, al mirar la primera explosión del artefacto atómico, que él había contribuido a diseñar y fabricar, dijo que ese día los físicos habían conocido el pecado. De modo menos espectacular o dramático, aunque muy bullado en la prensa, la oveja Dolly nos dice que los biólogos y médicos han llegado a ver que hay límites necesarios que imponerle a su propia curiosidad.

Una exposición interesante de estos límites la daba un documento elaborado en gran parte antes de la clonación, que es el informe del Director General de UNESCO, fechado sólo ayer, en julio de 1997, y destinado a ser presentado a la 29ª Sesión de la Conferencia General de la UNESCO. Es un proyecto de declaración sobre el genoma humano.

No tengo tiempo sino de tomar uno o dos puntos de este escrito importante.

Allí se dice que los derechos y libertades del hombre se asocian a la dignidad humana... expresión de ésta es la libertad de investigación, que no podría en consecuencia nunca llegar a menoscabar aquella dignidad. No puede aceptarse ningún avance científico que sea a costa de la dignidad humana.

El saber, el conocer ha sido siempre tenido por un bien y por expresión de lo más alto que el hombre tiene; pero la investigación se hace para saber, y si se la coarta, es al saber al que se está coartando.

¿Escándalo?

Pensemos un momento en cuál es la forma de saber que usa la ciencia. Ella valida sus conclusiones normalmente en el experimento. De tal modo que no se sabe si una afirmación científica sobre el cuerpo humano es verdadera si no se la ha probado en el experimento sobre el cuerpo humano, y eso es lo que limitaría lo que es lícito saber sobre éste.

Frente al ser humano viene entonces a decir la UNESCO que la sacrosanta libertad de investigación tiene un límite. *Y ese límite es la dignidad humana.*

Pero ¿qué es lo que entienden por dignidad humana? Lo probable es que los redactores del documento hayan tenido a la vista el concepto de dignidad que propuso Kant: "en toda la creación se puede usar cualquier cosa como medio... sólo el hombre... es fin en sí mismo..."

Todos sentimos que esa pretensión de que no podemos ser instrumentos de nadie, es lo

más propio e irrenunciable de nuestra condición humana.

Para que la "dignidad humana" no sea una expresión vacía de contenido, ella debe comprender algunas condiciones o actividades que me son muy fundamentales, que están indisolublemente ligadas a mi existencia, en su íntima unidad, y que participan entonces en mayor o menor medida de esa dignidad: así el trabajo, la libertad, la procreación, las relaciones interpersonales, son acciones que participan de esa dignidad: básicamente no pueden ser instrumentalizadas

¿Qué decir entonces de mi cuerpo? ¿Se agota mi consideración sobre él al decir que es una máquina?, ¿o sea que es un objeto que puede ser usado tanto como instrumento cuanto como fin?

Parece obvio que no. En teoría al menos, yo puedo ser dueño de cualquier objeto. Puedo decir que tengo esto o lo otro. ¿Pero puedo decir en el mismo sentido que tengo un cuerpo? Inmediatamente me pueden replicar: y ¿quién eres tú, el que tiene un cuerpo? No existe un yo que sea dueño, que pudiera ser dueño de mi propio cuerpo, sencillamente porque mi cuerpo es inseparable de la unidad de mi yo. Lo cual significa que si la persona tiene dignidad, y la dignidad es participada por aquellas cosas o atributos que le son más propios, el propio cuerpo es tal vez lo primero que tiene dignidad, que no puede ser instrumentalizado.

Entonces el cuerpo no es una pura máquina, porque no tiene sentido atribuirle dignidad a una máquina: *no existe ninguna prueba experimental ni evidencia sensible imaginable* de que yo tenga dignidad, y de que, como consecuencia, este cuerpo (que efectivamente es una máquina, que funciona como tal) tiene dignidad. Aquí salimos por fuerza del terreno del mecanicismo, y más allá de eso, del terreno de la ciencia natural, que vive de pruebas sensibles y datos experimentales.

Se abre otro camino al pensamiento. Porque hay otros modos de mirar la realidad que tienen de común entre sí, que ellos no esperan comprobación experimental o sensible, sino otras formas de verificación. La reflexión filosófica es un ejemplo típico.

Yo quiero intentar ahora una excursión por uno de estos caminos que puede adelantarnos en esta cuestión que investigamos. Este camino lo escojo porque creo que desde él se ilumina la cuestión de la Medicina.

Hay una experiencia básica del ser humano que es la de sentirse responsable hacia otros, ante los otros, y esperar que ellos sean respon-

sables ante mí. Una vida social fecunda no puede desenvolverse sino sobre la base de esta responsabilidad mutua, la que viene a ser como la condición previa de muchas de las cosas que más altamente valoramos: la ciencia, el arte, la técnica. Por supuesto que esta responsabilidad por el otro que deja muy atrás a los límites de cualquier mecanismo está en la base de la Medicina. Hipócrates le prescribe al médico que dondequiera que él entre, lo haga por el bien del enfermo o sea por el bien de alguien que puede estar todo lo venido a menos que se quiera, pero que es uno ante quien soy responsable, a quien le reconozco dignidad. El médico es el que se hace cargo de otro, el que responde por el otro, aun antes de que lo llegue a conocer, cuando se está preparando por el estudio y la reflexión para ser digno de esa responsabilidad.

Hay un viejo cuento de un hombre a quien un naufragio arrojó a una isla desierta, y que ha estado largo tiempo solo y abandonado, siempre alerta por el peligro de las fieras o de los elementos. Un día, andando como de costumbre en soledad, descubre la huella de un pie humano en la arena de la playa. Se siente sacudido hasta lo más íntimo, ¿será una amenaza?, ¿será una compañía? No hay cómo saberlo, pero ya el mundo del solitario se ha visto transformado. Por ahí anda uno que está confiado a su responsabilidad, tal como él lo está a la suya. La huella en la playa es como un rostro silencioso que le oculta un mundo, un universo, enteramente ajeno. Cuando en la vida cotidiana yo tomo conciencia de que el rostro del otro, tal como el pie sobre la arena, guarda un mundo de posibilidades infinitas, desde ese instante yo puedo acompañarlo con respeto y ayudarlo con las armas de la técnica para que encuentre su propio camino.

Para tener conciencia de la realidad del otro, tengo que renunciar a usar de él, tengo que tomar la actitud de la que hablaba Kant sobre la persona humana, que es siempre un fin en sí misma, y nunca un instrumento. Como ustedes comprenden, esta es una actitud bien distinta de la que es normal en la ciencia natural. Esta recurre a la experimentación, a la intervención sobre la naturaleza. Sólo puedo saber con certeza aquello que puedo comprobar con mi intervención. Pero para la experiencia de la que estoy hablando, es requisito indispensable que yo renuncie a cambiar esa realidad conforme a mi propio programa.

Este conocimiento del que estoy hablando es lo que se llama la contemplación, el conocimiento contemplativo. Contemplar a un ser hu-

mano es tan banal —parece— como respirar. Empieza por ser una simple mirada que se posa en el objeto, sin pretender analizarlo o entenderlo, sino haciéndose cargo de su realidad y su misterio. Es una forma de atención apacible dirigida a la cosa, en este momento a la persona. Esto difiere grandemente del modo habitual de conocer, tanto del que podríamos llamar práctico como del estrictamente científico. Porque en estos últimos casos, lo fundamental es que esta cosa que estoy enfrentando es un individuo que comparte las características de un grupo: precisamente son esas características comunes las que busca establecer el conocimiento científico y las que fundamentan la posibilidad de mi acción práctica. En un lenguaje técnico, decimos que son individuos que tienen la misma naturaleza. El conocimiento contemplativo, en cambio, ni se dirige ni se fundamenta en la naturaleza, sino en la concreta e irremplazable realidad del individuo al que enfrento. Ni necesito decir que la aproximación contemplativa no niega ni cuestiona la verdad o la validez de la científica. Eso sería un disparate que esterilizaría la acción médica. Lo que hace la contemplación es tomar conciencia de la concreta realidad del que recurre a la acción médica.

Hijos como somos de este siglo pragmático, no podemos esquivar la pregunta: si la contemplación no es capaz de cambiar la realidad, ¿para qué sirve? La respuesta es muy sencilla: la contemplación no cambia a la cosa, pero me cambia a mí. A medida de que el contemplativo toma conciencia del misterio que guarda toda realidad, la conciencia que él tiene de sí mismo se hace más profunda y más clara, y cambia por lo tanto mi actitud hacia el otro.

Como se ve, el camino de la contemplación tiene un sentido como inverso del que sigue el conocimiento científico. Este último encuentra su objeto, lo coge lo más firmemente que puede con miras a modificarlo o utilizarlo en alguna dirección; lo analiza, lo disecciona, lo compara, se va adentrando en su comportamiento y en las relaciones recíprocas de sus partes, y se siente cada vez más convencido de que sabe más sobre la cosa, porque es capaz de usarla mejor. En ese camino se llega a veces a olvidar qué cosa era el objeto que primero se tocó. Este se diluye en las explicaciones que se dan sobre él.

La contemplación no se opone a ese camino, no lo desmiente y no niega su utilidad. Se limita a desandararlo. Su esfuerzo consiste precisamente en ir abandonando todo deseo de usar o de controlar a su objeto, en ir retrocediendo, por decirlo así, hasta recuperar la gratitud y la pureza

del primer contacto. En ese proceso no puedo sino cambiar yo mismo. Es un cambio no programable, pero real, y es por eso que tantos le tienen miedo a la contemplación porque no saben adónde los lleva, mientras que quien se queda en la pura verdad tecnocientífica, piensa que se instala en un dominio de la realidad sin riesgo. En la vida de San Francisco de Asís se relata el episodio estremecedor de cuando besó al leproso. El sólo ver el misterio del otro más allá de la podredumbre de su rostro, fue el camino del encuentro: y el encuentro –no hay que olvidarlo jamás– es el camino del médico.

Quien mira con espíritu contemplativo *se pone a sí mismo en riesgo*. Porque aborda a la otra persona, no por controlarla y manejarla, sino que simplemente la toca porque la persona *es*, y al tocarla *se deja interpelar por ella*. Y este dejarse interpelar por el otro simplemente porque es –así sea el más infeliz, inútil o débil de los hombres– lo que forma el núcleo de la acción médica, impide que ella se deje sumergir por la técnica, y por el contrario, pone la técnica al servicio del otro.

De esta mirada contemplativa sobre el hombre habla Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium Vitae*. “Es la mirada de quien no pretende apoderarse de la realidad, sino que la acoge como un don, descubriendo cada cosa como un reflejo del Creador, y en cada persona su imagen viviente. Esta mirada no se rinde desconfiada ante quien está enfermo, sufriendo, marginado o a las puertas de la muerte, sino que se deja interpelar por todas estas situaciones, y precisamente en estas circunstancias encuentra en el rostro de cada persona una llamada a la mutua consideración, al diálogo y a la solidaridad”.

La mirada contemplativa sobre el hombre no me descubre ninguna novedad sobre la máquina del cuerpo: cuando doy esa mirada llego a saber, sin embargo, que esa máquina es como el sostén o el receptáculo de un misterio cuyo solo contacto es capaz de cambiarme de raíz y disponerme a una verdadera comunión. La fuerza turbulenta de la tecnología se transformará entonces en un agua apacible en cada lugar donde al hombre le demos la libertad de ser “sí mismo”, sin querer utilizarlo.

Desafío de fin de siglo: humanizar la Medicina*

Peter A. Fraile

De nacionalidad española. Master en Filosofía en las universidades de Comillas y Madrid (España) y en la U. de Dublín (Irlanda). Master en Teología de la Universidad de Fu-Yen, Taiwán (República de China). Master en Psicología de la Universidad de Detroit, Michigan, USA. Master en Ciencias de Administración. Alfred P. Sloan Fellow del Massachusetts Institute of Technology (MIT), Cambridge (USA). Fundador, director y profesor de los Cursos de Valoración Positiva, Desarrollo Humano y Administración de Empresas, que se imparten en diversos países de Europa, América y África. Director del Instituto Internacional de Administración de la Universidad de Detroit (USA). Asesor y Consultor Gerencial en importantes empresas de Chile, Colombia, España y USA.



Gracias, Dr. Rosso, por sus palabras y gracias por invitarme. Estoy contento y considero un honor estar con ustedes esta mañana, no sólo por su condición de médicos sino también porque además son académicos. Les agradezco mucho y créanme que admiro la forma en que ustedes crean estos espacios de encuentro –un poco fuera del quehacer diario– para poder conocerse y relajarse.

* Conferencia dictada en el Décimo Tercer Encuentro de Académicos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los Andes 14 de diciembre 1996.

Hace un par de semanas fui a la oficina del Dr. Rosso y le pregunté lo que quería que les dijese. Llegamos a la conclusión –ya no sé quien de los dos lo dijo– que era conveniente decirles a los médicos y profesores *que se dejen querer*.

Durante toda esta semana he estado pensando en lo que podía decirles, y he cambiado el discurso cuatro o cinco veces. Finalmente anoche, después de la recepción y de la llegada del Dr. Ferretti a la comida, otra vez debí cambiar mi discurso y he optado por comenzar con dos o tres testimonios muy breves respecto de algunos médicos.

Recuerdo que estando en Sudáfrica asistió a uno de mis cursos el Dr. Johns, un hombre afable, cariñoso y sabio. Había dos o tres enfermeras presentes y, refiriéndose a ellas, el Dr. Johns dijo algo que se me ocurre es totalmente aplicable a los médicos (aunque sean "bandos distintos"): *Las enfermeras son como ángeles, acompañan a la persona en los momentos más sagrados de la vida: al entrar y al salir de ella.* Pensándolo, creo que también los médicos son como ángeles: acompañan a los seres humanos en los momentos más dramáticos y más sagrados del vivir: cuando entramos a la vida y cuando salimos de la vida, cuando experimentamos el miedo enorme de que se nos vaya la vida. Este es el primer testimonio.

En 1968 almorzaba en Taipei con el Dr. Viktor Frankl, que actualmente es jefe del Policlínico de Viena. Yo era un gran admirador de Viktor Frankl, quien entonces estaba promoviendo aquel conocido libro que acababa de publicar: *El Hombre en Busca de Sentido*. Es un libro que se gestó en un campo de concentración durante la última guerra mundial. En el transcurso del almuerzo Viktor Frankl se refirió al ministerio sacerdotal del médico. Afirmó que el trabajo y la misión del médico tienen una dimensión sacramental y que hay un sacerdocio implícito en el quehacer de los médicos. Recuerden que en los documentos del Concilio Vaticano II se habla del *sacerdocio esencial* y del *sacerdocio ministerial*. El sacerdocio esencial es el que todos practicamos porque lo llevamos adentro, y también los médicos.

Y ahora el tercer testimonio. Hace un par de años, en Mallorca, a uno de mis talleres asistía el Dr. Carlos Mortera, un médico amigo de Barcelona, del Hospital San Juan de Dios, especialista en cardiología infantil. Yo le pregunté qué servicio daba a sus pacientes, esperando que me dijera *salud*. Pero su respuesta fue: *les doy dignidad*. El paciente necesita que se le dignifique.

Además de ser médicos, ustedes son profesores. Y aunque todos hemos tenido gran cantidad de profesores, en realidad no nos acordamos de muchos, pero aún así, siempre permanece vivo el recuerdo de dos o tres maestros que uno ha tenido en la vida y que no se borran en la memoria. En mi caso, cuando yo estudiaba Administración de Empresas en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), se nos ofrecía la posibilidad de escoger dos o tres asignaturas optativas en Harvard. Un grupo de amigos, con la lista de asignaturas en la mano, preguntamos a uno de los profesores qué asignatura nos aconsejaría tomar en esa univer-

sidad vecina. Pero él no miró la lista y, en cambio, mirándonos, nos dijo: *Nunca escojan una asignatura, escojan un maestro, enseñe lo que enseñe*. Hay profesores y personas que quedan registrados en nuestra vida como grandes ejemplos, como maestros que no sólo enseñan la asignatura. La asignatura está en el libro y de allí se aprende, pero hay algo que dan los verdaderos maestros, algo que no es tangible, que no es cuantificable, y eso es lo que después nos marca para toda la vida. Del mismo modo ustedes están marcando la Medicina de este país. No sólo por la asignatura que enseñan, sino por su presencia, por el espíritu y el alma o el corazón con que lo hacen.

