

fue bien con la universidad medieval. A esta última la filosofía, o su florecimiento, le dio vida y la hizo un conjunto orgánico y no una yuxtaposición de cosas disímiles. La forma dialéctica medieval de enseñanza y de transmisión del pensamiento, el aclarar las cuestiones a través de la discusión fue lo que transformó a la ciencia en una sola unidad. Lo que marca por ejemplo a la universidad medieval es la penetración de la filosofía en la teología, lo que fue recibido inicialmente como una grave profanación. Hoy día un hombre como Tomás de Aquino pasa por ser sinónimo de lo establecido en materia de filosofía, pero la gente olvida que Tomás de Aquino fue condenado por el Obispo de París y acusado por otros de ateo, porque estaba analizando, deshilachando si se quiere, la revelación y la palabra de Dios con un método dialéctico de puro cuño humano, lo que era difícilmente aceptable para mucha gente; representaba una entrada a banderas desplegadas de la filosofía en el terreno de la revelación.

La dialéctica invade a la medicina y creo que en buena parte esteriliza la medicina medieval. No hay grandes figuras médicas ligadas a la universidad medieval y el gran auge de la medicina en el Renacimiento se da fuera de las universidades y aun contra las universidades. Mucho de ustedes recordarán las conferencias de Roberto Barahona sobre Paracelso y con qué especial sarcasmo contaba las atrocidades que Paracelso decía de las Facultades de Medicina de su tiempo. Tal como la medicina de hoy tiende a disolverse en la ciencia natural, en esa época se había perdido en la dialéctica. La pérdida en la ciencia natural tiene el factor nunca despreciable de que es una pérdida muy eficiente, o sea, de que se ganan cosas en la pérdida; la pérdida en la dialéctica no tenía mucho de ganancia. El testimonio más conocido y simpático de ello (aun cuando, por supuesto, mucho más tardío) son las famosas discusiones diagnósticas de los médicos en las piezas de Molière, como aquellas en que los médicos toman el pulso, un par de pulsaciones, y luego entran en larguísimas discusiones sobre la interacción de los humores y lo que puede ser, y lo que debe o no debe ser, con un olvido radical del enfermo que grita, pero que no es escuchado y es luego perseguido por los médicos para darle un tratamiento de acuerdo con las reglas del arte, despreciando el hecho de que no está enfermo y de que se encuentra por equivocación allí. En una de estas piezas existe el argumento de que una persona no tiene derecho a sanar, si no es con los remedios de la Facultad.

Esto ilustra dos observaciones que he querido esbozar; primero que desde Hipócrates hasta nuestros días los hombres sienten la medicina como una forma de conocer especial y muy importante, que tiene algo de particular y no constituye una rama simple del conocimiento. Desde Hipócrates, que es figura fundacional no solamente de la medicina, sino de la cultura occidental, existe la noción de que la medicina configura un ámbito del conocimiento distinto e irreductible y que por ese hecho está incorporada en todas las empresas más importantes del conocimiento, como es el caso de las universidades. Sin embargo, no podemos negar el hecho de que en la Edad Media existe la tentación del método dialéctico, en la Edad Contemporánea la tentación del método científico. Existe una tentación constante de disolver esa actividad especial y homologarla a cualquiera otra y reducirla a simple parte de la ciencia; esto es ensayar hasta qué punto la medicina efectivamente es especial y no una disciplina más entre las otras, un poco más compleja, pero no

más que eso. Creo que la inquietud por la unidad, por la universalidad, la "universitas" en torno a la medicina, responde justamente a esa especie de tradición, de convicción que tiene muchas raíces entre nosotros. Comprendemos que la medicina es una forma especial de conocimiento, pero por otro lado, queremos reducirla a la forma predominante o equivalente de los problemas intelectuales del momento. Yo creo que esa tensión es saludable y no tiene una solución propiamente tal, por lo cual me disculpo porque no apor- to ninguna solución al problema, sino más bien una perspectiva de análisis. La tensión entre la medicina como actividad y el conocimiento, sea cual sea la forma de conocimiento que prevalece en la época, es una característica que estará mientras exista la medicina y la ciencia y mientras ellas tengan interacciones legítimas importantes y creativas entre sí. La tensión se resuelve en la acción médica, cuando se aborda el caso. Esto es muy claro en los escritos hipocráticos. La medicina nace ligada a la enseñanza del arte médico en Occidente. En el juramento hipocrático están contenidas una cantidad de prescripciones sobre maestros, discípulos, etc., que no tenían como único fin asegurar la supervivencia material de los maestros, sino que traducían también el hecho que el ejercicio de la medicina se veía como actividad que se transmitía de maestro a discípulo. Había algo de grupo cerrado, iniciático, de secretos que no se podían revelar, etc., lo que sigue siendo verdad hoy en la medicina.

Esto siempre me impresionó en mi adolescencia; al sentarme en el hall de entrada de una clínica, veía pasar a unos individuos que se movían como si fueran sacerdotes de un culto misterioso; iban vestidos como cualquiera, pero se reconocían al igual que los sacerdotes. Estos individuos, que eran los médicos, conscientes o no, llevaban una sabiduría especial, una especie de aura, a veces cosas un poco exageradas que obedecen a una realidad: la medicina es una actividad volcada a la formación humana.

Una de las primeras tesis de título que se hicieron en nuestra Universidad Católica, fue una de Arquitectura y el tema específico era un hospital de campaña. El proyecto era de construcción de lo que llamaríamos hoy día construcción civil de un hospital de campaña, detalladísimo para recibir a los heridos, de cierto ejército, en una zona militar. En el centro del hospital de campaña hay un auditorio para las lecciones y demostraciones, lo cual, aunque resulta divertido, es propio de la actividad médica volcada a la enseñanza. Esa es una razón por la cual entre nosotros las Escuelas de Medicina tomaron una delantera sobre otras Escuelas profesionales en materia universitaria. Es constitutivo de la Escuela de Medicina y del Hospital que el que sabe más le enseñe junto a la cama del enfermo al que sabe menos; es una forma que está incorporada al ejercicio de la profesión.

En este aspecto, la formación de un individuo se hace en la acción, con informaciones e indicaciones de qué, por qué y cómo hacerlo; eso supone siempre una unidad, de modo que toda acción está delimitada por un marco que la define en su finalidad y sentido. Hoy día, en que se habla tanto de las Facultades de las Ciencias de la Salud, quiero expresar una duda profunda. Creo que lo propio de la medicina no tiene que ver con la salud, concepto por lo demás indefinible. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud es más bien una definición de la bienaventuranza, tal como esperábamos que el cielo fuera el estado de perfecto equilibrio entre todo.

La medicina tiene que ver propiamente con la enfermedad, con el sufrimiento, con la muerte. En una universidad el único alumno, el único muchacho que tiene un contacto físico real con la muerte, es el estudiante de medicina, que ve morir gente y que ve gente que se morirá y él sabe que se van a morir; aprende a tener esa información terrible. Supongo que nadie ha olvidado cuando la tuvo por primera vez en sus estudios médicos, enfrentado con una persona que uno sabía que se iba a morir; eso crea un horizonte de trascendencia, porque querámoslo o no, todos nos vamos a morir y lo que define nuestra vida es su caducidad y su límite. El punto del mundo de hoy, y que los hombres tienden a olvidar, huir, es lo que constituye lo más esencial de la condición humana, que es la conciencia de finitud, al revés de los animales que también mueren, pero no saben que se van a morir. La formación del médico es una disciplina que tiene esa característica y que por ella toca el límite de lo sagrado; es el punto donde se resuelve, donde se puede resolver esta tensión entre la medicina como saber general y la medicina como saber privilegiado sobre el hombre.

A propósito de esto, recuerdo un libro llamado "La ciudad secular" de Harvey Cox, que hablaba sobre la nueva modalidad de la religión y tendía a dar por obsoletas las formas existentes. Todo iba a cambiar; sin embargo, de repente noté que había un gran ausente en el libro: no se hablaba nunca de la muerte.

El Papa dice que la Universidad debe formar hombres que hagan una síntesis personal entre fe y cultura; insiste en la palabra *personal*, porque no se trata de hacer un concordismo entre la fe y la ciencia; se trata de una manera de asumirlo personalmente. Lo que el médico no puede dejar de asumir y transmitir es ese destino especialmente iluminado por los determinantes últimos de la vida humana y por el horizonte último de la vida humana, que es en parte la raíz, la razón de la dignidad particular de que está rodeada su profesión desde la antigüedad.

NOTA BIOGRAFICA

Profesor Dr. Juan de Dios Vial Correa
ver "Educación Médica" N° 2, 1984, pág. 31.

**“La investigación biomédica,
una necesidad para el
desarrollo de la Facultad
de Medicina”**



Dr. Pedro Pablo Rosso R.

La discusión de un tema como el que nos reúne aquí esta mañana es por una parte inquietante y por otra alentador. Resulta inquietante, porque aproximándonos al último decenio de un siglo en el cual el desarrollo prodigioso de la investigación biomédica ha cambiado los horizontes de la medicina, plantearse este tema lleva a pensar que, hasta ahora, hemos vivido en un estado de marginación con respecto a las corrientes de pensamiento y quehacer que han hecho posible el progreso médico. Al mismo tiempo es alentador que analicemos nuestra situación con la mirada hacia el futuro. Ello manifiesta vitalidad institucional y una aspiración al perfeccionamiento académico propio de una vocación universitaria genuina.

El análisis de la influencia que la investigación biomédica puede ejercer en el desarrollo de nuestra Facultad de Medicina requiere la definición previa de lo que entendemos por desarrollo dentro de este contexto. “Desarrollo” describe una situación de progreso hacia una meta específica y predefinida. ¿Cuál es esta meta?, ¿qué es una Escuela de Medicina “desarrollada”?

Pienso que intentar tal definición puede llevarnos a un ejercicio interesante, pero academicista. Aún más, probablemente falso, puesto que la Medicina es un campo en continua e imprevisible evolución y, en consecuencia, el destino de una Escuela de Medicina es seguir continuamente el frente de avance e, idealmente, contribuir a la creación de este frente; es decir, mantenerse en continuo crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, la verdadera tarea que enfrentamos no es definir las características de una Escuela “de-

sarrollada”, sino identificar los elementos que le permiten a una Escuela de Medicina mantenerse en una evolución constante e, idealmente, en el frente de avance de las ciencias médicas. A este respecto, resulta ilustrativo usar como ejemplo las Escuelas de Medicina reconocidas mundialmente como centros de formación de excelencia. En general, conocemos poco del curriculum o de las características del hospital docente de estas instituciones, pero se suponen excelentes porque sus académicos son líderes en sus campos y porque con cierta regularidad sus graduados llegan a ocupar cargos de distinción en otras universidades. Vale decir, las Escuelas de Medicina más prominentes han alcanzado ese reconocimiento porque son, por sobre toda otra consideración, grandes centros de investigación biomédica y, como tales, formadoras de futuros académicos de excelencia. El reconocimiento de esta verdad tan evidente indica que la pregunta central de esta conversación no debería ser en qué medida las actividades de investigación contribuyen al desarrollo de una Escuela de Medicina, sino ¿cómo lograr que la investigación biomédica ocupe un lugar central en la vida académica de nuestra Escuela de Medicina?

Habiendo propuesto la meta anterior, es importante aclarar que el fin de una Escuela de Medicina no es hacer investigación biomédica, sino que formar médicos y especialistas médicos. Por lo tanto, la aspiración a formar una comunidad académica que participa activamente en la investigación científica no puede representar un fin en sí, sino sólo el medio más adecuado y, en realidad, el único medio para ofrecer un ambiente de formación de óptima calidad.

Este imperativo de desarrollo académico fue aceptado hace ya varias décadas por las escuelas de medicina líderes a las que hacíamos mención. La decisión fue difícil y encontró en los médicos clínicos una oposición inteligente y combativa, que aceptó la medida como una derrota que el tiempo se encargaría de revertir. Es importante conocer los detalles de la gestación y puesta en práctica del así llamado “plan de medicina científica”, porque muchas de las ideas que se esgrimían entonces en el debate académico siguen teniendo eco en nuestro medio y, también, porque el problema central continúa siendo el mismo que enfrentamos ahora.