Con referencia a lo que el Dr. Rosso mencionó antes respecto a mi trabajo en el campo de la Psicología y la valoración positiva, la historia es la siguiente. En el año 1972 yo terminé la carrera de Psicología en la Universidad de Detroit. Quizás ustedes recuerden que en aquellos años estaban de moda en sicoterapia los *Sensitive Groups*. Se trataba de procesos basados en la percepción de todo lo negativo existente en la persona. Era un proceso viciado, que se parecía a un "comer al prójimo", pero desde luego hecho científicamente. Recuerdo lo que ocurría en algunos grupos compuestos por psicólogos jóvenes. Como nuestra percepción estaba ya afilada, cuando en el grupo había alguien con cierta debilidad se producía un cebamiento morboso que llegaba a ser cruel. Yo salía verdaderamente disgustado de esas sesiones y pensaba que hacíamos más daño que bien. ¿Por qué no usar estos espacios para ver lo bueno y lo positivo —se me ocurrió—, en lugar de buscar defectos y limitaciones? Me dirigí al jefe de la Clínica, que en ese entonces era el Dr. Dick Spain, y le propuse realizar un modelo de proceso de grupo distinto, donde en lugar de buscar debilidades en la persona descubriésemos fortalezas, lo positivo y valores. Pero el Dr. Spain, desoyendo esa propuesta, me explicó que los psicólogos estábamos formados según el modelo médico, que significa que al cliente se le busca una enfermedad, se le hace un diagnóstico, luego se le trata y finalmente se le cobra honorarios. Vale decir que buscar lo positivo en el paciente es inútil. No hizo caso a mi sugerencia. Sin embargo, como esa idea me entusiasmaba, comencé a experimentar y me dio resultado. Dos años después, en 1976, me llamó el mismo Dr. Spain preguntándome qué había sucedido con aquel proyecto de un nuevo modelo para el proceso de grupo. Le contesté que ya estaba funcionando. Como en ese momento nos invita-

ban a participar en el Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo en Filadelfia, me propuso la presentación del nuevo modelo en el Congreso. El título de esa ponencia fue el siguiente: *El Impacto de los Movimientos Existenciales del Individuo en el Proceso Terapéutico de un Grupo*. Los movimientos existenciales del individuo son el amor, la fe, la esperanza. La ponencia tuvo una aceptación extraordinaria y me pidieron que realizara una muestra taller de unas tres horas de duración. En el transcurso de ese taller, un psiquiatra mayor de, Nueva York, se emocionó, se echó a llorar y me manifestó lo siguiente: "Si me hubieran enseñado esto cuando me inicié, mi vida profesional hubiera tenido más sentido. No abandones este proyecto, pues estas ideas demoran años en crecer". Este episodio me animó mucho. Eso ocurría en el año 1976, y en 1980 me requirieron los organizadores del Congreso siguiente —esta vez en Copenhague—, y allí sucedió lo mismo.

De este modo, pude sentir que el concepto de valorar la persona y el culto o cultivo de los valores humano-espirituales ya tenía un sitio reconocido en los procesos de psicoterapia y de salud. Me interesaba la espiritualidad y el desarrollo humano-espiritual de la persona e hice una aplicación del método a los Ejercicios Espirituales de San Ignacio. Aquello resultó un cóctel acertado, porque se añadió una dinámica a esos Ejercicios Espirituales que por tradición están basados en una espiritualidad más individualista y estática.

Más adelante, los empresarios de Detroit me pidieron una adaptación del modelo a la administración de empresas y me encontré con un problema al intentar hablar de lo positivo. En nuestra sociedad y cultura tenemos una carga considerable de *negativismo*. Desde pequeños se nos enseña a percibir lo negativo y a los médicos obviamente se les enseña y se procura que en ellos se desarrolle el *ojo clínico* para la percepción de la enfermedad. Cuando empecé a hablar sobre el valor de la percepción positiva no se me creía y parecía que se trataba de un cuento inútil.

Deseo hacer algunas consideraciones sobre los niveles de percepción. La percepción se educa, y lo que uno ve es lo que ha aprendido a ver. Por ejemplo, aún puedo recordar lo que ocurría cuando me crié en el molino de mi padre. Tenía siete años, y sin necesidad de mirar, con sólo tocar la harina, por el tacto sabía si ésta había sido hecha hoy, ayer o una semana atrás. También percibía si era de trigo o de otro cereal. Los señores labradores que eran terratenientes, due-

ños de la harina, no sabían distinguir una harina de otra. Indudablemente la percepción se educa y ocurre lo mismo entre ustedes, en las especialidades. El *ojo clínico* también se educa, es algo que se aprende. Pero si se nos educa para ver primordialmente lo negativo, obviamente estamos creando un caldo de cultivo para un montón de sentimientos y actitudes de entrada ya contrapuestas. Si a ustedes yo los viera como enemigos o como "mala gente", ante todo no vendría, porque experimentaría temor y, además, como ya estaría prejuzgando, todo lo filtraría con esa visión negativa. De ese modo nacen los sentimientos de defensa, el deseo de no querer estar con ustedes. Sin embargo, si yo desarrollo un "prejuicio" positivo, porque antes estuve con el Dr. Ferretti o con el señor Decano, y ambos me cayeron bien y me invitan a venir, lo hago con gusto y además me alegra. Si los veo como amigos, mis sentimientos son distintos que cuando los veo como enemigos. Hasta hace poco creíamos que las ideologías movían el mundo, pero ahora estamos despertando al hecho de que es la fuerza del sentir la que modela nuestras vidas y la sociedad. Quizás el sentimiento es el responsable del ochenta por ciento de las decisiones que tomamos. Cuando vamos a comprar un par de zapatos y hay cuarenta pares de zapatos en esa tienda, díganme qué zapatos compramos. Indudablemente compramos los que más nos gustan. Eso es sentimiento.

Reitero: la percepción se educa. Percibimos y vemos lo que hemos aprendido a ver. E indudablemente el médico verá la realidad desde su punto de vista, así como el ingeniero la ve desde otro distinto y el abogado y el político la perciben desde otros puntos de vista. Construimos nuestros propios filtros perceptivos. Por mi parte, como he vivido en Oriente durante varios años, he convivido con otras culturas en las que hay mucha simbología. Posiblemente, ésa sea la razón por la que en mi discurso utilizo más la simbología y las imágenes.

Cuando hablo de valoración y percepción, a menudo uso el cuento de la manzana. Abreviando ese relato, les diré que una manzana se puede percibir o valorar en las siguientes tres dimensiones:

- a) La cáscara y *apariencia* de la manzana, que habitualmente es la razón principal por la que compramos esa manzana y que luego será lo primero que descartamos y botamos a la basura.
- b) La pulpa, que nos sirve de alimento y constituye una relación de *utilidad* y servicio temporal.

- c) Las semillas, la parte más *esencial* y escondida de la manzana, que no se ve y tampoco parece ser útil para nosotros a corto plazo, pero que es el lugar donde la manzana conserva y protege su descendencia y futuro, es decir la continuidad de su raza.

En las relaciones y valoración entre personas encontramos esas mismas tres dimensiones:

- a) Nuestro primer nivel de percepción y relación es con la apariencia y la cáscara: el individuo es joven o viejo, guapo o feo, bien o mal vestido; observamos el automóvil que usa, la casa o el barrio donde vive, etc. Eso está bien, pero no basta para enjuiciar o valorar adecuadamente a una persona.
- b) En un segundo nivel, nuestras percepciones y valoraciones tienen mucho que ver con la utilidad. Traspasada la apariencia, ya nos fijamos en la conveniencia y utilidad, en el poder e influencia de la persona. Nos utilizamos y servimos unos a otros, lo cual está bien, es valioso e importante, pero esto tampoco es suficiente para valorar a una persona o institución.
- c) Finalmente advertimos que todos, además de tener una apariencia o *cáscara*, además de sernos útiles y de prestarnos servicios, todos tenemos otra dimensión más profunda y esencial, aunque menos visible, más íntima y protegida, tal como ocurría con las semillas de la manzana. Es realmente importante percibir que esta dimensión no puede ser ignorada en las relaciones interpersonales o sociales.

¿A quién de ustedes le gustaría ser valorado únicamente por su vestido y apariencia, de tal modo que cuando ese vestido pase de moda o se estropee, o cuando esa apariencia se desfigure por un accidente, se los bote a la basura? ¿A quién de ustedes le gustaría que sólo se lo aprecie o valore por su utilidad y que cuando se jubile, o cuando sus servicios ya no sean necesarios, o se los despida, u otro profesional haga mejor lo que usted hace, se lo bote a la basura?

Cabe percibirnos y valorarnos unos a otros, y a nosotros mismos, por una dimensión más estable y profunda que la apariencia y la utilidad, es decir por algo esencial. Hay quien nos aprecia y nos quiere, aunque estemos desfigurados y permanezcamos inútiles en un hospital, o cuando caemos en desgracia o nos sucede un revés económico.

Corresponde preguntarse lo siguiente: ¿Cómo me percibo, aprecio y valoro yo mismo?

¿Cómo percibo, aprecio y valoro a los demás?
¿Sobre qué bases construimos las relaciones en una institución o dentro de nuestra sociedad?

Y esto vale para todos, dado que a nivel de empresa es exactamente igual. Los trabajadores saben muy bien si se les está explotando o no. Vuestros estudiantes también saben si ustedes los aprecian y los quieren o no. Ustedes mismos saben si las autoridades de la Universidad los aprecian o no. Finalmente, los pacientes saben muy bien cuándo se les trata con dignidad.

¿Será que es posible combinar la buena apariencia con la productividad, la eficiencia y la rentabilidad con los valores esenciales de la vida, con esa esencia invisible, pero real que es la raíz de nuestras actitudes, de nuestros sueños, de nuestras creencias, de nuestras amistades, con eso tan común que se llama cariño y amor? ¿Por qué no?

Como ustedes pueden ver, hay distintos niveles de percepción y todos son útiles. Yo creo que su labor es de un gran privilegio porque ustedes son los que enseñan esa percepción a los jóvenes médicos de este país, sin limitarse solamente a la sintomatología.

Como un ejemplo concreto de percepción les diré la forma en que yo mismo voy percibiendo a este grupo. Los veo como un organismo –me refiero a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile–, un organismo colmado de sabiduría y conocimientos. Pero veo mucho más sabiduría y conocimientos que dinero. Si penetro más adentro, me pregunto entonces por qué hacen ustedes lo que hacen. Quizás tienen una motivación, quizás les mueve el corazón y tienen vocación de servicio. Dentro de la sensibilidad humana esa relación de médico-paciente es un tanto mística. Ahora ya los estoy viendo de otra manera cuando los contemplo como grupo. Cuando las organizaciones se quedan sólo en lo práctico de los presupuestos –no creo que ustedes tengan ese problema, ¿verdad?–, quiero decir que cuando se reduce la vida de la organización a un “presupuesto”, es fácil predecir la angustia y la desintegración de la organización.

Insisto en mi pregunta: ¿Por qué, a pesar de tener presupuestos limitados, o sueldos reducidos, ustedes siguen funcionando y viviendo como grupo, como Facultad? ¿Será que hay otros factores adicionales, distintos de los presupuestos? Cuando llegamos a este punto tenemos que entrar en el mundo de los sueños, pero no en el análisis freudiano de los sueños, sino en otros sueños. Es importante que como grupo ustedes sueñen juntos, que juntos se ilusionen

por la Facultad de Medicina del futuro. Este es el campo donde sembrar sus esfuerzos.

Para hablar de estos sueños necesito la ayuda de un cuento. Les voy a contar el cuento de un sueño. Erase una vez dos semillas que estaban enterradas, vivas, que se conocieron y empezaron a hacerse amigas, manteniendo esta conversación:

—¿De dónde eres?

—De muy lejos.

—¿Cómo has llegado aquí?

—Es una historia dramática: me desheredaron, me vendieron, me exiliaron, me botaron aquí. ¿Y tú?

—No, yo soy de provincia, la vida me trajo hasta aquí.

Pero un día una de estas semillas amaneció pálida y callaba.

—¿Qué te pasó?

—Es íntimo.

—Cuéntame.

—Te vas a reír de mí.

—No me río de tí.

Al fin dice la semilla: —He tenido un sueño rarísimo, distinto de esos sueños de indigestión; este sueño lo tengo dentro y es místico. Fíjate que soñé que me ponía enferma, me arrugaba y de repente me salían granitos que crecían como brazos que abrazaban la tierra. Luego me salió otro grano, se transformó en un tallo, creció, rompió la corteza de la tierra y entré en otro mundo. Ese mundo era maravilloso, había aire, flores, había pájaros que volaban y había luz, una bola de fuego daba la vuelta al cielo, nos iluminaba a todos, nos calentaba y nos hacía crecer.

Cuando la semilla hablaba de su sueño, realmente se transportaba. Entonces la amiga la miró y sintió pena. Le dijo que eso era *stress* y la cuidó durante una semana, pero no mejoraba. Oyó que a dos cuadras había un psiquiatra que curaba esas cosas, y la llevó al psiquiatra. Este le preguntó acerca de su niñez, de cómo la habían tratado los papás, de la relación con la mamá, de todas esas cosas. El médico le dijo: —Efectivamente, usted es un caso "borderline"—. Eso es lo que decimos cuando no sabemos qué decir. Le explicó los mecanismos de compensación: —Como usted es tan pequeñita tiene la megalomanía de soñar que es un árbol gigante; dado que vivimos enterrados bajo tierra y aquí todo es oscuro y frío, usted sueña con el calor y la libertad, pero tómese estas pastillas, descanse y vuelva a verme.

Se acabó el presupuesto y tuvo que dejar de ir al psiquiatra. Ella seguía con el sueño en su interior y no lo entendía. El médico del pueblo la examinó y como no le encontró nada físico la mandó al neurólogo, quien tampoco le encontró nada y decía que era psicológico. El cura del pueblo le dijo que era falta de humildad eso de creerse un árbol, que ella no aceptaba la voluntad de Dios, que si había nacido semilla, que fuera semilla. El alcalde la llamó y la acusó de ser comunista, afirmando que sería imposible gobernar el pueblo de semillas si todas llegaran a creer que eran árboles, que eso era subversivo y que se callara, porque si seguía hablando de eso, la encerraba. En el pueblo la apuntaban con el dedo y le decían la loca. No la entendían. El único que la consoló un poco fue el señor del correo, un gusanito. Un día la vio triste, sola y se acercó a ella. Le dijo: —No te preocupes, lo que pasa es que la gente no te entiende; yo sé lo que te pasa porque yo también soñé una vez que iba a ser mariposa y nadie me creyó.

Finalmente, un día la semilla efectivamente se enfermó, estuvo con fiebre, se arrugó, le brotó la piel, le salieron raíces, más de las que había visto en su sueño, luego le salió un tallo y entró en otro mundo. En este mundo no sólo había sol, sino también luna y estrellas. Era más romántico que todo lo que ella había visto hasta ese entonces. Creció y siguió creciendo y ya no entendía nada. Creció tanto que llegó a ser un árbol grande. Y entonces no sólo había flores en el campo, sino que una vez al año también el árbol se llenaba de miles y miles de flores, tantas que no se podían contar, y estas flores eran las mamás de semillitas igual a lo que ella había sido. No lo entendió, pero así sucedió. Este es el cuento del sueño de la semilla.

Veamos la traducción de ese cuento. Yo creo que *cada uno de nosotros tiene el sueño de ser algo que nadie entiende*. A lo mejor de pequeño sueñas con ser "buena gente", pero no puedes imaginar lo que vas a hacer el resto de tu vida. La Facultad de Medicina —me refiero a ustedes como grupo— también tiene un sueño. Ustedes son los que forman a las generaciones futuras de médicos. Ustedes, como grupo, tienen un sueño que para nada coincide con los presupuestos, que tampoco va a coincidir con las críticas de la gente; posiblemente les digan que no son humildes, quizás nadie los va a entender, pero esos sueños son tan bonitos y son tan grandes que finalmente suceden, y uno no sabe cómo suceden. *Si ustedes escuchan esos sueños, inevitablemente suceden*. La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en

quince o veinte años más, será otra. Encarnará los sueños de ustedes. No tengan miedo de soñar como grupo, aunque deban luchar por presupuestos, aunque la gente no los entienda. Los grupos, lo mismo que el ser humano, *todos necesitamos un sueño que nos arrastre en el vivir.*

Ustedes son la Facultad de la Pontificia Universidad Católica. Me pregunto: ¿qué les diría Dios? ¿Qué les diría Dios a ustedes, hoy, aquí? Yo creo que lo primero que les diría es *Gracias*. Gracias, ¿por qué? Porque estuve enfermo y me cuidaste, estuve enfermo y me acompañaste, porque estaba estudiando y me enseñaste. Es decir que no les diría *Gracias* solamente por la práctica de la relación médico-paciente, sino también por la relación profesor-alumno. Ustedes están formando la *percepción* y las *actitudes* de generaciones de jóvenes. Creo también que les daría las gracias por lo que están haciendo por el país, puesto que son *médicos del país*. Si sus pacientes o enfermos estuvieran aquí, dirían que ustedes son nuestros médicos, nuestra esperanza. Dios os diría *Gracias* porque os habéis entregado, habéis creído en la gente, porque tenéis una misión como individuos y como grupo. Y creo que Dios os diría que cree en vosotros y que espera en vosotros, y que os quiere. Piénsenlo.

Yo creo que Dios les habla de este modo:

*Hijo mío que estás en el mundo,
tú eres mi gloria y en ti está mi reino.
Eres mi voluntad y mi querer,
te cuido y te sostengo cada día.
No temas.*

*Te acojo y te perdono, te acompaño
y dignifico siempre
para que tú también acojas, perdones
acompañes y dignifiques.
Yo te libraré del mal y de las dudas.
Amén.*

PREGUNTAS

Pregunta: Encuentro muy iluminadora la charla del señor Peter Fraile. Querría preguntarle acerca de humanizar a las empresas o el factor humano en las empresas. Sin conocer elementos de administración, me doy cuenta que se habla mucho de factor humano en la empresa, pero muchas veces da la impresión que se ha vuelto a descubrir el factor humano en las empresas sólo como un elemento más de productividad. En cambio, él lo ha planteado

aquí en su verdadera perspectiva, la de humanizar la empresa aprendiendo a querer la esencia de las personas, es decir por lo que son. Mi pregunta es entonces la siguiente: ¿Cuáles pueden ser las consecuencias si se pretende humanizar la empresa pensando sólo en la utilidad de las personas, en vez de aprender a apreciarlas por lo que son?

Respuesta: Sí, desafortunadamente se está utilizando el recurso humano y la necesidad de tratar bien a la gente, para que produzca más. No ocurre así en todas partes. Yo creo que la humanización de la empresa ya es inevitable porque viene con el desarrollo y con la evolución de la sociedad. Creo también que para ustedes la humanización va por esa línea, que haya más igualdad, que haya más respeto. Confío en que ustedes también –sobre todo en la Facultad– aceleren el proceso por el cual los médicos que salgan en el futuro como equipo se integren más con los técnicos, con las enfermeras, con los asistentes, aun con el señor que cuida el estacionamiento de los automóviles, lo que también es importante.

Me alegro que usted haya tocado este punto, pues pienso que nos quedamos cortos con eso de la humanización. Ustedes constituyen un auditorio al que se le puede decir esto. Creo que hoy en día hay que dar un paso más hacia adelante en la tarea de espiritualizar la empresa. Si ponemos esta afirmación en un contexto más teológico, sería preciso decir que hay que *divinizar la empresa*, es decir, aceptar la existencia de una relación cuerpo y alma, y que éstos no se pueden separar. Funcionamos por ideales, por motivos, por el corazón, por sentimientos, y eso es parte integrante del cuerpo. En una empresa ocurre del mismo modo. Se puede distinguir la empresa que tiene alma de la que no la tiene. La empresa que sólo tiene ideales egoístas es una empresa egoísta y resulta distinta de la empresa que tiene una visión más profunda, por ejemplo, que persigue el desarrollo de la sociedad, el desarrollo de productos, de servicios, la creación de empleos. Es perceptible el espíritu que mueve a una organización y eso se lo da siempre el equipo directivo. Digamos entonces que la humanización tiene que ir más allá y que es preciso espiritualizar a la empresa.

Dentro de la Medicina habrá que divinizar más aún. El ser humano cada vez tendrá que ser más espiritual, más místico. Me gusta mucho lo que dice Teilhard de Chardin cuando afirma que el espíritu y la materia no son dos cosas, o sea que la espiritualidad y lo práctico no son dos cosas distintas. La materia no tiene vida sin el

espíritu, pero el espíritu no tiene expresión sin la materia. Véanlo como Uno. Yo creo que es en ese proceso integrador de espíritu y materia donde tenemos que avanzar. Creo también que ya es hora de que empecemos a hablar no sólo de humanizar la empresa, sino de *espiritualizar las organizaciones*. Tiene que existir una *espiritualidad organizacional*. Y esto no es ni beato, ni sólo piadoso. El asunto es serio y, además, es verdad. Cada vez somos más conscientes de que es el espíritu el que nos mueve. Lo primero que hace un buen líder es entusiasmar a su gente. Eso es algo claramente espiritual. Y además, si eso está basado en una espiritualidad tradicional, sana, sólida... mejor todavía. Entonces, creo que en esa dirección tendríamos que avanzar bastante más. La tecnología ya nos desilusionó un poco. Es muy práctica, es muy bueno tenerla, pero no es el todo. El dinero mismo puede ilusionarnos por un tiempo, y es bueno –además dicen que financia la felicidad–, pero sería ridículo y muy grosero pensar que ustedes sólo trabajan por dinero. Que les remuneren, que les reconozcan, es obvio. En el reconocimiento está el sentido del dinero, y por eso es necesario. Pero yo no creo que ustedes hagan lo que están haciendo únicamente por dinero. Eso no me convence. Aunque creo que el dinero les puede ayudar, sé que ustedes tienen algo más profundo que los ha llevado a ser médicos, que es lo que los lleva a ser educadores. Eso es espiritual y entonces es en esas vetas donde tenemos que entrar. Chile es un país donde existe un enorme humanismo latente.

Pregunta: La pregunta mía colinda con lo que decía el Dr. Duarte. Quedó claramente explicado que la valoración, especialmente en la relación interpersonal, obviamente tenía que trascender más allá de la apariencia, más allá de la utilidad y llegar a lo profundo. Esto parece clarísimo en términos interpersonales, pero cuando ya entramos en el marco de una macro-institución la cosa se pone un poco más compleja, de tal manera que la apariencia la podemos traducir en marketing, la utilidad la podemos traducir en calidad total, pero lo profundo, ¿cómo lo vamos a traducir? Y además es necesario que esta cosa que va a nacer por la valoración del hombre, por su semilla interior, tenga que nacer a raíz de que hay muchos conversos o gente que nace. Dicho a la inversa: ¿Qué valor tiene modificar solamente la estructura, estatutos, reglamentos, organizaciones,

los papeles que promuevan y estimulen esta situación? Dicho también de otra manera: ¿Vamos a esperar que la sumatoria individual de estas interrelaciones positivas que se dan en este plano de profundidad logren crear la masa crítica para que la cosa ande? ¿O tiene algún valor también mover la cosa dando alguna modificación desde el punto de vista de la organización, de los estatutos y de lo que es reglamentario?

Respuesta: Yo también estoy viendo que las organizaciones son vivas, son organismos vivos y se someten a veces a las mismas leyes. Descubro que existen empresas y organizaciones enfermas, algunas neuróticas, y que también hay empresas sanas. Hay empresas jóvenes con mucha fuerza.

Hoy día lo sistémico se impone a lo individual. Eso está clarísimo. La época de los caudillos y de los individualismos ya pasó. Entonces es totalmente imperativo que en las organizaciones se empiece a funcionar como en un equipo. Si todos los que están aquí creen en lo mismo, sueñan en lo mismo y están queriendo ir por el mismo camino, es muy difícil que alguien les pueda parar. Ahora bien, usted me pregunta: ¿Cómo esperar a que se forme una masa crítica? Creo que ha llegado el momento de abrimos a procesos más rápidos y es preciso tomar decisiones, pero ya más en conjunto. O sea, que ustedes necesitarán espacios donde comunicarse y entusiasmarse mutuamente, de una manera participativa. *La unidad es un fenómeno tremendamente poderoso.* Hoy día una organización ya no funciona sin estos elementos de unidad, de entusiasmo y de ideales claros compartidos. Además, es necesario que ustedes se sientan grupo, que se sientan organismo, pero como un organismo vivificado por fuertes ideales comunes. Suele suceder que todavía no estamos acostumbrados a funcionar como grupos y nos dividimos en subgrupos. Entonces cada subgrupo tiene intereses distintos. *Lo que tendría que movernos es el sentido del todo y el sentido del Uno.*

En cuanto a las leyes, las instituciones y las organizaciones, ellas son relativas y transitorias, son estructuras que necesitamos, pero en el momento en que nos resultan estrechas deben ser sustituidas por otras, que es lo que hacemos con las camisas.

Muchas gracias.

Subir a la montaña: el Everest y el K2*

Dr. Alfonso Díaz F.

*Profesor Auxiliar y Jefe del Servicio
de Cirugía Digestiva del Hospital Dr. Sotero del Río.
Montañista y asesor médico de la expedición al monte Everest*



Esta colaboración al Encuentro de Académicos de la Facultad de Medicina en las "Termas del Corazón" fue concebida como un diaporama, que he debido transformar en un escrito para su publicación. Sin embargo, en esa Jornada se expresaron ideas en relación a nosotros como docentes, las que formarán parte de este resumen y se ilustrarán con algunas fotografías.

Ustedes conocen el Hospital Dr. Sotero del Río: trabajar en él es comparable a subir una montaña, en la cual la cumbre, representada por los objetivos, se ve lejana. Por ello, hay ocasiones en que se produce pérdida de la esperanza. Para poder trabajar con alegría, con tranquilidad y con persistencia cotidiana, cuento con un apoyo especial que es mi equipo de trabajo y con un adiestramiento personal, logrado al escalar montañas.

En esta exposición trataré de proyectar mi experiencia de montañista al campo docente-asistencial, tema que interesa a la mayoría de los presentes. Como ustedes saben, por lo menos en el ámbito de la Cirugía, hay docentes que abandonan el campo de la enseñanza. Se trata de gente que tiene mucha capacidad y mucho espíritu creativo, la cual emigra a provincia. Esto ocurre porque se ha producido un cambio. Santiago, tradicionalmente, ha sido un centro de atracción para cirujanos que querían desarrollarse en el campo profesional. Pero ahora, si usted va al Hospital de Coyhaique y mira la tabla de operaciones, podrá advertir que se están operando patologías de la misma complejidad de las que se intervienen en nuestros hospitales de la capital. Si se recorren los hospitales de las principales ciudades de Chile, en mucho de ellos ha ocurrido el mismo progreso. En resumen, ha desaparecido el interés de quedarse en Santiago para desarrollarse profesionalmente.

Es por esto que la Universidad y nuestra Facultad deben reactivar lo que para ellas es más propio: enseñar Medicina, estimular a sus

* Conferencia dictada en el Decimotercer Encuentro de Académicos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Los Andes 14 de diciembre 1996.

miembros a formar parte de una comunidad capaz de modificar la realidad nacional y crear nuevas soluciones a sus problemas de salud. Estas son mis montañas y esas son las verdaderas montañas de todos nosotros. Tenemos el Everest (Figs. 1 y 2) y el K2 (Figs. 3 y 4). Cada una de estas alturas tendrá sus propios desafíos.

Los desafíos del Everest van a ser la formación de mejores profesionales, en el ámbito de la docencia y la ruptura de paradigmas, en el ámbito de nuestra actividad universitaria. Al K2 lo vamos a asociar con el más difícil de todos los desafíos, ya que compromete, más que otros, a nuestra propia persona. Este se refiere al desafío de ser médico y cómo serlo.

Desafíos del Everest

Un ejemplo en el campo de la docencia. En el entorno del Hospital Dr. Sotero del Río ocurren alrededor de 520.000 consultas al año. Para llevar un problema desde el diagnóstico quirúrgico hasta su desenlace terapéutico, se promedian aproximadamente quince consultas. Si formáramos un médico capaz de lograr este objetivo en ocho consultas, estaríamos duplicando en algunos lugares la capacidad diagnóstica del sistema público de salud.

Un ejemplo de ruptura de paradigma. En el Hospital Dr. Sotero del Río actualmente los pacientes sometidos a colecistectomía clásica electiva son dados de alta al día siguiente de la operación*. Después de tres años, la evaluación de este cambio en el concepto de período postoperatorio ha sido buena y su aplicación equivale a multiplicar el número de camas de los hospitales.

Es así como la solución de los problemas surge de pensar nuevas maneras de resolverlos. La Universidad nos da ese espacio que debemos aprovechar. Son necesarios mayores recursos en el ámbito de la salud, pero más necesarios son los nuevos diseños asistenciales y terapéuticos.

Desafíos del K2

Al K2 se le ha llamado la "montaña de las montañas", por las exigencias que hay que cumplir para llegar a la cumbre y regresar. Requiere tal disciplina interior que termina por producir, en muchos, un cambio profundo. Por ello, a esta

montaña le otorgaremos como desafíos *el médico que deseamos formar y las calidades humanas que seremos capaces de transmitir e incentivar*. Aquí está la gran dificultad: tenemos que transformarnos en un modelo imitable y esto tiene que ocurrir en algún grado, a pesar del sustrato de nuestro propio ser y de sus limitaciones.

Esta Escuela surgió gracias al esfuerzo de un grupo humano que aceptó el desafío y el sacrificio de crearla. Recordemos el relato del Dr. Waldemar Badía**, quien obtuvo una máquina de anestesia prestada del Hospital San Francisco de Borja para apoyar la cirugía en la etapa inicial de nuestro Hospital Clínico. Recordemos también las máquinas de circulación extracorpórea semiartesanales con que se inició la cirugía cardíaca en este mismo hospital.

Recuerdo al Dr. Rodolfo Rencoret Donoso llamándome la atención por no venir a controlar a un paciente operado por mí en el Hospital Clínico, cuando yo trabajaba en el Hospital de Constitución. Argumenté que el Dr. Juan Ignacio Monge, docente quirúrgico de esa época, me había reemplazado en esa función. Este no fue argumento válido para el Dr. Rencoret. A nuestros becados actuales, en los períodos que trabajan simultáneamente en el Hospital Clínico de Marcoleta y el Hospital Dr. Sotero del Río, les cuesta ir a este último a controlar en el postoperatorio a sus propios pacientes intervenidos durante sus turnos de urgencia.

Hay cosas que van cambiando. Es posible que toda la sociedad tenga otra dinámica y que pesen más los intereses económicos. Pero la dinámica de los cambios en la Universidad y los cambios sociales que surgen de ella necesitan de un motor que no es el económico. Y este motor es el deseo de que las cosas sean mejores y que se exprese con tal vehemencia, que sea capaz de contagiar a nuestros alumnos.

En los proyectos de montaña se eligen los miembros de las expediciones. El proyecto de renovar la Facultad de Medicina se inicia con un grupo de docentes, que somos nosotros, con nuestras cualidades positivas y negativas. Sin embargo, necesitamos un reconocimiento recíproco para incorporarnos a esta tarea común. Subir a una gran montaña parece imposible al verla por primera vez, pero al final se logra con metas parciales.

* Anteriormente, el período postoperatorio intrahospitalario era aproximadamente de una semana (nota del editor).

** Fundador del Servicio de Anestesia en el Hospital Clínico de la Universidad Católica y Maestro de la Anestesiología chilena.



Fig. 1: Monte Everest: cara norte



Fig. 2: Huellas en la nieve del primer latinoamericano (C. García-Huidobro) llegando a la cumbre del Everest.



Fig. 4: Expedición chilena cerca de la cumbre del monte K2.

Cada uno de nosotros tiene una tarea específica, pero es necesario crear una instancia temporal que nos permita mirar juntos la tarea común. Esto nos dará la visión global de grupo humano, el que pasará a ser una fuente de fortaleza para afrontar las grandes tareas que compartimos: servir al hombre, luchar por la salud de todos los chilenos y tener el goce de contribuir al desarrollo de la Ciencia Médica.



Fig. 3: Monte K2 visto desde Concordia

La persona de María en la fe cristiana*

P. Mariano Irureta U.

*Pertenece al Instituto Secular Padres de Schoenstatt.
Estudios de Teología y de Filosofía en Münster
(Alemania), donde se licenció en Teología. Recibió el orden sacerdotal
en el Santuario de Schoenstatt, La Florida, Santiago (1985).
Desde 1996 Rector del Colegio Mayor Padre José Ketenich,
Seminario Iberoamericano de los Padres de Schoenstatt en Santiago*



Les quiero agradecer la invitación que me han hecho. Nunca me la hubiese esperado; pero sí debo decirles que me alegra el poder hablar en un círculo de médicos sobre la persona de María en la fe cristiana. Sobre todo si pienso que numerosos pacientes, a los cuales ustedes tan generosamente atienden, le guardan en los momentos de dolor y de enfermedad un amor filial y lleno de esperanza.

* Conferencia dictada en el Decimotercer Encuentro de Académicos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los Andes 14 de diciembre 1996.

Al comienzo deseo precisar el marco de esta conferencia. Esta se va a restringir a reflexionar sobre los presupuestos teológicos que permiten fundamentar la presencia de la persona de la Santísima Virgen en la teología, como a su vez a motivar la necesaria vinculación a ella.

Mi conferencia quiere orientarse dentro de tres reflexiones:

1. ¿Por qué la fe y la teología, en general, pueden afirmar algo acerca de un ser humano?
2. ¿Puede ser María objeto de nuestra fe?
3. ¿Cuál es la idea fundamental que puede inspirar hoy a la Mariología?

I. ¿Por qué la fe y la teología, en general, pueden afirmar algo acerca de un ser humano?

Para la teología existe sólo el Dios único, eterno, espiritual, personal. No se puede alabar o mencionar nada más, y sólo al Dios eterno; y las cosas en cuanto provienen o están en El. El mundo, por otro lado, es una existencia auténtica, autónoma, pero siempre en relación y dependiente de Dios, como nos lo dice nuestra fe sobre la creación. La realidad del mundo se desarrolla en el tiempo, encuadrada en un proceso histórico, pero en relación con Aquel que lo creó por amor, en el amor y para el amor.

La relación entre estas dos realidades –Dios y la creación– está determinada por el hecho de que Dios se comunica libremente, y se comunica, en su propia realidad absoluta, de modo que sale de sí. El mundo es elevado, perfeccionado, dignificado, nunca reemplazado, en la propia vida de Dios; en un proceso que sólo acabará con la consumación de los tiempos. En el don de nuestra fe se nos regala la experiencia de un Dios, que respetando la realidad de lo humano se comunica, se manifiesta, se revela de diferentes formas y maneras en la historia de los hombres, llegando a sellar con ellos una alianza. Por lo tanto, no lo experimentamos como Aquel que es totalmente distinto, diferente, apartado de nuestras realidades.

Esta autocomunicación de Dios tiene su fundamento en que El mismo se hace presente al mundo en la encarnación de su Verbo, la segunda persona de la Stma. Trinidad. Esta encarnación, que se realizó en Cristo, se presenta como el fin supremo de toda comunicación de Dios al mundo, la alianza nueva y eterna; fin al que de hecho está subordinado todo lo demás.

La Santísima Virgen es quien en su naturaleza humana recibe a la segunda persona del Verbo en el tiempo histórico de la Humanidad. María es quien se encuentra en el eje fundamental de este encuentro entre Dios y los hombres. Ella, como mujer y madre, es la que acoge, acepta, asume este designio de salvación, haciendo posible con su actitud el acontecimiento de la encarnación.