A fines del siglo pasado las mejores escuelas de medicina de los Estados Unidos enviaban sus académicos jóvenes a “formarse” en las universidades europeas, especialmente Inglaterra, Alemania y Francia. Entre los años 1885-1886, uno de estos becados, Franklin P. Mall, estuvo en Alemania trabajando en el laboratorio de Fisiología del profesor Carl Ludwig. Ludwig era uno de los pocos médicos que en esa época creían firmemente que la medicina no experimentaría un progreso científico significativo mientras no contara con un número importante de investigadores clínicos. Para este fin proponían que todos los profesores de medicina clínica tuvieran una formación científica sólida y se dedicaran a la docencia y a la investigación en forma exclusiva. Franklin Mall regresó a los Estados Unidos muy convencido de la verdad de estos postulados y se dedicó a exponer la idea con celo evangelizador. Uno de sus conversos fue Llewellys F. Barker, quien, al igual de Mall, trabajaba en la Escuela de Medicina de Johns Hopkins. En 1902 Barker pasó a ocupar la cátedra de anatomía de la Universidad de Chicago y, ese mismo año, pronunció un discurso para los egresados de Johns Hopkins, reunidos en Chicago,

en el que expresó, con gran vehemencia, la necesidad impostergable de que un porcentaje alto de académicos clínicos tuviera dedicación exclusiva.

La importancia con que la prensa destacó este discurso atrajo la atención de Frederick T. Gates, un ministro presbiteriano a cargo de la obra filantrópica de la familia Rockefeller. En esa época John D. Rockefeller había decidido que impulsar el avance de la medicina científica era una forma importante de contribuir al progreso de la humanidad. Consecuente con esta idea, decidió la creación del Instituto que, ahora transformado en Universidad, continúa llevando su nombre y realizó, además, importantes donaciones a varias escuelas de medicina estadounidenses, entre ellas Johns Hopkins. Por consiguiente, el discurso de Barker no podía pasar inadvertido a un hombre con los intereses y responsabilidades de Gates. Tanto es así, que pocos meses después tanto Gates como Rockefeller se transformaron, ellos mismos, en propulsores del "plan de medicina científica". Sin embargo, tendrían que esperar hasta 1911 la oportunidad de poner en práctica sus ideas. Ese año, el decano de la Escuela de Medicina de Johns Hopkins, agobiado por problemas económicos, recurrió a la generosidad de Rockefeller para afrontar algunos gastos impostergables. Recibió como respuesta una proposición sorprendente: Rockefeller condicionaba una donación de un millón y medio de dólares a la reorganización de todos los departamentos clínicos (medicina, pediatría, cirugía y obstetricia) de Johns Hopkins en base a un régimen de dedicación exclusiva.

La imposición de Rockefeller no era simplemente antojadiza. Gates había solicitado a Abraham Flexner —autor del famoso Informe Flexner, que revolucionó la educación médica en los Estados Unidos— que hiciera un estudio sobre las condiciones y futuro de Johns Hopkins. Este estudio, realizado con la cooperación de la Escuela de Medicina, recomendaba disminuir el número de alumnos, construir un nuevo vivero y un nuevo laboratorio de cirugía experimental y, como medida fundamental, instituir un régimen de dedicación exclusiva para los profesores de ramos clínicos.

La reacción de los académicos a la proposición de Rockefeller-Gates fue decidida. Mientras los profesores de ramos básicos manifestaron su apoyo entusiasta, los clínicos se opusieron en forma vehemente, aduciendo que sus ingresos serían reducidos en forma considerable y que la Escuela de Medicina perdería sus clínicos más prominentes. Líder de esta oposición era el distinguidísimo William Osler, que en esos momentos abandonaba Johns Hopkins para ocupar el cargo de Regius Professor de Medicina en Oxford, una distinción que lo hacía merecedor de un prestigio sin par. En una larga carta dirigida al presidente de la Universidad, Osler pronosticó que la aplicación del plan de dedicación exclusiva terminaría creando una casta de "pedantes clínicos cuyos horizontes serán los de un laboratorio, y cuyo único interés humano será la investigación". Termina Osler recomendando "derivar hacia los Institutos de Investigación aquellas almas ardorosas que desean ser profesores clínicos de dedicación exclusiva".

Pese a la intervención de tan ilustre opositor, prevaleció la idea de crear dedicación exclusiva en los ramos clínicos y, finalmente, en 1913 ésta se puso en práctica. En la década siguiente, y en orden sucesivo, Washington University, Yale, Chicago, Harvard, Columbia, Cornell y Mc Gill, ya sea motu proprio o estimuladas por donaciones considerables de Rockefeller y

Carnegie, adoptaron el mismo sistema. Entre ellas es importante destacar a Harvard, no sólo por ser considerada, entonces y ahora, la escuela de medicina de mayor prestigio, sino porque impuso su propio plan. Este consistía en permitir a sus profesores clínicos la dedicación a la práctica privada de un porcentaje pequeño de su tiempo, con la condición de que esta actividad profesional se desarrollara en los recintos de la Escuela de Medicina. Esta "dedicación exclusiva geográfica" o "Plan Harvard" está actualmente vigente en todas las Escuelas de Medicina de los Estados Unidos y es utilizada por un porcentaje alto de los académicos.

Sería no sólo simplista, sino que falso, atribuir a la adopción del "plan de medicina científica" el desarrollo sorprendente que experimentó la medicina norteamericana en las décadas que siguieron a la implantación de ese plan. Ya a comienzos de este siglo la calidad de la medicina de ese país comenzaba a ser reconocida, vale recordar el ejemplo antes citado del nombramiento de Osler en Oxford; contemporáneos de Osler en Hopkins eran figuras como Cushing, Cullen, Finney y Thayer. Pero es igualmente innegable que la adopción del régimen de dedicación exclusiva constituyó el catalizador de un gran avance: la transformación de las Escuelas de Medicina en ámbitos realmente universitarios en cuanto a la búsqueda de conocimientos.