María se transforma con su "sí" en la madre virgen de Jesucristo. No lo debemos comprender solamente en el sentido físico. Con el "sí" libre de su fe, que la gracia de Dios le otorgó, ha concebido para nosotros en sus entrañas al Hijo de Dios, concediéndole la existencia terrena mediante la cual se constituye en miembro de la raza humana y de esta forma en su Redentor (cfr. Mt 1, 18-23; Lc. 1, 26-38). Ella se

transforma en "Madre del Señor" (cfr. Lc 1, 43), "Madre de Dios" (Concilio de Efeso, 431). Cuando la Escritura nos presenta a María, la mujer por excelencia, al lado del Redentor, podemos comprender que María asumió durante toda su vida hasta la "hora de la redención" la función receptiva de la salvación (cfr. Jn 19, 25).

Así podemos concluir que la teología en general puede afirmar algo acerca del hombre, porque Dios mismo, en su vida trinitaria, nos ha asumido en su vida personal. Más aún, y esto constituye el misterio máspreciado de nuestra fe: El mismo, en su propia palabra, se ha hecho hombre. Desde la fe cristiana no podemos confesar y alabar a Dios, sin reconocerlo como quien se ha dado de tal manera a nosotros, que con toda verdad podemos decir también que es hombre. Por lo tanto, desde la realidad del Verbo encarnado no se puede hacer teología sin hacer al mismo tiempo antropología, es decir, iluminar todo el misterio del hombre (Cfr. Vaticano II, *Gaudium et spes*, n. 22).

II. ¿Puede ser María objeto de nuestra fe?

Dios ha querido que la salvación que El realiza en favor nuestro sea llevada a cabo por mediación de los hombres. "El Dios que nos ha creado sin nuestro consentimiento, no nos quiere salvar sin nuestra voluntad" (San Agustín). Es por ello que cuando la fe y la teología se expresan acerca de la importancia salvífica de los hombres en la historia de la salvación, del Dios con nosotros, deberán hablar de María, la Virgen santa, la que por su "Sí" hizo posible la encarnación.

Ella es la madre de Aquel en quien se funda nuestra salvación, porque es Dios y hombre en una sola persona. Dios le comunica a María misma la voluntad de la salvación a través de Jesucristo, y le pide su consentimiento, que Ella es capaz de manifestar durante toda su vida; transformándose en modelo y ejemplo que deben contemplar y seguir todo hombre y mujer que quiere recibir y hacer fecundo en su vida el don de la redención de Dios en Jesucristo.

A esto se añade otra verdad de nuestra fe: los hombre dependemos los unos de los otros. No sólo en el aspecto físico o social, sino que también para nuestra salvación. Es cierto que cada uno tiene su libertad intransferible en el camino de la salvación, de la que no se puede escapar ni puede cargar sobre otro. Pero esa libertad no es aislada. Por naturaleza y por gracia existe una comunidad que se traduce en la

solidaridad en el pecado, como también en la solidaridad de la gracia y la misericordia de Dios. Existe un orden salvífico en el que todos dependen de todos y ninguno es insignificante para los demás; un orden en el que todos debemos soportar solidariamente el peso de la culpa y el beneficio de la gracia (cfr. I Cor 12, 12-30; Rom 12, 4-9).

Es por ello que cuando alabamos y agradecemos al Dios Uno y Trino el don de la salvación en Jesucristo, tenemos que proclamar y agradecer por la persona de María, pues a través de Ella, de su actitud, de su fe, desde la Anunciación hasta el momento de la Pentecostés, hizo posible que se hiciesen realidad los designios de salvación. (cfr. Gal 4, 4). Nuestra salvación dependió de su sí; la gracia de Jesucristo se hizo posible y realidad para nosotros a través de su persona. Es por ello también que la vinculación a María tiene desde el comienzo una relación con el amor al prójimo, de sentirnos "en Cristo Jesús" solidarios unos con otros. Así María no solamente se nos presenta como Madre de Dios, sino también como Madre de los hombres.

III. ¿Cuál es la idea fundamental que puede inspirar hoy a la mariología?

Algunos teólogos afirman que la verdad fundamental de la fe sobre la persona de María es su maternidad divina. Algunos la reconocen como la declaración dogmática más antigua sobre la persona de María. Otros opinan que María es Madre nuestra, porque su "Sí" no tiene solamente importancia en la vida privada de Jesús. A través de su "Sí" se transforma en madre del Cristo total, de la cabeza y de los miembros. Hay aquellos que contemplan a María en su maternidad universal. María es la segunda Eva, la madre de la Iglesia. Ella es, en la historia de la salvación, la persona que en nombre de la Humanidad, como representante de la Iglesia, simboliza la receptividad acogedora para salvación de todos. Están también los que hablan de María en su maternidad-esponsal respecto a Jesús. Ella no sólo sería la Madre, sino que también esposa del Verbo divino.

Sin desmentir la importancia de todas estas facetas en la persona de María, más bien animadas por ellas, debemos procurar otra imagen que responda mejor a los desafíos y necesidades que el tiempo actual le plantea al hombre y mujer, como también a la Iglesia cara al tercer milenio.

Someramente podemos decir que la imagen o idea fundamental que puede ayudar al hombre

de hoy a vincularse a María es contemplarla como el fruto perfecto y máximo del misterio pascual. Ella es la realización concreta del hombre pascual, redimido. Ella acoge en su cuerpo y en su alma, con todas las fuerzas de su ser, el don del Resucitado.

Es el hombre nuevo paulino del Evangelio, que vive en armonía en su realidad natural y sobrenatural; entre corazón y mente, cuerpo y espíritu. Ella es la Inmaculada, no sólo libre de pecado, sino que también plenificada por la realidad del Cristo pascual (cfr. II Cor 5, 17; Gál 6, 15).

Así la Inmaculada nos ayuda a luchar contra las concepciones falsas y secularizadas del hombre. Contemplándola a Ella podemos recobrar la verdadera imagen del hombre. Ella nos ayuda a combatir las "herejías antropológicas", es decir, todas las imágenes parciales o deformadas de las personas.

Señalemos algunos elementos que la persona de la Inmaculada nos regala como correcta imagen del hombre. El primero es darnos cuenta de nuestra creatureidad, que todo lo que somos es por gracia y gratuidad de Dios. Todo lo importante y decisivo en nuestras vidas tiene sus raíces en el don de Dios. Dios tiene la iniciativa, pero también espera que con nuestra actitud activa y responsable cooperemos en forma importante en la construcción del reino del Evangelio.

La iniciativa de Dios siempre se expresa en la soberanía de su amor misericordioso. El me creó por amor, para el amor. Contemplar mi historia personal como una historia de amor de Dios conmigo, en la cual El revela toda su misericordia guiándome, regalándome perdón, conduciéndome, también en los momentos de cruz y de dificultad. De todo El hace surgir la vida.

La Inmaculada nos enseña a ser profundamente niños, hijos, capaces de sentirnos seguros y cobijados en las tormentas del tiempo. El secreto del Evangelio del reino es sabernos niños, hijos predilectos del Padre. Hoy la psicología evolutiva nos muestra la importancia de descubrir al niño en cada uno de nosotros. El niño es aquel que sabe reconocer sus limitaciones, sus miedos. El niño tiene una actitud religiosa fundamental: sabe pedir. Como los apóstoles, junto a María, aprendamos a pedir, por nuestras necesidades, las de los demás. Hay tantas situaciones que no podemos determinar, que no está en nuestras manos decidir, aunque nos gustaría. Por ello con María, la Inmaculada, pedimos: Ven, Espíritu Santo.... Es esta experiencia de

filiación la verdad fundamental de la Pascua de Jesucristo que la debemos hacer experiencia en nuestras vidas. Y justamente cuando hablamos de María la reconocemos y la vemos como la niña, la hija, la sierva del Evangelio.

Llegar a ser María es a lo que debemos aspirar nosotros. Ella nos quiere ayudar, darnos su gracia, regalarnos su riqueza. Ella quiere ser solidaria con nosotros, y formar en nosotros los rostros de la imagen de su Hijo (Paulo VI). Ella quiere, como la madre del Evangelio, ser nues-

tra educadora, para que a semejanza de Ella podamos dar nuestro sí al Dios de la vida, que en alianza con nosotros quiere construir el reino de las bienaventuranzas.

Ella es nuestra historia. La historia del hombre, del que busca, del peregrino, de la Iglesia que desea encontrarse con Dios revelado, encarnado en Jesucristo. María es una carta abierta de Dios, que la debemos leer, para volver a escuchar hoy el llamado de su gracia, el don de su gratuidad.

A. Crónicas

Sinopsis del Editor

Dr. Lorenzo Cubillos O.



El período 1996-1997 ha sido muy fructífero en variadas actividades de nuestra Facultad de Medicina, que hablan de su creciente desarrollo. Entre otras, estas actividades se refieren a: donaciones, convenios institucionales, inauguraciones de nuevas dependencias, cambios académicos estructurales, lanzamiento de libros y visitas ilustres. Una relación más completa de estos acontecimientos se encuentran en "Interconsulta", órgano publicitario de la Dirección de Extensión de nuestra Facultad de Medicina..

DONACIONES

a. *Recepción oficial de las donaciones de la Fundación Alexander von Humboldt a la Facultad de Medicina.* Se efectuó el 10.12.1996 con la presencia del Excmo. señor Embajador de Alemania, Dr. Werner Reichenbaum. En esa oportunidad el Prof. Dr. Benedicto Chuaqui

expresó oficialmente los agradecimientos en nombre de la Facultad de Medicina y en particular del Departamento de Anatomía Patológica. El texto de su discurso fue el siguiente:

"Por encargo del Decano, agradezco en nombre de la Facultad de Medicina a la Fundación Alexander von Humboldt las dos nuevas donaciones que recibe: una, el Centro de Documentación e Investigación Histórica de la Facultad, a través del Prof. Dr. Lorenzo Cubillos; la otra, el Departamento de Anatomía Patológica por intermedio del Prof. Dr. Sergio González y del que habla.

Estas donaciones constituyen una importante ayuda para hacer más fructífero el trabajo de esos humboldtianos y colegas. El apoyo a lo largo de los años de la labor académica de ex becarios es una forma de ayuda muy valiosa para nosotros, ofrecida por la Fundación von Humboldt en su preocupación por mantener el contacto con los académicos y por profundizar

la cooperación científica más allá del tiempo de estadía en Alemania.

El vínculo con la Fundación von Humboldt ha sido muy significativo para la Facultad, en particular para algunos Departamentos, como el de Anatomía Patológica, en que dos de sus siete académicos son humboldtianos. Ese lazo con la Fundación se estableció en 1956, hace cuarenta años, cuando tuvo la beca el Dr. Cubillos, que fue el primer becario Humboldt de esta Universidad. La importancia que tiene el vínculo con la Fundación Humboldt para la Facultad se refleja en el número relativamente alto de humboldtianos nuestros comparados con los de la Universidad, en la que se cuenta un total de diecinueve, de los que a nuestra Facultad pertenecen siete, o sea, son más de un tercio, sin contar al Dr. Jaime Eyzaguirre, que hoy probablemente aparecería como humboldtiano de Ciencias Biológicas.

En nombre del Jefe del Departamento de Anatomía Patológica, en el del Dr. Sergio González y en el mío, quisiera agradecer la donación del AXIOPHOT, el modelo más refinado de fotomicroscopio y que fabrica la firma Zeiss. Esta es la quinta ayuda en instrumentos que el Departamento de Anatomía Patológica recibe de la Fundación von Humboldt en los últimos veintidós años, esta vez a solicitud conjunta de los dos humboldtianos del Departamento. Su valor aproximado es de cincuenta mil dólares, unos treinta y tres mil dólares. Este instrumento viene a reemplazar el Fotomicroscopio III recibido en la primera donación, en 1974, y cuyo costo era menos de la mitad del valor del AXIOPHOT.

Cabe decir lo que ha rendido ese Fotomicroscopio III en estos veintidós años. Con él se han tomado aproximadamente dos mil microfotografías por año; en total, unas cuarenta y cuatro mil. Este material gráfico ha servido principalmente para cuatro fines, a saber: 1) para ilustrar alrededor de cuatrocientas publicaciones de académicos del Departamento, entre ellas algunos capítulos de libros. 2) para confeccionar y mantener renovadas las colecciones de diapositivas para los cursos de Patología General y de Anatomía Patológica, unas mil diapositivas por curso sin contar las renovaciones. 3) para documentar los hallazgos anatomopatológicos en alrededor de cuarenta reuniones anatomoclínicas al año y otro tanto de reuniones de especialidades. 4) y por último, para documentar nuevos casos, lesiones y técnicas en las colecciones de diapositivas del Departamento.

Con el nuevo fotomicroscopio, sin duda, podremos trabajar con mayor eficiencia, lo que

no significa necesariamente que tomaremos más microfotografías, en principio, más bien al contrario, dada la alta resolución y versatilidad del nuevo instrumento.

Las donaciones recibidas por el Departamento de parte de la Fundación en los últimos veintidós años ascienden a más de trescientos mil dólares en forma de los equipos más costosos con que estamos dotados. Pero esto no es lo más valioso obtenido por sus dos humboldtianos a través de las becas, lo de mayor valor ha sido la formación científica junto con el acceso fácil a un magnífico medio cultural y con el enriquecedor contacto con los colegas alemanes.

Una formación forjada con el trabajo personal, realizado bajo una tuición prudente, que deja por tanto la libertad para el desarrollo del individuo. Un ambiente académico y cultural en que están a la mano institutos de otras disciplinas, institutos de Historia de la Medicina, seminarios de filología clásica y de germanística, academias de ciencias y como asimismo las artes, la música y sus fuentes y esas excelentes librerías. Valiosísima ha sido la relación con eminentes patólogos, así con el Prof. Dr. Wilhelm Doerr, de la Universidad de Heidelberg, *Doctor honoris causa* de esta Universidad, fallecido este año, con quien se mantuvo una colaboración por más de veinticinco años, y con el Prof. Dr. Eckhard Grundmann, de la Universidad de Münster, Miembro Honorario de nuestra Facultad, con quien llevamos en contacto quince años.

En fin, estamos convencidos de que la mejor manera de expresar nuestra gratitud a la Fundación von Humboldt es elevando la calidad de nuestra producción científica. Quedamos en deuda. Muchas gracias".

CONVENIOS

a. Convenio Facultad de Medicina y Asistencia Pública

En enero de 1996 la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Servicio de Salud Metropolitano Central –este último a través del Hospital de Urgencia Asistencia Pública “Dr. Alejandro del Río”– suscribieron un convenio con el fin de colaborar en el desarrollo de las actividades propias de cada institución, especialmente en lo que se refiere a la docencia universitaria y el perfeccionamiento profesional y asistencial del Hospital de Urgencia y del Hospital Clínico de la Universidad Católica.

Con el propósito de implementar a través de acciones concretas los objetivos del convenio marco, se firmó en abril de 1997 el Convenio Específico N° 1, en el cual el Servicio autoriza a la Universidad para que construya y desarrolle un "Módulo Docente" en el 8° piso del edificio del Hospital de Urgencia.

A su vez, el Hospital de Urgencia otorgará facilidades a los profesionales, médicos y alumnos de la Facultad de Medicina para que puedan disponer de un campo clínico adecuado para su perfeccionamiento.

b. Convenio HELP y Hospital Clínico

El día martes 8 de abril se firmó un importante convenio asistencial entre HELP y el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica. Este convenio permitirá que los afiliados de HELP puedan acceder a la atención de urgencia con beneficios y aranceles excepcionales en el Hospital. A ello se suma la activación de un sistema telemétrico, que consiste en la transmisión de parámetros clínicos importantes para el manejo de pacientes críticos, desde los móviles de HELP al Servicio de Urgencia de nuestro Hospital Clínico. Además HELP estará conectado con el CEDIUC y el Centro Médico Alcántara, para actuar frente a situaciones de emergencia.

INAUGURACIONES Y BENDICIONES

a Inauguración del Centro de Oncología "Nuestra Señora de la Esperanza" (25 de abril de 1997)

Con la asistencia del Gran Canciller de nuestra Universidad, Cardenal Carlos Oviedo Cavada; el Nuncio Apostólico de S.S., Monseñor Piero Biggio; el Rector de la Universidad, Dr. Juan de Dios Vial Correa; el Ministro de Salud, Dr. Alex Figueroa, y otras autoridades, se realizó la Ceremonia de Inauguración del Centro de Cáncer "Nuestra Señora de la Esperanza". Este nuevo Centro, que está enfocado a la atención integral del paciente oncológico, cuenta con un excelente equipamiento para tratamientos de quimioterapia ambulatoria y los más modernos equipos de radioterapia. En su discurso inaugural, el Dr. Pedro Rosso, señaló: *"su naturaleza universitaria, su modalidad asistencial y la calidad de su infraestructura otorgan al Centro 'Nuestra Señora de la Esperanza' características similares a las de los centros oncológicos extranjeros más prestigiosos. Reconocemos la*

oportunidad que se nos otorga de aliviar muchos padecimientos, de participar en la expansión del conocimiento médico y de contribuir al progreso de la cancerología chilena. Hacia estos objetivos orientaremos todos nuestros esfuerzos".

Discurso del Rector de la Universidad, Dr. Juan de Dios Vial Correa

En un tiempo ya remoto, Trousseau, el gran clínico francés, decía que la Medicina debe algunas veces curar, a menudo aliviar, pero siempre consolar. Estas palabras reflejaban, por un lado, una situación muy atrasada respecto de la que vivimos hoy día en que tantas enfermedades pueden efectivamente ser curadas. Pero ellas nos recuerdan siempre cuál es la disposición benévola, humanitaria, que desde los días de Hipócrates dirige a la Medicina científica. Por eso es para nosotros un motivo de enorme alegría el poder inaugurar hoy este Centro de Cáncer de "Nuestra Señora de la Esperanza", servido por especialistas de inmejorable capacidad y preparación, dotado de un equipamiento de avanzada a escala mundial, instalado en un hermoso edificio que ha sido especialmente diseñado y construido para atender en óptimas condiciones. Esta es una mano de acogida hacia quienes sufren de una enfermedad que es seria y que causa miedo, pero que es hoy eminentemente tratable, una mano a quienes sabemos que gracias al progreso



médico podemos aportarles apoyo, alivio y curación. Esta obra está hecha para hacer el bien, para aliviar una angustia, para curar una enfermedad. Como en toda acción médica de verdad, su centro es el enfermo.