Personalmente, yo estoy convencido de que la inquietud que nos ha llevado a plantearnos este tema ahora, y en oportunidades anteriores, surge de nuestra sensación de menor valía con respecto a las escuelas de medicina líderes. De sentirnos sumergidos en una situación que para ellos representa un pasado histórico superado para siempre; por lo tanto, resabios de la era precientífica de la medicina. Creo que es importante aceptar esta realidad para derivar de ella la decisión de cambio. No podemos continuar usando como el indicador más importante de nuestro quehacer universitario el desempeño técnico-profesional de los egresados de nuestra escuela. Si bien eso es satisfactorio, no podemos olvidar el hecho de que carecemos de autosuficiencia en la formación de nuestros académicos y que nuestra medicina avanza sólo en la medida que otros nos entregan los conocimientos y la tecnología. Esta situación de dependencia intelectual hará crisis cuando los avances científicos que hoy comienzan a insinuarse como alternativas promisorias cambien radicalmente la problemática médica. Esto puede ocurrir al cabo de veinte a veinticinco años.

El desafío es enorme. En un país que aún no comprende la importancia de la ciencia y la tecnología en el desarrollo, debemos tratar de crear una isla de medicina científica capaz de transformar profundamente la calidad de la enseñanza impartida e, idealmente, contribuir con conocimientos nuevos a la solución de nuestros problemas de salud autóctonos. Y todo esto en el plazo de dos generaciones.

La urgencia del tiempo es real. Quienes siguen de cerca el avance de la medicina han podido apreciar, durante el último decenio, el crecimiento de nuevos campos médicos de insospechadas proyecciones. Algunos de estos campos son de tal complejidad tecnológica y requieren tal grado de especialización y dedicación, que ha llegado a plantearse la posibilidad de que ellos sobrepasen la capacidad del investigador médico tradicional. Es en este hori-

zonte de la medicina contemporánea donde debemos encontrar nuestro camino.

Hasta ahora hemos hablado en términos generales; nos corresponde ahora entrar al terreno de las realidades concretas. ¿Qué debe hacer nuestra escuela para responder a las necesidades planteadas?

En primer lugar, proponerse como objetivo ineludible e impostergable de desarrollo académico la creación de una "masa crítica" de cargos de dedicación exclusiva. Esta masa crítica sería equivalente a un 25% de todos los cargos académicos disponibles. Esto no es fácil de lograr, entre otras razones, porque involucra costos considerables, pero mientras no se cumpla con ese objetivo no podemos esperar una mejoría significativa de la situación actual.

Si nosotros lográramos obtener un régimen de dedicación exclusiva clínica y tuviéramos los académicos capacitados ¿dónde pondríamos nuestras prioridades? Yo pienso que a todo nivel, ya que nuestra escuela necesita refuerzo en prácticamente todas las áreas, especialmente en aquellas en falencia, ya sea porque estamos recién comenzando, o porque aún no han sido formadas. Muy especialmente debiéramos plantearnos la necesidad de tener mayor competencia en las áreas de la "biología humana anormal". La Escuela debe crear un gran Departamento de Patología que abarque todo el espectro, desde Anatomía Patológica hasta Patología Molecular. Este gran departamento sería el lugar de formación de los investigadores médicos, sin perjuicio de que a nivel de otros departamentos los investigadores puedan llegar a grados similares de profundidad en el estudio de las características íntimas de las enfermedades.

El departamento mencionado debiera ser un departamento central de nuestra escuela y, desde la perspectiva de la Universidad, el complemento o contraparte intelectual de la Facultad de Ciencias Biológicas, donde uno de los intereses básicos es el estudio de la biología humana normal. Junto con atraer académicos interesados en aquellas áreas que queremos desarrollar, debemos alentar la formación de Programas de Investigación. En una situación como la nuestra, en que los recursos son tan escasos, debemos tratar de racionalizar al máximo lo que tenemos. Propender al mejor aprovechamiento posible de nuestros recursos humanos y materiales. Con respecto a lo primero, debemos fomentar la polinización cruzada de ideas, que los académicos y los investigadores interactúen alrededor de grandes líneas de investigación, en las cuales las actividades que desarrolla cada uno son complementarias.

Simultáneamente, es necesario comenzar a organizar programas de formación que determinen demanda de cargos académicos de dedicación exclusiva. Para estos fines, deberíamos expandir los programas de formación e investigación para médicos que ya han terminado su período de formación clínica. Alternativas complementarias son la creación de un programa de doctorado en Ciencias Médicas y de un programa de formación mixto en Ciencias Básicas y Patología. Algunas de las necesidades de personal que hemos mencionado requieren redefinir la carrera académica. A este respecto pienso que la Escuela de Medicina necesita por igual de académicos investigadores y de académicos que casi exclusivamente participen en la asistencia y en la docencia. Junto con otorgar las posibilidades de desarrollo que merece cada

uno en estas áreas, debe exigirle a cada uno de acuerdo a su vocación y talento; esto implica reconocer dos carreras académicas paralelas de igual dignidad.

En rasgos muy generales esto es lo que requiere nuestra Escuela en cuanto a desarrollo de personal académico. Además necesitamos solucionar problemas muy serios de infraestructura de apoyo. Tenemos laboratorios departamentales que, en su gran mayoría, no están dedicados a la investigación médica —en cuanto a la actividad diaria que ahí tiene lugar, sino que a la realización de exámenes clínicos especializados. Necesitamos reorientar la actividad de esos laboratorios hacia la investigación en Patología, pero, al mismo tiempo, debemos ampliar por lo menos al doble nuestro espacio de laboratorio y en forma proporcional nuestro espacio de oficinas. Históricamente nunca ha tenido la prioridad que merece el otorgamiento a los académicos de espacio físico para estudiar, escribir o pensar.