Pero hay algo más detrás de esto que yo quisiera recordar, especialmente ante el público no médico. El estudio de los tumores es una de las bases de la Medicina. Esto se remonta tal vez a unos ciento cincuenta años atrás, cuando Johannes Müller comprendió que el tumor es el crecimiento desordenado de un tejido propio del cuerpo, y no, por ejemplo, algo así como un parásito instalado en su interior, lo que permitió relacionarlo con funciones biológicas básicas como el crecimiento, la diferenciación y la nutrición. Este carácter propio de los tumores hace que su estudio sea uno de los ejes de la Patología y de la Medicina y los propone como un tema central para una Facultad de Medicina madura.

Pero al mismo tiempo, y por ser algo tan fundamental, su estudio exige una aproximación múltiple, desde muchos ángulos. Aquí entre nosotros hemos ido desarrollando metódicamente tratamientos quirúrgicos y médicos de primera calidad; hemos alcanzado un nivel importante de eficacia en la quimioterapia; además hemos puesto en marcha un ambicioso programa de epidemiología de cáncer, enfocado al cáncer digestivo, fenómeno médico de primera importancia en nuestro país; aún más allá, estamos logrando que un grupo de investigadores jóvenes aplique las modernas técnicas de Biología Molecular, y que especialistas en Neurología y Psiquiatría se ocupen del importante tema del dolor, en tal forma que la aproximación al cáncer se haga desde todos los ángulos que el acelerado progreso de la ciencia médica exige.

Es en esa perspectiva de una aproximación científica múltiple, *orientada a un mejor conocimiento de la enfermedad y a un mejor tratamiento de los pacientes*, que debemos entender este nuevo centro, que es expresión de una política de la Facultad de Medicina, cuidadosamente planeada y ejecutada paso a paso.

Siguiendo el orden natural de las cosas nos hemos preocupado primero de tener el personal calificado, y luego de dotarlo de los mejores medios que nos fueran posibles. Aquí se podrá hacer Radioterapia y Quimioterapia a un nivel comparable al de cualquier gran centro hospitalario en el mundo. Aquí convergerán los esfuerzos de más de setenta médicos, junto con enfermeras especializadas, físicos nucleares, tecnólogos especializados, especialistas en el

tratamiento del dolor, psiquiatras, para conseguir un gran trabajo médico y científico de equipo.

El costo de esta obra es naturalmente enorme. El hecho de que la hayamos podido financiar y realizar es mérito principalmente de una administración estricta, seria, responsable y profesional de nuestros limitados recursos. En esta realización científico-médica que —francamente— nos enorgullece, se demuestra que una administración inteligente es el mejor aliado de una obra médica de envergadura.

Un Centro multidisciplinario de tratamiento del cáncer servirá ciertamente a la formación y entrenamiento de alumnos, médicos jóvenes y especialistas en los variados programas que mantiene la Facultad de Medicina y nos permitirá reforzar nuestros vínculos profesionales y científicos con grandes centros de oncología en el mundo, como es hoy el caso con los Centros de Cáncer MD Anderson de la Universidad de Texas, Centro de Cáncer de la Universidad de Arizona, Programa de Cáncer de la Clínica Mayo. Servirá también como avanzada tecnológica en la especialidad: la instalación de una Radioterapia de primera línea es un servicio importante a la colectividad chilena. Aspiramos con estos medios a curar enfermos, aspiramos a enseñar y entrenar y aspiramos también a otra



cosa que ha resultado también con algunas de nuestras iniciativas médicas, que es mostrarle al país caminos posibles de perfeccionamiento en nuestra Medicina.

El programa esbozado y dentro de él este Centro, vienen en un tiempo en el que nuestro país por causa del incremento de la edad media de vida sufre un impacto cada vez más fuerte del cáncer, que se ha llegado a constituir en una de las dos causas de muerte más frecuentes de la población, y por lo mismo miramos esta obra como una contribución de importancia nacional.

El Centro está puesto bajo la advocación de "Nuestra Señora de la Esperanza", porque él quiere ser mensaje de esperanza para los enfermos y sus familias y también una luz de esperanza en la Medicina chilena. Ya ese nombre nos dice también que en nuestra casa sabemos que la esperanza de verdad es algo muy distinto de un optimismo vacío. El recuerdo de la Virgen de la Esperanza es el testimonio de que nuestra primera e irreductible confianza está puesta en el Dios de la Vida.

b. Inauguración de Programa de Postítulo

El 18 de marzo de 1997, en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, se inauguró el Programa de Postítulo "*Especialista en kinesiterapia respiratoria*".

Este Programa representa una gestión conjunta de la Facultad de Salud de la Universidad Católica del Maule, representada por su Decano profesor Sergio Lillo Inostroza, y el Servicio de Kinesiología del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, dirigido por la Sra. Gertrud Stehr Hott.

SEMINARIOS Y JORNADAS

El 14 de mayo de 1997 se efectuó en el Centro de Extensión de nuestra Universidad, el Seminario "*Modelos de enseñanza en las profesiones de la salud: su proyección al desarrollo de los sistemas de la atención en salud*", al cual asistieron el Rector de nuestra Universidad y el Ministro de Salud. Este Seminario fue organizado por el Programa Interfacultades (Medicina y Ciencias Sociales) y su propósito fue estimular la reflexión del área académica, junto a diversos sectores de la salud, respecto a las interacciones entre los modelos de enseñanza de las profesiones de la salud y las necesidades actuales y futuras de los sistemas asistenciales correspondientes.

Los días 21 y 22 de agosto de 1997 se realizó la Primera Jornada Internacional de Humanización de la Salud en Chile, organizada por la Facultad de Medicina y la Secretaría Ejecutiva de Formación Cristiana y Pastoral, en la cual participaron distinguidos expositores extranjeros y nacionales. Los textos completos de estas Jornadas se publicarán en REMUC 16/98.

CAMBIOS ACADEMICOS ESTRUCTURALES

Reorganización en la Oficina de Educación Médica. A partir de julio se ha fusionado el Laboratorio de Multimedia y la antigua Oficina de Educación Médica (OEM). El cargo de Director corresponde por derecho propio al Director de la Escuela de Medicina, quien es asesorado por un Consejo de Educación integrado por el Director de Pregrado (Dr. Rodrigo Moreno Bolton), el Director de Posgrado (Dr. Gonzalo Grebe Barros), un ex Director de la OEM (en el caso actual, el Dr. Julio Pertuzé Rivera) y el Director Ejecutivo de la OEM, cargo para el cual ha sido designado el Dr. Beltrán Mena Concha.

LANZAMIENTO DE NUEVOS LIBROS

a. El libro "*Alto riesgo obstétrico*", editado por el Dr. Enrique Oyarzún E., fue presentado el 7 de mayo de 1997. La ceremonia correspondiente contó con la asistencia de numerosas autoridades de esta Universidad y de profesionales de la especialidad.

Presentación del libro por el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Pedro Rosso R.

Pocas áreas de la Medicina han experimentado un cambio tan radical y han incorporado avances tan importantes durante las últimas tres décadas como la Medicina Perinatal. A falta de un estudio comparativo al respecto, me atrevería a afirmar que en ese lapso, por lo menos un 80%, si es que no más, de todos los conceptos sobre diagnóstico y tratamiento de las diversas alteraciones previas y posteriores al parto, tanto las que afectan a la madre como al niño, han cambiado. Vale decir, mucho de lo que un obstetra o un neonatólogo sabía entonces ha perdido vigencia o experimentado importantes modificaciones.



Todo este interesante campo del conocimiento médico está presentado de una manera sucinta, didáctica y motivadora en el nuevo libro "Alto riesgo obstétrico", que la colección "Textos Universitarios", de Ediciones Universidad Católica de Chile, presenta oficialmente en este acto académico. Sus autores, encabezados por el Dr. Enrique Oyarzún, editor de esta nueva obra, pertenecen a la Unidad de Medicina Perinatal del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad. Su contenido recoge los conocimientos y experiencias sobre el tema, incluyendo los resultados de numerosas investigaciones del grupo de académicos que integran la Unidad de Medicina Perinatal, algunos de ellos desde la creación de este organismo en el año 1985.

Como manifiesta el Dr. Oyarzún en el prólogo de "Alto riesgo obstétrico", sus autores se propusieron "compartir con los interesados en la especialidad una metodología de trabajo" de un grupo "cuyas únicas metas han sido el tratar de hacer las cosas lo mejor posible y la búsqueda de la verdad por sobre los destellos fugaces". Lo que hoy entregan, en consecuencia, refleja ese espíritu, unido a los resultados de una actividad asistencial "disciplinada y científica", en la que se ha hecho parte de la tarea diaria evaluar continuamente los supuestos y las ventajas comparativas de las diversas acciones médicas. De

esta manera, esperan que la obra que hoy presentamos pueda aportar conocimientos básicos y orientaciones clínicas a los alumnos de los programas de formación de pregrado y posgrado de la carrera de Medicina, a quienes se dedican a la Medicina general familiar, y a otros profesionales de la salud que se desempeñan en esta área.

En el aspecto de fomento y prevención de la salud materno-infantil, el libro que hoy presentamos también está respondiendo plenamente a los postulados del nuevo currículo de la Escuela de Medicina, que quiere destacar el acto médico integral, centrado en el continuo de la salud y no en el proceso de la enfermedad. Además, se suma al caudal de la larga y exitosa historia de nuestro país relativa a sus acciones en favor de la salud de las madres y los niños. Al respecto, es importante mencionar que el Plan de Salud Materno-Infantil de Chile es una de las obras más visionarias y solidarias de las cuales podemos enorgullecernos como nación. El haber mantenido constante, a lo largo de casi medio siglo, la preocupación por la embarazada y el niño nos ha permitido alcanzar cifras de mortalidad materna y perinatal desproporcionadamente bajas en relación a las realidades de calidad de vida de gran parte de nuestra población. Baste pensar que en menos de cincuenta años la mortalidad infantil en Chile descendió desde 150 por mil nacidos vivos a 14. Las cifras, de por sí impresionantes cuando son analizadas desde la perspectiva de los esfuerzos que la respaldan y los logros que ellas implican, adquieren su verdadera dimensión si pensamos que cada descenso en un punto porcentual de la mortalidad infantil de nuestro país significa salvar la vida de aproximadamente 3.000 niños.

Más adelante los autores señalan en el prólogo del libro: "No existe un período en la vida de los individuos que sea tan crítico como el período perinatal". En esta frase está implícito el conocimiento en profundidad del tema, pero, además, una actitud reverencial respecto a la vida. Especialmente al misterio de la vida nueva, tan cercano al misterio de Dios, creador de toda vida.

Es esa la dimensión que otorga a la Obstetricia su particular *status* dentro del noble arte médico. No hay nada tan cercano a la raíz de nuestra Humanidad y tan sobrecogedor como el esfuerzo de una madre dando a luz y los vagidos de un niño que nace. Pero nada más desolador que ver morir a una madre o un niño.

Como académico interesado en algunos de los temas que incluye esta interesante y necesaria obra y como Decano de la Facultad de Medi-

cina, debo manifestar mi profunda satisfacción por el logro que ella significa y expresar mis felicitaciones a sus autores. Al mismo tiempo quiero expresar mi gratitud por haberme honrado con la grata tarea de presentarla, proposición que acepté con mucho agrado por la estima que siento por sus autores y la importancia del tema. Sólo me queda desearles que se cumplan plenamente los anhelos y metas que han movido a sus autores a escribirla. Espero, de todo corazón, que ella beneficie a las futuras generaciones de profesionales de la salud y, a través de sus acciones, a todas las futuras madres y niños de Chile.

Discurso del Dr. Enrique Oyarzún E.

Se ha dicho que en la vida de las universidades el momento fundacional es decisivo, y probablemente lo es. Sin embargo, existen en la vida de estas instituciones múltiples otros momentos que remedan a ese. Los desplazamientos de las personas, el alejamiento de algunos, la llegada de otros, las fuerzas de las potencialidades, la disposición de los diversos elementos en los momentos del cambio..., es la aplicación al ámbito universitario de la dinámica de los fenómenos no lineales o teoría del caos, uno de los mayores paradigmas científicos de nuestro tiempo. El libro que nuestra Unidad de Medicina Perinatal entrega hoy a la comunidad, emerge en medio de circunstancias muy diferentes a las que nuestro grupo mostraba diez años atrás; sin embargo, podemos entregar este libro. Es el caos, y es también la prueba de que la Universidad es más fuerte que las individualidades que la constituyen.

La misión central de toda universidad, y por tanto la tarea de cada uno de nosotros en ella, es la educación. Un hombre sabio, que dirige otra Escuela de Medicina del país, ha definido la educación como *"el enriquecimiento de la inteligencia mediante la incorporación orgánica y organizada de nuevos conocimientos, de modo que formen un entramado coherente entre sí y con la realidad, y por el desarrollo de la capacidad de razonar, de aprehender y de relacionar los diversos aspectos que se presentan ante ella, así como el fortalecimiento de la voluntad mediante el establecimiento de los hábitos morales"*.

La entrega de conocimientos organizados, en un libro, obliga a sus profesores a grandes exigencias. Ellos deben profundizar en su disciplina de modo tal que adquieran de ella una visión completa y profunda, de manera también que esa organización del conocimiento se dé prime-

ro en sus propias mentes antes de poder luego transmitirlo.

Un libro representa, entonces, nuestro genuino deseo de educar ... es la labor universitaria, utilizando herramientas como la reflexión, la creación y el pensamiento.

Las vidas de aquellos que hemos admirado nos recuerdan que nuestras vidas pueden ser sublimes a través de nuestro trabajo, que podemos partir dejando huellas en las arenas del tiempo. Es lo que nos recuerdan las letras de Longfellow en "La escalera de San Agustín".

*No tenemos alas, no podemos elevarnos,
mas tenemos pies para trepar y escalar
paso a paso, más y más,
las nubosas cumbres de nuestros tiempos.*

*Las imponentes pirámides de piedra
que hienden como cuñas el aire del desierto,
cuando se ven de cerca y se examinan,
son sólo gigantescos tramos de escaleras.*

*Las distantes montañas, que elevan
sus sólidos bastiones a los cielos,
están cruzadas por senderos que aparecen
a medida que ascendemos a lo alto.*

*Los grandes hombres no alcanzaron cimas
mediante un vuelo repentino;
mientras sus compañeros dormitaban,
ellos trajinaban para escalar en la noche.*

Un libro transforma en extensión nuestra misión docente; nos proyecta hacia la sociedad chilena, hacia América toda. En la época de la globalización de las comunicaciones, de las culturas y de las economías, nuestro grupos está cumpliendo su tarea, en términos de facilitar nuestra inserción en el mundo que vivimos, nuestra tarea de constituirnos en uno de los grupos que guíen el devenir social e histórico, al menos en América. Por esa razón, hemos colocado el libro que hoy presentamos en INTERNET, en cuya casilla ya hemos recibido impresiones de países hermanos. Hacemos realidad los postulados de la *Ex Corde Ecclesiae*, para la cual además del apoyo a la búsqueda de la verdad y su comunicación, la universidad persigue la integración del saber.

"El eclipse del sentido de Dios y del hombre -dice el Papa en su Evangelium Vitae- conduce inevitablemente al materialismo práctico, en el que proliferan el individualismo, el utilitarismo y el hedonismo. El único fin que cuenta es la consecución del propio bienestar material. La llamada "calidad de vida" se interpreta principal o exclusivamente como eficiencia económica"



ca, consumismo desordenado, belleza y goce de la vida física, olvidando las dimensiones más profundas de la existencia". Nada más lejano de todo eso que escribir un libro: ello supone amor al trabajo. Amor y pasión por la vida académica, pero supone también, y muy especialmente, el amor de muchos que nos aman, de muchos que permiten que nosotros amemos nuestro trabajo.

Nuestra profunda gratitud a todos ellos, a quienes hacen posible no sólo la concreción de un libro como este, sino a quienes hacen posible que hagamos lo que a diario hacemos.

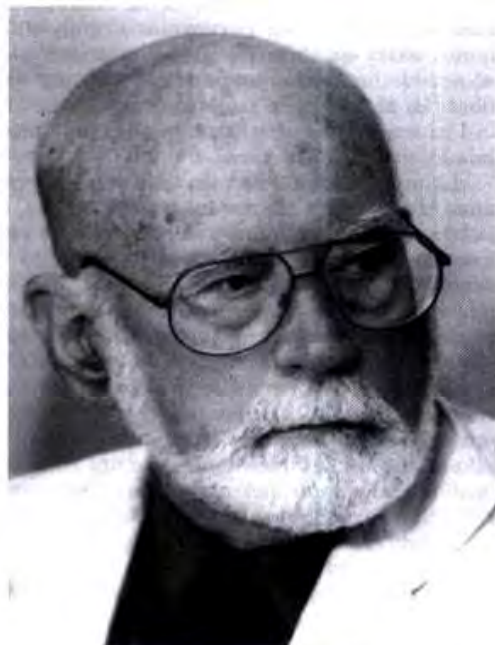
b. **"Manual de Gastroenterología Pediátrica"**, de los Drs. Ernesto Guiraldes, Francisco Larraín y Paul Harris, y editado por Ediciones Universidad Católica de Chile, fue presentado durante las Jornadas de Docencia de la Universidad, organizadas por la VRA (25 de abril de 1997). Este es el primer libro que se publica en Chile sobre esta subespecialidad. Este manual recoge la experiencia del grupo de Gastroenterología Pediátrica del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El propósito de la obra ha sido actualizar y expandir monografías anteriormente preparadas por los autores y proporcionar a los alumnos de pre y posgrado de Medicina un texto de estudio y consulta ac-

tualizado y conciso en una especialidad de la Pediatría que registra avances importantes en la última década. Este proyecto fue realizado dentro del FONDEDOC y junto con el contenido actualizado que garantizan sus autores, tiene un diseño que lo presenta didácticamente y lo hace legible hasta para legos en la materia.

Temas con constipación, hepatitis, dolores de estómago, reflujo gastroesofágico, diarreas que tanto preocupan a los padres, sobre todo a las madres de niños menores y adolescentes, se presentan aquí con su descripción, diagnóstico y tratamientos en forma realmente asequible. Por ello, lo recomendamos también a las educadoras de párvulos y de escolares básicos.

VISITAS ILUSTRES

En marzo de este años nos visitó el distinguido oncólogo Prof. Dr. E. Donnall Thomas, Premio Nobel de Medicina de 1990. Nuestra Universidad, reconociendo sus méritos, le confirió la "Medalla Arzobispo Joaquín Larraín Gandarillas, Fundador y Primer Rector", en un acto académico realizado en el Salón de Honor (21.3.97). En esa oportunidad, el Dr. Thomas dictó una conferencia sobre "Rol del trasplante de médula ósea en la terapia oncológica. Fundamentos básicos y perspectivas clínicas".



Prof. Dr. E. Donnall Thomas.

Segundo encuentro de médicos ex alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que cumplen bodas de oro y de plata de ejercicio profesional

Salón de Honor, Casa Central, 15 de junio de 1996

Palabras de bienvenida del Dr. Ricardo Ferretti D.*



En nombre de la Facultad de Medicina, tengo el honor de darles la bienvenida a esta ceremonia que hemos organizado con el propósito de celebrar a nuestros ex alumnos médicos que cumplen 25 y 50 años de ejercicio profesional.

Es esta una ocasión de legítima alegría, es la oportunidad de renovar el compañerismo y antiguas amistades, pero también nos mueve a re-

flexionar sobre el camino que hemos recorrido, los logros que hemos alcanzado y cómo debemos enfrentar el futuro.

La exigente labor de cada día no nos permite, con la frecuencia deseada, detenernos a pensar y valorar el inmenso esfuerzo desplegado durante estos años. En el transcurso de ellos se han acumulado muchas experiencias, se han ejercido difíciles cargos, se han conocido éxitos y fracasos y afrontado no pocas pruebas. Ejercer la Medicina con abnegación y espíritu de servicio no es tarea fácil, a veces nos cansa y nos abruma, pero siempre nos depara una satisfacción mayor que da fuerza a nuestra vida.

* Profesor Titular. Ex Decano y actual Director de Extensión de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Otros datos biográficos ver en REMUC 4/86, p. 106.

Como ustedes saben, el proceso de crecimiento de nuestra Facultad, hasta alcanzar su nivel actual, ha sido largo, difícil y con grandes desafíos. A él han contribuido muchos de sus ex alumnos, tanto del seno de esta Facultad como de otras instituciones. Si bien todavía hay mucho por hacer, no hemos querido postergar más el compromiso que tenemos con todos nuestros ex alumnos: cual es hacerlos partícipes del desarrollo de la Escuela que los formó, e integrarlos a su quehacer. Para ello, estamos trabajando

con mucho entusiasmo en la creación de la Corporación de ex Alumnos, para que a través de ella canalicemos nuestra participación y a la vez nos permita mantenernos permanentemente unidos.

Para terminar estas palabras, quiero manifestarles nuestra admiración y gratitud por la abnegada labor que ustedes realizan en los más variados campos de la Medicina, la que sin duda contribuye a engrandecer el nombre y el prestigio de nuestra Universidad Católica.

Introducción histórica al encuentro por el Dr. Lorenzo Cubillos O.



Señor Vice Gran Canciller de la Pontificia Universidad Católica de Chile, autoridades académicas, colegas que cumplen bodas de oro y de plata de ejercicio profesional; señoras y señores:

Como motivación a este hermoso reencuentro con nuestra Alma Mater, los invito a rezar juntos la tradicional invocación al Espíritu Santo, que es la oración oficial de nuestra Universidad.

Los asistentes se ponen de pie y rezan juntos.

La creación de la Dirección de Extensión y la puesta en marcha del Centro de Documen-

tación e Investigación Histórica de esta Facultad, urgió la necesidad de iniciar reencuentros con todos los miembros de esta comunidad académica. En efecto, en 1995 se efectuó exitosamente el primer reencuentro con antiguos docentes y alumnos que cumplieron 50 y 25 años de ejercicio profesional y que tenemos la satisfacción de repetir este año.

Ayer como hoy, la médula de esta reunión es reencontrarse:

- Con nuestra historia
- Con el espíritu de nuestra Alma Mater
- Con nosotros mismos

REENCUENTROS

La vida estudiantil, profesional y académica de los presentes tiene como telón de fondo los grandes eventos, positivos y negativos, que caracterizan al mundo contemporáneo. En particular todos hemos sido testigos de los grandes y asombrosos cambios que ha experimentado la Medicina en la segunda mitad del siglo XX.

Para ordenar esta exposición me referiré a los aspectos históricos generales de la época, de la Universidad y de nuestra Escuela de Medicina, proyectados a los dos grupos que festejamos.

A. Médicos que cumplen 50 años de profesión

Aspectos históricos generales de la época

Ingresaron a nuestra Escuela de Medicina el año 1939, cuando recién el país había sufrido el terrible terremoto del 24 de enero, que azotó las VIII y IX Región, dejando un saldo de cincuenta mil muertos. En septiembre de ese mismo año se inició el mayor holocausto bélico experimentado por la Humanidad, la Segunda Guerra Mundial, en la cual ofrendaron sus vidas cerca de 40 millones de personas. El currículo médico de estos jóvenes tuvo como ruido de fondo el permanente tronar de los cañones, que dieron paso a las explosiones nucleares de Hiroshima y Nagasaki, que dejaron atónita a la Humanidad y forzaron la paz a través del terror.

Así se entiende que la vida de un país, influida por los efectos secundarios de la guerra, fuese muy austera, marcada por limitaciones económicas. Obviamente, esto influyó en la vida universitaria y con mayor razón en nuestra joven Escuela de Medicina. En esa época teníamos clases los días sábados, nos movilizábamos en tranvías y no existía la televisión. En ese período gobernaron el país los presidentes radicales, don Pedro Aguirre Cerda, don Juan Antonio Ríos y don Gabriel González Videla. Los dos primeros, por motivos de salud, no terminaron sus períodos presidenciales. Don Pedro murió de una tuberculosis diseminada, antes que apareciesen la estreptomycinina y drogas similares. El Presidente Ríos falleció rápidamente de un cáncer gástrico muy agresivo.

S.S. Pío XII, el Papa asceta y transparente, conducía la Iglesia católica realizando gigantescos e incansables esfuerzos en pro de la paz mundial. Monseñor José María Caro Rodríguez, a la sazón Arzobispo de Santiago, era

Gran Canciller de nuestra Universidad y, en 1945, fue elevado por la Santa Sede al rango de Cardenal Primado de Chile.

Aspectos históricos de la Universidad Católica

El Rector de la Universidad Católica era Monseñor Carlos Casanueva Opazo, y el Decano de la Facultad de Medicina (1939-1946) el brillante oftalmólogo y profesor de Anatomía, Dr. Cristóbal Espíldora Luque.

Aspectos históricos de la Escuela de Medicina: docentes y alumnos

En la década del 30, la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile se caracterizaba por:

- Ser muy joven
- Tener carrera incompleta (1° y 2° años)
- Poseer cursos pequeños
- Contar con recursos materiales pobres
- Ser guiada por docentes pioneros
- Dependere de la U. de Chile: en los planes de estudios y en los exámenes anuales
- Ser sometida a comisiones examinadoras muy exigentes. Esta mayor exigencia en los estudios dio lugar a un grupo selecto de alumnos y por otro lado a un importante fracaso y migración estudiantil.

Docentes: El mandato hipocrático nos mueve a expresar nuestra profunda gratitud hacia todos los Maestros que participaron en nuestra formación.

Del *cuerpo docente de los médicos que celebran sus bodas de oro*, recordamos a los distinguidos profesores Cristóbal Espíldora Luque (Decano), Joaquín Luco Valenzuela (Director de Escuela), Monseñor Oscar Larson D. (Profesor de Moral Médica), Arturo Atria Ramírez, Roberto Barahona Silva, Fernán Díaz Bastidas, Erich Paul Heilmaier, Emilio Macuer Pérez, Héctor Croxatto Rezzio, Raúl Croxatto Rezzio, Rodolfo Rencoret Donoso, Ricardo Benavente Garcés, Luis Vargas Fernández, y muchos otros más.

Alumnos: evocamos con nostalgia la juventud idealista que inició su carrera médica en nuestra Escuela, en 1939. La nómina de los 43 alumnos admitidos para el primer año se presenta en la tabla N° 1.

De estos 43 iniciados:

- 24 obtuvieron el título profesional: cinco en 1946 (que son los que hoy festejamos), 16 después de 1943 y tres migraron precoz-

TABLA N° 1

Alumnos que ingresaron al primer año de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica en 1939

1. Acuña Méndez, Renato
2. **Altamirano Orrego, Mario**
3. Bardavid Anguita, David
4. Blanlot Meza, Angelmo
5. Caorsi Chouquer, Italo
6. Cuevas Rodríguez, Silfo
7. Camus Orrego, Sergio
8. De la Maza Casanueva, Francisco
9. **De Lerma López, Luis**
10. Deik Comandari, Santiago
11. Díaz Gidi, Carlos
12. Donoso Larraín, José Manuel
13. Elisondo Molina, Roberto
14. Givovic Mercier, Luis
15. Haiquel Eblen, Santiago
16. Hausen Fuenteseca, Carlos
17. Hermosilla Díaz, Humberto
18. Hertz Aracena, Manuel
19. Huerta Silva, Ruperto
20. Ibáñez Cesa, Ernesto
21. Jordán Subat, Jorge
22. Lagos Rojo, René
23. **Martínez Castro, Oscar**
24. Masot Bollo, Esteban
25. Muñoz Larrañaga, Roberto
26. Muñoz León, Arturo
27. Navarrete Torres, Engelberto
28. **Oyanedel Grebe, Abraham**
29. Pérez Flores, Jorge
30. Pérez Beach, Enrique
31. Reyes Piderit, Mario
32. Riesco Undurraga, Patricio
33. Silva Latorre, Francisco
34. Stockebrand Iglesias, Sergio
35. Stanke Werth, Erwin
36. Téllez Magaña, Juan
37. Tobar García, Héctor
38. Valdivia de la Sotta, Fernando
39. Villalobos Tapia, Arturo
40. Watkins Pirazzoli, Alberto
41. Winter Elizalde, Augusto
42. Yrarrázaval Larraín, Sergio
43. Zúñiga Ojeda, Gustavo

NOTA: Los nombres destacados en negro corresponden a médicos que se titularon en 1946.

- mente a la Universidad de Chile. De este grupo han fallecido seis colegas (25%).
- *once abandonaron la carrera de Medicina y se dedicaron a otras actividades y hay un grupo de*
- *ocho alumnos cuyo destino no ha sido posible averiguar.*

La *nómina de los cinco médicos ex alumnos de la U.C. titulados en 1946* está integrada por los Drs. Mario Altamirano Orrego (actualmente en Venezuela), Luis De Lerma López (actualmente en Estados Unidos), Oscar Martínez Castro, radicado en Chillán, que nos honra con su presencia junto al Dr. Abraham Oyanedel Grebe, radicado en Santiago. El quinto colega es el Dr. Engelberto Navarrete Torres, lamentablemente fallecido.

B. Médicos que cumplen 25 años de profesión

Aspectos históricos generales de la época

En la época en que estos jóvenes realizaban sus estudios de pregrado (1964-1971) la violencia internacional no se había acallado. La Humanidad aún estaba conmovida por el asesinato del Presidente John F. Kennedy, y pronto se inició una nueva guerra en Vietnam.

La Iglesia católica, encabezada por S.S. Juan Pablo VI y en un esfuerzo de actualizar su misión evangelizadora, ponía término al Concilio Ecuménico Vaticano II. En su época de estudiantes de Medicina, estos jóvenes fueron testigos de alucinantes avances tecnológicos, como la hazaña espacial de la llegada del hombre a la luna y la realización de los primeros trasplantes cardíacos.

En Chile, durante la Presidencia de don Eduardo Frei Montalva, se vivía una época de cambios proclamada como "revolución en libertad", la cual se desarrolló en medio de gran efervescencia política. Fue la época en que se iniciaron las llamadas "tomas". En este período hubo logros importantes, pero también apremios económicos derivados de la inflación, pero lo más grave fue el deterioro de las relaciones humanas, por el fomento del odio, de las luchas de clases y del caos promovidos por grupos extremistas, que inducían a la incertidumbre y a la desconfianza.

Aspectos históricos de la Universidad Católica

Esta situación penetró en todas las universidades, incluso en la nuestra. Se inició un desordenado proceso de reforma, que las mantuvo en la anarquía, ya que todos los partidos intervinieron guiados por sus intereses políticos y doctrinarios. En esa época regía los destinos de la Iglesia chilena el Cardenal don Raúl Silva Henríquez. El Rector de la Universidad Católica era Monseñor Alfredo Silva Santiago, sacerdote talentoso, gran organizador e impulsor del desa-

rollo institucional, quien por una maniobra política fue forzado a renunciar, lo que hizo con dignidad. Fue sustituido por el arquitecto Prof. Fernando Castillo Velasco. Siguió las protestas estudiantiles, los actos de violencia, las tomas de las Iglesias, aparecieron los "cristianos para el socialismo", etc.

Aspectos históricos de la Escuela de Medicina

En este difícil período histórico ocuparon sucesivamente el *Decanato de nuestra Facultad de Medicina* los profesores Fernando García-Huidobro Toro, Roberto Barahona Silva, Juan de Dios Vial Correa, Juan Ignacio Monge Espiñeira y Hugo Salvestrini Ricci. La *Dirección de la Escuela* estaba a cargo de los Drs. Fernán Díaz Bastidas y Salvador Vial Urrejola.

En la década del 60 nuestra Escuela de Medicina se caracterizaba por:

- tener estudios completos (7 años)
- otorgar el título de Licenciado en Medicina (desde 1955), sin exigir tesis de licenciatura
- admitir mayor número de alumnos (en 1963 se duplicó la matrícula). Esto dio origen a la creación de Unidades Docentes Asociadas (UDAs), de las cuales destacamos el Hospital Dr. Sótero del Río y a sus docentes (se muestran imágenes de los Drs. Juan Pefaur y Raúl Ramírez)
- prescindir del examen de grado (1969), manteniéndose los exámenes de las cuatro disciplinas básicas ante comisiones examinadoras designadas por la U. de Chile
- obtener el título de médico-cirujano a través de la Universidad de Chile
- afrontar la grave crisis universitaria de 1967.

Docentes: Dentro de los numerosos profesores de esta generación de médicos recordamos a los Drs. Jaime Alvarez M., Antonio Arteaga L., Pablo Casanegra P., Martín Etchart K., Juan Fortune H., Arturo Jarpa G., Gabriel Letelier L. (†), Alberto Lucchini A. (†), Jorge Méndez S., Julio Meneghello, Max Müller V., Juan R. Olivares A., Ramón Ortúzar E., Alfredo Pérez S., Carlos Quintana V., Santiago Raddatz E., Armando Roa, Aníbal Rodríguez V., Manuel Rodríguez, Hugo Salvestrini R., Pedro Schüler (†), Pablo Thomsen y Vicente Valdivieso D.

El reencuentro con el espíritu de nuestros pioneros y abnegados servidores nos alienta a reafirmar nuestra identidad y a fortalecer y proyectar con entusiasmo nuestra Institución hacia el futuro.

Alumnos. La nómina de los médicos que realizaron sus estudios en la Escuela de Medicina de nuestra Universidad (1964-1970) y que se titularon en 1971, se muestra en la tabla N° 2. Al ver las imágenes de estos jóvenes recordamos con emoción aquellos versos del himno de los estudiantes americanos compuestos por el poeta peruano José Gálvez:

*Juventud, juventud torbellino,
soplo eterno de eterna ilusión;
fulge el sol en el largo camino,
que ha nacido la nueva canción*

*Sobre el viejo pasado soñemos
y en sus ruinas hagamos jardín
y marchando al futuro cantemos,
que a lo lejos resuena un clarín*

C. Reencuentro con el Espíritu de Nuestra Alma Mater

El origen, el espíritu y los objetivos de la Universidad Católica están expresados en la Constitución Apostólica de S.S. Juan Pablo II *Ex Corde-Ecclesiae*.