Entre los elementos que constituyen infraestructura de apoyo a la investigación debemos mejorar el servicio que presta la Biblioteca, incluyendo mayor flexibilidad y eficiencia en la búsqueda de referencias bibliográficas. Igualmente esenciales son servicios como viveros. ¡Esta Escuela de Medicina no tiene un vivero! Contamos ya con algunas cosas importantes, como computación. Tenemos un apoyo administrativo que ha ido mejorando y respondiendo cada vez más a las necesidades de los investigadores de nuestra Escuela, pero indudablemente podemos mejorar en eso. Por último, necesitamos que todo lo anterior esté inserto en un plan de desarrollo académico con metas y objetivos claros a lograr en plazos determinados, que orienten el esfuerzo, que coordinen todas las actividades involucradas, que racionalice y propenda al mejor uso de los elementos disponibles. Finalmente, debemos encontrar formas de solventar toda la inversión que un plan como el anterior requiera. Todas las veces que esta Escuela ha enfrentado un desafío inesperado o una crisis cuya solución requería la inversión de fondos, siempre los hemos encontrado, y es parte de nuestra tradición el que hayamos funcionado siempre por situaciones de crisis. Nuestra Escuela nunca se ha preguntado hacia dónde vamos más allá de las líneas generales, de la orientación general que tenemos. Pero nunca nos hemos preguntado hacia dónde vamos, en términos concretos. ¿Cuáles son nuestras prioridades? ¿Qué deseamos lograr en los próximos cinco años, o diez años? El desafío de transformar a la investigación científica en el corazón y motor de la vida académica de nuestra Escuela nos obliga a que, por primera vez, tengamos que plantearnos esa necesidad. Aceptar como una realidad ineludible el hecho de que necesitamos un plan de desarrollo y que este plan requiere nuevas fuentes de ingreso. En este momento sería ilusorio pensar en obtener recursos importantes de la Universidad y, por lo tanto, debemos encontrar apoyo económico en fuentes alternativas. No debería ser parte de esta discusión la identificación de fuentes de financiamiento, ni de las estrategias a usar; por lo tanto, estoy dispuesto a correr el riesgo de aparecer poco práctico y teorizante. Yo estoy seguro de que existen maneras de resolver esta parte del problema.

En resumen, yo creo que es fundamental para el futuro de nuestra Escuela el que hagamos un esfuerzo serio por tratar de incorporar las actividades de investigación, con todo lo que eso significa de reestructuración académi-

ca, de redefinición de las actividades académicas, de ampliación y transformación de la planta física. El gran desafío es transformar lo que ahora tenemos, que es poco más que un hospital docente, en una verdadera Escuela de Medicina, mediante un plan coordinado de acciones a corto, mediano y largo plazo. Es un deber histórico, del cual deberemos responder ante las generaciones médicas del futuro y la comunidad nacional. Este era mi mensaje. Muchas gracias.

“El médico chileno en el año 2000”



Dr. Rodolfo Armas M.

La ciencia en general, y la medicina en particular, se desarrollan y avanzan a una velocidad tal que es bastante difícil predecir qué características tendrá o qué características debiera tener el médico; precisamente por la velocidad del cambio parece necesario detenerse en el camino y evaluar las características del médico que se está produciendo, su adecuación a la realidad vigente y a la realidad venidera. Nuestra mirada debe detenerse en el corto plazo, pues los plazos largos son más bien terreno de la imaginación que de un análisis racional. El cambio que significa el desarrollo y el avance debe tenerse en consideración para este tipo de análisis, aun cuando lo limitemos al interés del médico de la Escuela de Medicina, y debe abarcar aspectos mucho más amplios, como se planteó en la mañana, que incluyan los progresos biológicos, el desarrollo de técnicas, los cambios económicos, la organización social, todos factores que influirán decisivamente en el trabajo médico del mañana. Pienso que es inseparable el tema del médico del año 2000 del tema de la Escuela de Medicina de hoy, y la Escuela de Medicina de los próximos diez años. Nuestras Escuelas de Medicina están hoy produciendo los médicos del año 2000; luego, desde ya debemos satisfacer las necesidades básicas de ese médico. De tal manera que en mi análisis iré permanentemente del médico del mañana a la Escuela de Medicina de hoy y a ratos los abordaré simultáneamente.

El conocimiento científico crece y quienes hacen ciencia y se alimentan de las ciencias que otros hacen —como es el caso de los médicos— deben especializarse, como

única forma de abarcar en profundidad el campo de su quehacer. Nuestras Escuelas de Medicina se definen por la formación de un médico básico indiferenciado, capacitado para resolver la patología prevalente y las urgencias no derivables, y capaz de desarrollar determinadas actividades frente a distintos tipos de problemas en diferentes niveles de atención. Yo concuerdo con esta definición y pienso que debiera mantenerse en lo fundamental el formar un médico indiferenciado. Es posible resolver la mayor parte de la patología con médicos generalistas dotados de un laboratorio mínimo y de un limitado arsenal terapéutico; creo que ese es el sentir de las diferentes Escuelas de Medicina del mundo; sin embargo, hay que tener presente que otras disciplinas, como Ingeniería, ya producen ingenieros especializados y que en el Seminario de Educación Médica del año pasado el Dr. Benjamín Viel, con espanto de mi parte, propuso el poder optar por un internado médico o quirúrgico de tres años para obtener un título o licencia médica o un título con licencia de cirujano. Si pensamos que la patología prevalente del año 2000 deberá ser resuelta por médicos generales, y reafirmamos la idea de que la Escuela de Medicina debiera seguir egresando médicos capacitados para resolver la patología prevalente, debemos en este momento revisar si nuestra docencia está en concordancia con esa posición. Es justo reconocer que el Ministerio de Salud ha atisbado el problema y ha dado pasos positivos en este sentido; entre 1950 y ahora implementó una red de hospitales rurales, de consultorios periféricos urbanos, creó la medicatura general de zona y después, aunque de muy efímera existencia, la medicatura general urbana; ahora contrata médicos integrales para que hagan medicina general. Factores, que no es del caso analizar en este momento, han inducido a un muy grave retroceso de todo este programa y la pobreza que ha llegado al consultorio periférico y a los hospitales rurales los ha dejado casi en su inoperabilidad. Pero ¿qué pasa con las Universidades que han declarado que quieren producir médicos indiferenciados, y piensan que el campo ocupacional del médico indiferenciado está ahí? Un estudio reciente que hicimos con José Manuel López, con Rafael Kahler y David Sabaj, nos demostró que en nuestras Escuelas de Medicina es uniforme la muy escasa utilización de los consultorios externos, sean éstos primarios o adosados para la enseñanza de la Medicina Interna. Cuando digo escasa, es porque en algunas es pobre y en otras universidades simplemente no la hay. No parece concordante con el afán de capacitar, para resolver la patología prevalente y las urgencias no derivables, el emplear la mayor parte o la totalidad del tiempo disponible en enseñar patología no prevalente y propia de un nivel secundario o terciario de atención. Dentro de este mismo contexto miremos nuestro cuerpo docente; el éxito académico, en buena medida, es función del prestigio profesional y de la productividad científica y requiere de la especialización. La medicina primaria, y aun secundaria, no sólo son ajenas al interés de los académicos, sino que les perturba; el docente con rol directivo no programa —o lo hace en muy pequeña medida— actividades relacionadas con la medicina ambulatoria, y el docente del primer nivel, tutor o monitor, no sólo no se interesa, sino que se resiste al menor asomo o insinuación de docencia a nivel primario. ¿Qué podemos esperar del alumno con tal realidad? Una encuesta realizada por las Dras. Gabriela Venturini y Cristina Palma a médicos correspondientes de las promociones 1979 y 1984, demostró que el 71% de esos egresados