Este espíritu universitario, proyectado al área médica, dio lugar a la fundación de nuestra Facultad de Medicina y Farmacia el 17 de junio de 1929. No es casualidad que esto haya ocurrido en esa fecha. Seguramente su Rector la hizo coincidir con la semana del Sagrado Corazón, patrono de nuestra Universidad, para enfatizar que *el Amor de Cristo debe imperar en nuestra Escuela y mover el espíritu de nuestros médicos*. Esto ocurrió hace dos tercios de siglo, en una época no exenta de grandes dificultades de toda naturaleza, entre otras, la gran depresión económica mundial. La fecha memorable del 17 de junio la reconocemos como el día de nuestra Facultad de Medicina.

El recuerdo de Monseñor Carlos Casanueva, a la sazón Rector de la Universidad, es indisoluble con esta efeméride. El es el entusiasta promotor y perseverante artífice de esta gran idea. El concibió esta Facultad como formadora de médicos de ciencia y de conciencia cristiana. En su modesta figura y su voz quebrantada, pero no por ello menos inspirada, se ocultaba una gigantesca potencia espiritual ... su mensaje transparente debe seguir resonando en nuestras aulas, y haciéndose carne en todos los lugares donde ejerzan nuestros ex alumnos, hasta el fin de los tiempos.

TABLA N° 2

Médicos que realizaron sus estudios en la Universidad Católica y que se titularon en 1971

1. Albarrán Díaz, Victoria
2. Avdaloff Valencia, Walter
3. Avilés Lambie, Guillermo
4. Baeza Baeza, Mario Ramón
5. Berroeta Fernández, Jorge
6. Blanco Martínez, Enrique Faustino
7. Castillo González, Rafael
8. Celis Cofré, Luis Arturo (fallecido)
9. Celume Sacaan, Julio Eduardo
10. Coppo Cerda, Mario Eugenio
11. Cornejo De Luigi, Mónica
12. Cubillos Mahana, Pedro Alfredo
13. Charlín Edwards, Raimundo
14. Chuaqui Jahiatt, Iris Jacqueline
15. Danitz Pacheco, José Ramón
16. De la Fuente Ballesteros, José
17. Donoso González, José Manuel
18. Droguett Lazo, Marcelo
19. Duclós Hertzner, Jaime
20. Echeverría Bunster, Carlos Ignacio
21. Felmer Aichele, Antonio Roberto
22. Fernández Acosta, Manuel
23. Finkelstein Morral, Felipe
24. Gómez Serey, Víctor Lyonel
25. González Martín, María del Pilar
26. González Munizaga, Ramón
27. Guerra Caldera, Carlos Alejandro
28. Hitschfeld Luckeheid, Eduardo Fernando
29. Huerta Díaz, Héctor
30. Iribarra Grez, Luis Alberto
31. Maíz Gurruchaga, Alberto
32. Montes Ariztía, Alfonso
33. Mújica Soto, Patricio
34. Muñoz Rohart, Mario Gastón
35. Osorio Molinski, Christian Alberto
36. Oto Larios, María Angélica
37. Paulos Arenas, Jaime Fernando
38. Pefaur Despouy, Hernán Andrés
39. Pefaur Despouy, Raúl Miguel
40. Rademacher Figueroa, Pedro
31. Rojas Valencia, José Luis
42. Saavedra Opazo, Rolando Enrique
43. Sáez Pinochet, Luis Rafael
44. Saldes Ebensperger, María Isabel
45. Sandoval Álvarez, Luis Javier
46. Schapiro Reizin, Salo
47. Scheggia Oteiza, Angel
48. Simpfendorfer Witting, Conrad
49. Tagle Madrid, Patricio
50. Undurruga Herrera, José Pablo
51. Vaillant Rosas, Guillermo
52. Videla Briceño, Mario
53. Zainudio Araneda, Eduardo Alberto

D. Reencuentro con nosotros mismos

Al terminar mi intervención deseo destacar tres puntos esenciales, relacionados con nuestra condición humana y médica:

- A. Nuestra profesión es por sobre todo una vocación de servicio. En la Medicina el personaje central es el hombre, sano o enfermo. *Todo el equipo de salud, toda la tecnología, toda la organización administrativa y todas las nuevas instancias que aparezcan, deben estar orientadas al mejor servicio de este personaje.*
- B. La humildad es una virtud esencial e intrínseca a la condición de cristiano. Nos la predicó Jesús con elocuencia, a través de su ejemplo, desde su nacimiento hasta su muerte en la cruz. Por ello, la soberbia, que es su antítesis, es el pecado original.
- C. El tercero y último punto es ensalzar la importancia de la unidad:
 - unidad en nuestra vida como cristianos
 - unidad en nuestra vida como médicos
 - unidad en nuestro pensamiento, con la palabra y con nuestras obras
 - unidad con nuestros condiscípulos y colegas, vivos y difuntos. Aquellos que han fallecido los recordamos aquí y luego lo haremos en la Santa Misa pidiendo por el eterno descanso de sus almas: *"dales, Señor, el descanso eterno y brille para ellos la luz perpetua"*.
 - el llamado a la unidad es urgente; lo encontramos en la Encíclica de S.S. Pablo II: *"Ut unum sint"*, inspirada en el Evangelio de San Juan (17: 21): "Que todos sean uno, como Tú, Padre, estás en mí y yo en Ti".

Que el servicio generoso y caritativo a los que sufren, ejercido con humildad, sea un vivo testimonio de nuestra fe cristiana. Dignifiquemos nuestras vidas uniéndonos férreamente en torno a estos ideales y afrontando todos los desafíos históricos del presente y del futuro.

El juramento médico que habéis recibido lleva implícito este mensaje y nuestra revista "Educación Médica U.C.", que también se os ha entregado, tiene el propósito de actualizar y reforzar dicho mensaje.

Queridos amigos, hagámonos partícipes y tengamos el coraje de vivir y de transmitir a las nuevas generaciones los valores espirituales intransables, que animan a nuestra *Alma Mater*.
Un abrazo para todos. Muchas gracias.

Discurso del Dr. Oscar Martínez en representación de los médicos que cumplen cincuenta años de ejercicio profesional



Inició sus estudios en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (1939). Título de Médico-Cirujano en la U. de Chile (1946). Profesor Encargado de Curso en la Cátedra de Cirugía del Prof. Dr. Alfredo Velasco S. Se especializó en Ortopedia y Traumatología. Fue Director del Hospital Regional de Chillán. Socio fundador y ex Presidente de la Sociedad Médica de Nuble. Médico Honorario de los Servicios de Salud de Chile (1995).

Señor Decano de la Facultad de Medicina, estimados colegas, señoras y señores:

Se ha dicho que recordar es privilegio de las personas que han vivido muchos años, y usando de este privilegio, quiero pedirles me acompañéis en el recorrido por un pasado lleno de gratas vivencias.

Es con profunda emoción que he llegado a este estrado y recordar. Parece que sólo fue ayer cuando, en compañía de mi madre, llegamos hasta las puertas de esta Universidad, las que al abrirse me dieron la posibilidad de iniciar la marcha hacia el futuro, del cual ya he recorrido 50 años. Las ilusiones de aquellos primeros días

se convirtieron en luminosas realidades, que hoy es grato revivir.

La Escuela de Medicina de entonces desarrollaba sus funciones en un edificio de dos pisos que ocupaba el patio de la Casa Central, con frente a la calle Marcoleta. En el extremo occidental vimos, más tarde, levantarse la construcción del actual Hospital Clínico de la Universidad Católica, que posibilitaría la extensión y crecimiento de la Escuela de Medicina. En aquella época sólo contaba con los dos primeros cursos, que fue el comienzo de una labor docente proyectada con orgullo hasta nuestros días.

Llegamos los alumnos hasta la sala auditorio del segundo piso, donde se desarrollaba la cátedra de Biología. Empezamos a conocernos un grupo de jóvenes llegados de diversas regiones del país, llenos de inquietudes, rebosando de similares ilusiones, que no siempre el tiempo se encargaría de convertir en realidades. Mientras el severo profesor Barahona exponía los enjundiosos conceptos de Biología humana básica, muchos de nosotros encendíamos cigarrillos, como si confirmáramos con ello nuestra calidad de universitarios, práctica que se prolongó hasta que el profesor Albertz, en su castellano agringado, nos advirtió en clase de Histología que él no fumaba en clase y que debíamos respetarnos mutuamente. Al término del segundo año continuamos nuestros estudios en el tercer curso de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile.

Algunos de nosotros prolongamos nuestros contactos con la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, postulando y obteniendo el cargo de Ayudantes del profesor Ossandón, entonces profesor de Cátedra en segundo año.

Seguimos colaborando en las actividades docentes durante varios años, siendo designado Jefe de Trabajos Prácticos en el Laboratorio de Histología, por donde pasaron alumnos que más tarde, después de una brillante trayectoria profesional, ocuparían altos cargos docentes y administrativos en la Escuela y en la Universidad. Desempeñé estas funciones hasta el Internado de Cirugía, donde ya había definido mi vocación futura en el campo quirúrgico, completando mi formación profesional en la Cátedra de Cirugía del profesor Velasco Sanfuentes en el Hospital San Vicente, más tarde José Joaquín Aguirre.

En noviembre de 1946 obtuve mi título profesional. Contraí matrimonio el 14 de octubre de 1949 con Matilde, con quien cumpliremos 47 años de feliz unión.

Completaron nuestro hogar tres hijos varones, que hoy constituyen nuestro legítimo orgullo. Oscar, el mayor, profesor de Educación Física, hoy radicado en Venezuela; Claudio, arquitecto, actual Director Nacional de Gendarmería, y Fernando, médico, que labora en el Servicio de Cirugía Infantil y Ortopedia del Hospital Herminda Martín, de Chillán, y Jefe de

Unidad de Desarrollo Organizacional del Servicio de Salud Ñuble.

En 1956 nos trasladamos a Chillán, ingresando al Hospital Herminda Martín en el Servicio de Cirugía.

En 1961 viajé a Estados Unidos, donde pude apreciar los adelantos realizados en Traumatología. Ingresé al Servicio de Urgencia, desde donde inicié el trabajo por la creación de una Posta de Urgencia, un Servicio de Cirugía Infantil y por un Servicio de Traumatología. Todos estos Servicios fueron creados; la Posta de Urgencia en el año 1986, la cual, a petición del Colegio Médico local, lleva mi nombre.

Fui designado por la Universidad de Concepción Profesor Auxiliar de Traumatología, a nivel Internado del Hospital de Chillán, de los alumnos de esa Universidad, Escuela de Medicina.

Se puso término a mi vida profesional por problemas cardíacos, de los que salí con éxito, gracias a la esmerada atención recibida del Dr. Manuel José Irrázaval Llona, en este mismo Hospital Clínico de la Universidad Católica, donde hace 50 años me había iniciado como alumno de Medicina. Extrañas circunstancias que han constituido hitos importantes en mi vida.

El 3 de octubre de 1995 el Ministerio de Salud me concedió el honor de designarme Médico Honorario de los Servicios de Salud, por los trabajos realizados en beneficio de los pobres y campesinos de esa Región.

Hoy, después de 50 años de labor profesional, acuden a mi mente las imágenes de algunos de mis compañeros. Llegan con nitidez el recuerdo de los profesores: Dr. Héctor Croxatto, que nos descubrió el funcionamiento secreto del organismo; el Dr. Joaquín Luco, con su permanente inquietud de investigador inquieto; el profesor Espíldora Luque, que nos descubría los secretos de la estructura del cuerpo humano en sus brillantes clases de Anatomía. Ellos con su bonhomía marcaron un sello indeleble en mi espíritu.

Me sentí muy orgulloso cuando ellos recibieron distinciones nacionales e internacionales.

En mi nombre y en el de mi familia, agradezco la oportunidad que se me ha dado de hacer bellos recuerdos de este transitar por la vida. Estimo, en todo su valor, el homenaje recibido.

Discurso del Dr. Carlos Ignacio Echeverría en representación de los médicos que cumplen veinticinco años de ejercicio profesional



Estudios médicos en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Título de Médico Cirujano en la U. de Chile, 1971. Actual Director del Hospital Naval "Almirante Nef" de Viña del Mar.

Nos encontramos reunidos hoy en el Salón de Honor de nuestra Alma Mater, la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el marco del Segundo Encuentro de Médicos que cumplen bodas de oro y plata de ejercicio profesional.

Me ha tocado el honor de dirigirme a ustedes, en representación de mis colegas, compañeros y amigos que cumplimos 25 años en la profesión médica.

¡Cuántos recuerdos se vienen a la mente en este momento! Con su llegada, justo es mirar hacia atrás, para luego reflexionar sobre nuestras circunstancias primero como estudiantes y,

posteriormente, como profesionales provenientes de esta casa de estudios.

Larga es la distancia recorrida desde que hace 32 años entráramos por vez primera a los patios de esta Universidad en calidad de estudiantes de su Facultad de Medicina. Se abría ante nosotros un mundo nuevo y lleno de desafíos. Veníamos premunidos de nuestro entusiasmo, un romántico deseo de servir a los demás y la curiosidad propia de quienes pretenden adentrarse en la ciencia. De aquí en adelante la buena disposición y el propio esfuerzo, moldeado por nuestros profesores, sería la herramienta básica para desarrollarnos en la iniciación a la Medicina.

Pero la Universidad que nos acogía no sólo ofrecía la carrera de Medicina. Por el contrario, un rico ambiente de intelectualidad y de acceso al conocimiento universal se abría ante nuestras mentes. La oportunidad de convivir con estudiantes de otras carreras, lo lúdico en las Semanas Universitarias y el deporte, la posibilidad de acceder a las clases y conferencias de distinguidos personajes como el profesor Hernández en el Instituto de Filosofía, el profesor Jaime Eyzaguirre en la Escuela de Leyes, la intensa actividad musical del Instituto de Música, son muestras de una enseñanza integradora que, bajo el concepto de Universidad Católica, sirvió plenamente a nuestro desarrollo integral como seres humanos, universitarios y, al final, médicos.

Hemos vivido una época llena de asuntos del más excitante interés. La reforma universitaria, sistemas políticos del más diverso signo, en el ámbito de lo nacional; la conquista del espacio exterior y la revolución de la Informática y las comunicaciones a nivel mundial, para sólo poner algunos ejemplos. La propia Medicina ha cambiado de manera fundamental. El perfil epidemiológico de los años 70 se parece muy poco a la situación actual de nuestro país, a la vez que la tecnología que acompaña a nuestra digna profesión ha cambiado también de modo sustantivo. Junto con ello han aparecido otros problemas, como aquéllos relacionados con el aumento del costo de la atención médica, no siempre en relación lineal con una mayor efectividad, como asimismo los diversos dilemas éticos que se plantean hoy, fruto de un caudal de conocimientos que permite insospechadas acciones sobre la vida humana y que merecen, sin duda, una atención preferente de todos aquellos que actualmente servimos como médicos en diversas instituciones u organizaciones sociales.

En un país en que la mortalidad infantil ha bajado de 109/1.000 en 1960 a menos de 17/1.000 en 1990 (bastante bueno si comparamos con el promedio de América Latina, 55/1.000), donde la prevalencia de mal nutrición severa y moderada es inferior al 1% de los niños bajo 6 años de edad, donde la mortalidad materna ha disminuido de 30/10.000 nacidos vivos en 1960 a 4/10.000 nacidos vivos en 1990, donde la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 58 años a 72 años para el período ya aludido; los médicos y otros miembros del equipo de salud nos sentimos, con justicia, orgullosos de la labor realizada, a la vez que nos preguntamos —ahora como ex alumnos de la Escuela de Medicina de la U.C.—: ¿pudimos enfrentar bien

nuestra realidad pasada?, ¿estamos preparados para hacer frente a los desafíos que nos depara el futuro?

Miremos hacia atrás. Jóvenes e inexpertos entramos a esta Escuela de Medicina. Nunca olvidaremos nuestra sorpresa, y a veces confusión inicial, frente a la exposición de los complejos problemas biológicos que nos presentaron en nuestro primer año. La gran contribución a nuestra formación básica, representada por la observación de los componentes morfológicos del hombre, que pasó de quien solamente "veía núcleos" en una preparación histológica, a estudiantes capacitados para mirar y ver. ¡Cuánto aprendimos del método científico durante nuestros ramos básicos! Incluso sin dejar de lado la necesaria dimensión humana, recordamos así al profesor Luco recitar a García Lorca en la oreja de un gato, preparado para mostrar la función auditiva. Cómo olvidar nuestras angustias en Anatomía Patológica, donde el Dr. Roberto Barahona no negaba que habíamos estudiado, solamente ponía en duda que tal estudio nos hubiera servido para algo. Efectivamente nos sirvió, quedó indeleblemente marcado en nosotros el apego a la perfección, al buen hacer, a la búsqueda de la verdad, tratando de llegar hasta la causa primera. Cuánto valoramos posteriormente la utilidad de esta enseñanza severa, que nos introdujo a la ciencia, siempre poniendo el acento en lo metodológico, en aquello que nos capacitaría definitivamente para hacer de nosotros personas aptas para continuar construyendo un camino de progreso y perfeccionamiento. Con este bagaje aterrizamos en el mundo de la clínica. Pasamos del laboratorio y el animal de experimentación al contacto diario con seres humanos. ¡Cómo se preocuparon de formarnos en los cursos de Semiología y los básicos de Medicina y Cirugía! Atención individual al estudiante, permanente estímulo para desarrollar las habilidades necesarias para un buen diagnóstico y la planificación de una terapéutica apropiada. Pero, lo más importante, fue el acento puesto en el respeto a la dignidad del paciente, ser humano, creado a imagen y semejanza de Dios, de donde emana su condición única y que siempre debía ser la luz principal de nuestras relaciones profesionales. Creo que este punto, necesariamente querido al buen médico, fue el pilar de nuestra enseñanza clínica. No sólo se nos educó con palabras y textos, el ejemplo personal fue un elemento de capital importancia.