está en tareas de medicina general, y que el 60% de ellos destina más de cinco horas diarias a medicina ambulatoria. No obstante ello, al decir de los autores del estudio, el comentario más frecuente de esos egresados fue acerca de "la debilidad del aprendizaje práctico" que privilegia lo teórico y significa a la larga un dramático enfrentamiento del médico general con situaciones que no domina, propios de una patología prevalente, corriente, banal, que tiene escaso lugar en el curriculum de la carrera. La Dra. María Inés Romero, de esta Escuela de Medicina, informa que de nuestros médicos generales actuales el 95% denuncia la carencia de apoyo diagnóstico, el 84% la falta de medicamentos y que el 67% aspira a una beca de especialización. Pienso que medicina general persistirá como necesidad predominante en el año 2000. Coincidentemente, la medicina terciaria será cada día más y más atractiva, gracias al desarrollo tecnológico. Si fuésemos razonables preparándonos para el año 2000, las universidades debiéramos considerar en nuestra programación de pre y posgrado esta necesidad de Medicina General. Hay algunas exploraciones en este campo, especialmente de la división Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, pero es mucho lo que resta por hacer y tengo la impresión de que en esta Escuela de Medicina hay más que hacer en este campo que en otro. Tenemos que prepararnos, entonces, para saber producir médicos que no se sientan frustrados al emplearse en alguna de las numerosas plazas que habrá para médicos generales y no en una de las escasas que se dispondrá para especialistas.

El Dr. Alejandro Goic indica en un artículo muy interesante, que publicó en la Revista Médica de Chile, en el año '83, que lo primero que hay que afirmar es que la atención del paciente ambulatorio no es una actividad médica de segundo orden, sino que, por el contrario, de primerísimo orden, tanto en términos sanitarios como de satisfacción de las expectativas sociales y humanas en el rol del médico. Es evidente que no basta con lograr una disposición anímica favorable hacia el médico general; como la Dra. Romero muy atinadamente señala, es preciso que se tomen medidas tendientes a mejorar la infraestructura de los establecimientos de nivel primario, a dotar de equipos mínimos para apoyo diagnóstico, a mejorar la disponibilidad de recursos terapéuticos, a posibilitar la capacitación continua y la buena relación con los niveles secundarios y terciarios, dando posibilidades de referencia oportuna. La adecuación de los estudios de pregrado hacia la Medicina General y la implementación de un programa de educación continua es el desafío directo que nos corresponde a los universitarios.

Un aspecto ineludible de abordar, al meditar sobre el médico del mañana próximo, es el de la patología que deberá enfrentar. Quizás el primer pensamiento es que la patología no será tan distinta, porque nos parece que no ha cambiado tanto en los años de ejercicio profesional que nosotros hemos vivido; sin embargo, los cambios ocurren permanentemente, aunque a una velocidad en que no los percibimos muy fácilmente. En los veinticinco años de médico que me ha tocado vivir, hemos asistido a la prolongación de la vida de los nefrópatas crónicos, irrumpiendo en nuestros hospitales las diálisis crónicas y los trasplantes renales, que son todo un problema de salud; o la casi desaparición de las muertes por tuberculosis o por complicaciones médicas del aborto; la caída sostenida de la mortalidad infantil por razones que todavía nadie se explica suficientemente; la disminución notable de la nefri-

tis aguda en el adulto; la aparición de perspectivas terapéuticas reales en los problemas oncológicos; el enfrentamiento muy agresivo y eficaz de la cardiopatía coronaria; todo un increíble desarrollo en el diagnóstico por imagen. En estos veinticinco años de médico la medicina nos ha cambiado y no nos hemos dado cuenta cuánto nos ha cambiado. El año 2000 está a quince años de hoy; ese año espero habré cumplido sesenta y cinco años, cuarenta de médico y, conforme a los datos proyectados que da el Ministerio de Salud, en ese período entre 1960 y el 2000 habrá disminuido a una décima parte el número de muertes perinatales, obstétricas y por tuberculosis, fiebre tifoidea y sarampión y, en cambio, se duplicarán las muertes por cánceres, accidentes cerebrovasculares, accidentes y violencia, y se cuadruplicarán o quintuplicarán las muertes por cirrosis y por diabetes. La mortalidad general del chileno bajó en un 24% en la década del 70; en suma, el chileno vive más, pero además sus causas de muerte cambian. La mortalidad infantil, que al comienzo en la década del 70 era causa de la cuarta parte de todas las muertes, al final de la década del 70 era responsable solamente de un 12% de las mismas. También disminuyen como causa de muerte las enfermedades infecciosas, circulatorias. Los cánceres y los accidentes y violencias, en cambio, considerados en conjunto, representan en 1970 el 40% de las muertes y en 1979 el 51%. Estos datos significan, por una parte, que se nos planteará, más temprano que tarde, el problema del senescente, y por otra, que las causas de muerte predominante implican requerimientos de recursos y de atenciones de alta complejidad y mayor costo. Cuando los médicos y el gobierno polemizan, cosa que suele ocurrir, el gobierno insiste en que él pone un mayor gasto en salud y los médicos se quejan de que cada día evidencian menos recursos en salud; probablemente está influyendo el que los requerimientos para cada enfermo son cada vez mayores, porque en gran medida ha aumentado la complejidad de la patología que se atiende.