Por todo lo anteriormente dicho, tengo que concluir que sí estábamos preparados para enfrentar el mundo profesional al que comenza-

mos a pertenecer, de derecho, hace 25 años. Por lo mismo, en nombre de todos mis compañeros de carrera, rindo un homenaje profundo y sentido a todos quienes contribuyeron con su esfuerzo a nuestra formación profesional. No puedo nombrarlos a todos, porque la lista es larga, la memoria a veces es frágil y no quiero correr el riesgo de dejar injustamente a alguien fuera, pero deseo dejar en claro que para todos ellos guardamos un especial afecto y reconocimiento. No olvidamos su participación en ser lo que hoy somos.

Hay otras dos características de nuestra Escuela de Medicina que no quiero dejar de comentar. La primera de ellas es el estar siempre pendientes de un alto nivel de calidad en el trabajo que se hace. No por un mero afán de figuración o autogratificación orgullosa, sino por un genuino sentido del deber, para con la Escuela, la Universidad y los pacientes objeto de nuestros cuidados. Es esta una característica que la Escuela ha tratado, y creo que logrado, imprimir –en general– a sus estudiantes. Hay un “estilo U.C.”, que nos llevamos dondequiera que desempeñemos nuestro trabajo. Recuerdo, hace muchos años, que esto era motivo de mofa en algunos medios profesionales, “los niños de la U.C.”. El tiempo ha demostrado que este estilo, basado en una genuina entrega al servicio del hombre y al cumplir con el necesario perfeccionamiento profesional, con sentido cristiano, ha dado sus sólidos frutos, que hoy están a la vista en la trayectoria de esta Facultad de Medicina.

La otra característica es el formar parte de una especie de familia. Desde que saliéramos de aquí, muchos hemos recurrido –por diversas causas– a nuestra Escuela. Siempre hemos encontrado apoyo y estímulo, lo que nos ha permitido contar con la desinteresada colaboración de muchos docentes para resolver problemas clínicos específicos, desarrollar actividades de tipo científico o diseñar programas de formación de mayor alcance, que permitan extender la acción de esta Escuela de Medicina a lugares apartados de la misma.

Por tanto, debo concluir, además, que se nos han dado los elementos necesarios para crecer en la Medicina, para enfrentar apropiadamente los nuevos horizontes, para poder plantear soluciones deseables y factibles a los problemas actuales del hombre enfermo. Ciertamente, creo que el acento educativo puesto en la formación personal, en los valores y respeto a los principios básicos, puso a nuestra disposición una actitud y un método que nos permitirán, con la ayuda de Dios, manejar nuestras condiciones actuales y futuras, constituyendo así valiosos elementos de la sociedad, a través del servicio desinteresado al ser humano. Cumpliremos así lo establecido por el Cardenal F. Angelini¹, Dr. H. C. de esta Universidad y presidente del Consejo Pontificio de la Pastoral para los Agentes Sanitarios: “El continuo progreso de la Medicina requiere de parte del agente de la salud una seria *preparación y formación continua*, para mantener, también mediante estudio personal, la exigida competencia y el debido prestigio profesional”.

En resumen, me declaro orgulloso y agradecido ex alumno de la Escuela de Medicina U.C. Pienso que se nos entregaron las herramientas para poder hacer frente con éxito a los desafíos de la vida profesional y espero cumplir, junto a mis colegas, el tiempo necesario para que nos sigamos desempeñando de un modo productivo en el campo de la Medicina y, en 25 años más, celebrar aquí mismo nuestras bodas de oro como médicos-cirujanos, a la vez que congratular a quienes corresponda por el continuo éxito y progreso de nuestra Escuela de Medicina, la que, esperamos, continuará marcando un hito significativo en la investigación y educación médica de Chile.

Gracias a esta Universidad, gracias a nuestros maestros y también gracias a todos aquellos que, desde los más diversos puestos del quehacer administrativo o de otro tipo, hicieron posible que hoy estemos celebrando los 25 años de ejercicio profesional.

¹ Fiorenzo Car. Angelini, Carta de los Agentes de la Salud, Consejo Pontificio de la Pastoral para los Agentes de la Salud, Ed. Palabra, Madrid, 1995.



PROMOCION MEDICA U.C. 1964-1971

Primera fila, abajo: Luis R. Sáez P., Raúl Pefaur D., Antonio Felmer A., Marto Videla B., Pedro Cubillos M., Marcelo Droguett L., Jorge Berroeta F. y José Pablo Undurraga H.
Sentadas: María del Pilar González M., M. Isabel Saldes E., Mónica Cornejo De L. y Victoria Albarrán D.

Tercera fila, de pie: Salo Schapiro R., Patricio Tagle M., Eduardo Zamudio A., Hernán Pefaur D., Jaime Paulos A., Ramón González M., Ramón González M., Lyonel Gómez S., Carlos A. Guerra C., Pedro Rademacher F., Christian Osorio M., Luis A. Iribarra G., Alberto Maiz G., J. Eduardo Celume S., Ramón Baeza B., Jaime Duclos H., Carlos Ignacio Echeverría B., Patricio Mujica S., José de la Fuente B., Luis Arturo Celis C., Felipe Finkelstein M., Rolando E. Saavedra O. y Walter Avdaloff V.

Cuarta fila, de pie: Héctor Huerta D., Ramón Dantiz P. y Luis I. Sandoval A.

Tercer encuentro de médicos ex alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que cumplen bodas de oro y de plata, y primer encuentro de médicos que cumplen bodas de diamante de ejercicio profesional

Salón de Honor, Casa Central,
sábado 14 de junio de 1997

Palabras de bienvenida del Dr. Ricardo Ferretti D.

Desde hace tres años, en esta fecha, celebramos a nuestros ex alumnos médicos que cumplen 25 y 50 años de ejercicio profesional y, en esta ocasión por primera vez, a los que cumplen 60 años al servicio de la Medicina. Es ya una tradición de nuestra Escuela, que se siente orgullosa de contar con egresados que durante su vida profesional han realizado una abnegada labor con gran espíritu de servicio.

Los que hoy cumplen 25 años están, sin duda, en el mejor período de su vida, seguramente con una familia formada, profesionalmente establecidos, con profundos conoci-

mientos, un bien ganado prestigio, una clara visión de futuro y un gran potencial de desarrollo.

Aquellos que cumplen 50 y 60 años pueden mirar con legítimo orgullo la magnitud de la tarea realizada. Son poseedores de una rica experiencia y una gran sabiduría, que los ha constituido en maestros y formadores de las nuevas generaciones.

La Facultad de Medicina se siente afortunada de haber sido elegida por sus egresados para realizar su formación y siente que los valores y principios que la inspiran, han sido efectivamente incorporados en sus ex alumnos, confi-

riéndoles una impronta características que los distingue.

Es esta una magnífica oportunidad para informarles que la **Corporación de Ex Alumnos de la Escuela de Medicina** ya ha sido legalmente constituida y su directorio provisional está trabajando con gran entusiasmo en su de-

sarrollo. Queremos que todos los ex alumnos participen en el quehacer de la Escuela que los formó. Por lo tanto, están todos ustedes invitados a incorporarse a esta nueva organización y, a través de ella, seguir siempre presentes y activos en nuestra querida Universidad Católica.



CORPORACION de EX ALUMNOS
Escuela de Medicina / Pontificia Universidad Católica de Chile

Organización con Personalidad Jurídica, creada por Decreto Supremo Nº 757 del 29 de Julio de 1996.

“Desde largo tiempo se hacía sentir la necesidad de institucionalizar la vinculación entre los ex alumnos y su Alma Mater, que permitiera prolongar en el tiempo y con mutuo beneficio la interacción entre ambas partes”.

“La Corporación es una entidad privada sin fines de lucro, cuya finalidad es el perfeccionamiento de sus miembros en su ámbito profesional y la colaboración con las tareas de docencia, investigación, asistencia y extensión de la Escuela de Medicina”.

(Dr. Juan Ignacio Monge E., Presidente Directorio Provisional)

Introducción histórica al encuentro, por el Dr. Lorenzo Cubillos O.



Presiden el acto académico el Vice Gran Canciller de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Pbro. Sr. Eliseo Escudero; el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Pedro Rosso R.; el Director de Extensión de la Facultad, Dr. Ricardo Ferretti D.; el Director del Centro de Documentación e Investigación Histórica, Dr. Lorenzo Cubillos O. y representantes de los médicos que cumplen 60, 50 y 25 años de ejercicio profesional, Drs. Luis Vargas F., Pablo Atria R. y Jorge Dagnino S., respectivamente.

Distinguidas autoridades universitarias, apreciados colegas y amigos:

Como introducción a este hermoso reencuentro con nuestra *Alma Mater*, los invito a rezar juntos la invocación al Espíritu Santo, que es la oración oficial de nuestra Universidad. *Todos los asistentes se ponen de pie y rezan juntos la Invocación al Espíritu Santo.*

Esta solemne reunión que tiene un profundo sentido histórico y humanista apunta a los siguientes objetivos:

- a. reactivar el espíritu de familia y de camaradería entre todos los egresados de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- b. revitalizar y actualizar, en cada uno de nosotros, el *leitmotiv* humanista cristiano con que se creó esta Escuela.
- c. en una perspectiva histórica, transmitir a las nuevas generaciones, especialmente a través del ejemplo, los valores cristianos intransables que animan a nuestra *Alma Mater*.

Esta Escuela de Medicina puede mostrar a sus ex alumnos con el mismo sano orgullo que lo hizo esa noble dama romana, Cornelia, madre

de los Graco, cuando se le pidió que enseñara sus joyas. Ella presentó a sus hijos, diciendo: "estas son mis joyas". Pues bien, queridos ex alumnos, ustedes son las joyas espirituales de esta Escuela, representadas por tres generaciones que cumplen 60, 50 y 25 años de titulación médica, vale decir, bodas de diamante, de oro y de plata de abnegado servicio profesional.

Junto con crearse la Dirección de Extensión y el Centro de Documentación e Investigación Histórica de esta Facultad, surgió como tarea prioritaria e inmediata iniciar *Reencuentros* con todos los ex alumnos de esta Escuela de Medicina. Una reunión masiva con más de dos mil personas excede nuestras posibilidades actuales; por eso elegimos la estrategia de generar encuentros, primero con dos promociones, seleccionando las que cumplen 50 y 25 años de ejercicio profesional. Así nacieron los eventos de Oro y Plata de 1995 y 1996. Este año, por primera vez, se agregan los ex alumnos que ingresaron en 1930, que constituye el curso fundacional y que ahora cumplen 60 años de profesión. Deseamos institucionalizar este esquema jubilar de tres promociones y repetirlo cada año, para revitalizar progresivamente el contacto con nuestra *Alma Mater*.

La médula de este reencuentro tiene que ver con nuestra historia, con el espíritu de nuestra Universidad y con nosotros mismos.

REENCUEENTROS

La vida de la comunidad académica presente ha transcurrido durante el febril acontecer del complejo mundo contemporáneo. En particular, todos hemos sido testigos de los enormes y deslumbrantes cambios que ha experimentado la Medicina en la segunda mitad de este siglo y que se han pronunciado en sus postrimerías.

Con el fin de ordenar esta presentación, me referiré a los aspectos históricos generales de la época a los que atañen a la Universidad Católica y a los de nuestra Escuela de Medicina, proyectados a los tres grupos de ex alumnos que festejamos. Estos aspectos se resumen en la Tabla N° 1.

A. MEDICOS QUE CUMPLEN 60 AÑOS DE PROFESION. (CURSO PIONERO)

Aspectos históricos generales de la época. Nuestra Escuela nació en momentos históricos muy adversos, marcados por la gran depresión económica mundial, que afectó nuestro país.

Chile era gobernado por el General Carlos Ibáñez del Campo, en un ambiente de efervescencia política creciente, que lo obligó a renunciar, siendo sucedido por una rotativa de presidentes, clara expresión de la crisis, que se pudo controlar al subir al poder don Arturo Alessandri, en 1933. Fue la época del cierre de las salitreras y de una gran cesantía, huelgas y a la cual se agregó la epidemia de tifus exantemático. En ese tiempo se fortalecieron las dictaduras y ambiciones imperialistas en Alemania, Italia y Japón, que más tarde condujeron a la Segunda Guerra Mundial. En 1936 se desató la cruenta Guerra Civil Española. Este fue el telón de fondo bélico del curso pionero de nuestra Escuela de Medicina.

Aspectos históricos de la Universidad Católica. Nuestra Escuela de Medicina surgió como una respuesta a la formación laica, en general apartada de los valores cristianos, que impartía la Universidad estatal. Justamente profesores católicos de esa Universidad apoyaron decididamente la gran empresa que maduraba por largos años Monseñor Casanueva. A fines de la década del '20 se dieron providencialmente varias circunstancias propicias:

- a) la disposición del Presidente Ibáñez para respaldar legalmente a las universidades privadas y facilitar la creación de la Facultad de Medicina de esta Universidad.
- b) la donación de \$ 2.000.000.- (dos millones de pesos) de la Fundación Mercedes Fernández de Yrarrázaval para iniciar la construcción de la nueva Escuela, y
- c) el decidido apoyo que el Arzobispo de Santiago, Monseñor Crescente Errázuriz, dio a esta iniciativa.

La nueva Escuela nació entre dos corrientes opuestas: por un lado el entusiasmo inigualable y la mística cristiana de don Carlos y sus asesores; por otro, el escepticismo, la actitud crítica negativa y más de alguna vez adversa y prepotente, que no disimularon algunos docentes de la Universidad estatal.

Aspectos históricos de la Escuela de Medicina: docentes y alumnos

Docentes. Frente al enorme desafío que planteaba la situación descrita, la nueva Escuela tenía que ser de excelencia. Por eso se contrataron profesores de Biología, de Física y de Fisiología de afamadas universidades europeas, como fueron el Padre Benedictino Gilberto Rahm

TABLA N° 1

Tres Generaciones Médicas U.C. (1930-1972)
Cuadro General (14.6.1997)

<i>Características</i>	<i>Curso 1930-37 (60 años Med.-Cir.)</i>	<i>Curso 1940-47 (50 años Med.-Cir.)</i>	<i>Curso 1965-72 (25 años Med.-Cir.)</i>
A. Generales de la época	Depresión Económica Mundial Crisis política en Chile	Segunda Guerra Mundial. Receso económico repercute en Chile	"Guerra Fría". Grandes avances tecnológicos. "Revolución en Libertad". Nueva crisis política
B. De Universidad Católica	U.C. se erige como Pontificia (1930) Rector: Mons. C. Casanueva Opazo	Crece paulatinamente. Rector: Mons. C. Casanueva Opazo	Crecimiento importante. Crisis universitaria. Rectores: Mons. A. Silva Santiago y F. Castillo Velasco
C. Facultad de Medicina	Primer Curso de Esc. de Medicina. (1°-2° años)	Inicio enseñanza clínica en nuevo Hospital (3° y 4° años)	Duplicación de alumnado. Aparecen "Udas": Hosp. Dr. Sotero del Rfo, etc.
• Docentes	Fundadores: Profesores extranjeros y de U. de Chile, comprometidos	Se agregan ramos clínicos, algunas especialidades y profesores corresp.	Aumenta N° docentes. La mayoría ex alumnos U.C.
• Alumnos	Son pioneros. Muy exigidos en estudios. Se titulan 38: 20, en 1937. Fallecidos 26 (68,4%) a la fecha	Llegan primeros internos al Hospital Clínico U.C. Se titulan 24: 14 en 1947. Fallecidos 11 (46%) a la fecha	Licenciados en Medicina U.C.: 45 Título de Médico-Cirujano lo otorga la Universidad de Chile

y los Profesores Augusto Gremaud y Jaime Pi-Suñer, respectivamente. La Cátedra de Anatomía estuvo a cargo nada menos que de un ex Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el Prof. Dr. Roberto Aguirre Luco, quien por razones políticas se incorporó a nuestro plantel, trayendo a sus ayudantes, dentro de los cuales se destacó desde el comienzo el Dr. Rodolfo Rencoret Donoso.

De los Profesores "importados" el único que respondió a las expectativas fue el Dr. Pi-Suñer. El Padre Rahm, siendo excelente investigador, fue un fracaso docente, ya que al mantener el estilo liberal de enseñanza europea prescindió de los planes de estudio de Biología, que imponía la Universidad de Chile, lo cual creó un grave problema a los alumnos, que fue remediado por la oportuna ayuda de los Drs. Arturo Atria y

Roberto Barahona. Al cesar sus funciones el Padre Rahm fue reemplazado por el sabio Carlos Porter, el cual fue otro fracaso docente. La Cátedra de Biología se pudo rescatar gracias al valioso apoyo que brindaron los Drs. Atria y Barahona. Suerte similar corrió la Cátedra de Física, ya que el Prof. Gremaud hacía las clases en francés y esto obviamente perjudicaba la docencia. Al retirarse el Profesor Gremaud, la enseñanza de la Física fue continuada por su ayudante, el Dr. José Barriga B.

La enseñanza de la Química médica desde el comienzo y por largos años estuvo a cargo del Profesor Emilio Macuer, docente de la Facultad de Agronomía y cuya rigurosidad recordamos todos los que fuimos sus alumnos. Como corresponde en una universidad confesional se dio mucha importancia a la Moral Médica o Cultura