Podemos, entonces, vislumbrar como futuro una situación en que los requerimientos obstétricos y pediátricos dejarán de presionar o lo harán con menor intensidad, y que la patología médica del adulto exigirá cada vez mayor preocupación. Seguramente la senescencia será todo un gran problema en el año 2000, lo cual debiera ya preocuparnos en los aspectos físicos, psíquicos y sociales de la gente de edad.

Las Escuelas de Medicina deberían estudiar la patología del viejo y su tratamiento; la cirugía, hoy bastante frecuente en el mayor de 80 años; el manejo de la muy frecuente depresión, su alimentación. Razonables expectativas permiten predecir que en el año 2000 habrá en Chile un millón de mayores de 75 años. Mi experiencia personal como médico internista en el área privada (ya hablaré de lo que pasa en el Hospital) respecto del viejo es terrible. El viejo, que llama a cualquier hora porque, por ejemplo, ayer no obró o despertó a las cinco de la mañana y no a las cinco y media, como está acostumbrado, y que llama con voz de desesperación como si se estuviera muriendo y después de un rato su conversación se hace fluida y se anima, en el fondo representa un problema social de soledad y probablemente de depresión que los psiquiatras tampoco saben resolver.

Dejemos al viejo y miremos un poco el desarrollo tecnológico en todas las áreas de la vida moderna. Junto con el tipo de patología, que se hace prevalente, se ha producido y seguirá produciendo una notable introducción de

la tecnología en la medicina. El médico general no escapará de la tecnología, ya que ella, en la medida que reduzca sus costos, se introducirá aún en la medicina primaria. Si antes la habilidad manual era necesaria sólo para quienes cultivaban especialidades quirúrgicas, hoy es necesaria para todos los que hacen clínica; la aguja del radiólogo e internista funcionan para biopsias, citología, drenaje, introducción de medios de contraste, en todos los órganos, independiente de si el órgano es macizo o hueco, quieto o móvil, superficial o profundo; los endoscopios penetran por esófago, bronquios, colon y uretra; la radiografía clásica se complementa con introducción de medios de contrastes en vasos venosos, linfáticos, biliares o arteriales y a ellos se suman las imágenes que nos prodigan la ecografía, la cintigrafía, la tomografía axial y la resonancia nuclear magnética. Los parámetros biológicos son medidos por aparatos, a la par que la administración se ayuda de la computación. Así, cada día el médico requiere de mayor habilidad visual y manual para ser actor de una medicina más y más inquisitiva y más agresiva.

Cuando me recibí de médico, el internista era de manos limpias, casi no usaba aparatos; hoy eso ya no ocurre y debo confesar que me hace falta una agresividad y una habilidad manual que ya no tengo, por desuso. Nos ha llegado y nos seguirá llegando un desarrollo tecnológico casi increíble y con él problemas muy nuevos. La tecnología conlleva una problemática propia, lo que nos obliga a pensar si estamos creando o formando adecuadamente la habilidad manual en nuestros alumnos. Hay quienes piensan que la cirugía debiera ser más bien docencia de posgrado, porque el alumno más bien molesta en el pabellón quirúrgico; quizá ello atente contra las destrezas que es necesario despertar. El diagnóstico por imagen debería ser parte ya de la enseñanza de la anatomía normal y patológica y de la semiología de la clínica. La tecnología tiene otros aspectos dignos de atenderse; quien maneje técnicas debe ser un médico sólidamente formado, ya que si no, se puede ser presa de la fascinación y del fetichismo del aparato. No hay instrumento ni técnica que reemplace a un buen clínico; sólo lo complementan. Si el clínico no está bien formado, cree que el aparato lo reemplaza. La tecnología tiene limitaciones que incluyen el error, la inaplicabilidad y la indicación limitada. Por otro lado, las técnicas proporcionan satisfacción a su operador de índole intelectual, profesional y ciertamente económica. Las instituciones se prestigian y también reportan beneficios económicos, no obstante que no hay que olvidar que las técnicas tienen un costo. Muchas veces traen sufrimientos adicionales a los pacientes y es preciso que quien maneje o indique los procedimientos tenga siempre presente que su oficio es servir y no servirse, que en él no cabe la riqueza y que el hombre enfermo, con su necesidad de recuperar la salud y aliviar el dolor, es el único que le da sentido realmente válido a nuestro trabajo. Pienso que para enfrentar la medicina del año 2000 debemos producir médicos sólida e integralmente formados. La tentación hoy nos acecha, y nos acechará cada vez más, y muchas veces a través de la tecnología. Los médicos de hoy, y especialmente los de un mañana, con muchos más recursos tecnológicos, deberán actuar siempre conforme a un plan bien diseñado y jamás improvisado, renunciando a la riqueza, pero no al espíritu de servir, reconociendo sus limitaciones y sus errores, las mayores capacidades en otros, contribuyendo a una mejor sociedad donde el hombre es el centro de ella. En este rol formativo, la orientación de cada Universidad in-

fluirá en la adquisición de valores y en su adecuada jerarquización. Una Universidad nacional orientará su acción preferentemente a los problemas del país tal como el Estado lo ordena. Así, en un Estado marxista se orienta la Universidad conforme a esa doctrina y una Universidad Católica, como señala Juan Pablo II en su discurso a los universitarios de Guatemala, lo hará de acuerdo a la persona humana creada a imagen de Dios, que tiene una dignidad única que es necesario defender contra las amenazas que, sobre todo, actualmente acechan destruir al hombre en su ser físico y moral, individual y colectivo. Esa impronta debiera llevarla muy claramente un egresado de una Universidad Católica como ésta. De los médicos que nosotros formemos, no de lo que sepan, sino de lo que sienten y de su manera de pensar, dependerá si la salud del año 2000 será un derecho para todos o un bien a adquirir por quienes puedan pagar. ¿Qué conocimientos nuevos se habrán incorporado al trabajo diario de los clínicos de quince años más? Eso es imposible de imaginar. ¿Habría pensado alguien quince años atrás que los bloqueadores del calcio, o los antagonistas betaadrenérgicos, los inhibidores H-2, estarían en el arsenal de la medicina primaria? El médico del año 2000 deberá elaborar su propio camino para manejar recursos diagnósticos y terapéuticos que hoy no conocemos. Tenemos el imperativo de dar entrenamiento suficiente y de abrir el ansia por la autoformación, por la incansable búsqueda de los conocimientos nuevos. Aunque esto lo sabemos todos, me temo que de asignatura en asignatura, de prueba en prueba, de nota en nota, estamos claramente presionando más a una memorización efímera que a una integración de conocimientos, o una capacidad de resolver situaciones nuevas o aprender lo desconocido. El médico del año 2000 estará inserto en una sociedad que tendrá cada vez más dificultades para sufragar los costos de una medicina más y más onerosa. Entre el Estado y las empresas contratarán, me temo, a la mayoría de los médicos; puede que la forma de contrato varíe, que se paguen remuneraciones u honorarios; por cierto, ambos serán bajos. Este es uno de los aspectos que me parece más oscuro. Me gustaría oír en la discusión qué se piensa sobre la forma de contratación de los médicos del año 2000. Me alegra que ese año, como dije, dejaré de trabajar.

No tengo competencia para abordar el tema de la manipulación genética, de la ética de la reproducción, que abren una problemática enorme y que se nos viene encima, y que se insinuó esta mañana. Yo no tengo competencia, pero las universidades no pueden dejar de tener competencia, y este es un problema que deben abordar. La formación ética sólida y el estilo de trabajo adecuado debiera caracterizar al médico integral, el que debiera saber el limitado papel de la medicina clínica en el nivel de la población, por lo que debiera apoyar y estimular los cambios que se orienten a un mejor bienestar de la población, aunque no represente un mejor bienestar para él. Ese médico requerirá de una sed de aprender, de afán de superarse y autoformarse, capacidad de evaluar cuidadosamente los costos y beneficios (no me refiero a los aspectos económicos) en cada uno de sus actos. El empleo de un espíritu clínico sagaz del recurso diagnóstico y terapéutico de reciente advenimiento, así como el respeto hacia el enfermo, sus colegas y colaboradores, debieran ser parte de su personalidad. Su honestidad para reconocer su error se hace indispensable frente a una medicina cada vez más compleja. En fin, pienso que el médico del mañana no debiera ser tan diferente al médico de hoy,

aunque la medicina sí lo sea. Eso sí que los años venideros el médico estará cada vez más expuesto al fetichismo del aparato y al consumismo que atentarán contra su trabajo digno y contra su espíritu de servicio. Me preocupa mucho pensar que el buen médico no lo formamos en usos ni en asignaturas formales, ni dando más y más instrucciones, sino que debe y deberá primar el testimonio de la actitud cotidiana de nosotros, los docentes, sin debilidades, pues es mucho lo que está en juego; las universidades deben y deberán contar sólo con docentes dignos de emular, pues ellos son y serán la base del médico del mañana.

NOTA BIOGRAFICA

Dr. Rodolfo Armas Merino. Nació en Santiago el 27 de enero de 1936 y pertenece a una familia de distinguidos médicos, dentro de los cuales se destaca su padre, el profesor Dr. Rodolfo Armas Cruz.

Realizó sus estudios primarios y secundarios en el Saint George's College y los de Medicina en la Universidad de Chile, recibiendo el título de Médico-Cirujano en 1960. Ese año inició el programa de Residente Becario en Medicina Interna en la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile y del Servicio Nacional de Salud, cumpliendo los tres años de beca primaria en el Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios y los dos años de posbeca en el del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. En 1965 ingresó por concurso a la planta académica de la Universidad de Chile, en la que fuera Cátedra de Medicina del Hospital San Juan de Dios y que dirigiera el profesor Rodolfo Armas Cruz. Ha continuado hasta esta fecha en esa Unidad docente asistencial, manteniendo siempre la calidad de monitor de alumnos de pregrado, en la asignatura de Medicina Interna, y trabajando en la Unidad de Gastroenterología. Fue médico de la Caja de Previsión y Estímulo de los Empleados del Banco de Chile (1965-1982).

En 1967 se desempeñó como Ayudante Clínico Honorario y Ayudante de Investigación en el Royal Free Hospital de la Universidad de Londres, haciendo uso de una beca de la Fundación Henry L. y Grace Doberty. Trabajó en la Unidad de Hepatología, que dirigiera la profesora Sheila Sherlock, realizando investigaciones

relacionadas con el metabolismo patológico de la bilirrubina. En 1974, haciendo uso de una beca viajera de la OPS/OMS, visitó las Unidades de Hepatología de las Universidades New Jersey, Southern California y del Instituto de la Nutrición de México.

Tiene numerosas publicaciones relacionadas con Medicina Interna y Hepatología, tanto en revistas nacionales como extranjeras. Además, es coeditor científico de los libros "Progresos en Hepatología" (1970) y "Avances en Gastroenterología" (1979). Es miembro del Comité Editorial de la Revista Médica de Chile, de Gastroenterología y Hepatología (Barcelona) y del Boletín del Hospital San Juan de Dios. Desde 1961 pertenece a la Sociedad Médica de Santiago y ha ocupado cargos directivos desde 1979, incluso el de Presidente. También es miembro de la Sociedad Chilena de Gastroenterología (Director entre 1975-1982), de la Sociedad Latinoamericana de Hepatología, de la International Association for the Study of the Liver, del American College of Physicians y de otras Sociedades Científicas.

Le cupo una activa participación en la generación y desarrollo de la Facultad de Medicina Occidente de la Universidad de Chile, ocupando cargos directivos de alta responsabilidad. Representó a la Sociedad Médica de Santiago, junto al Dr. Eduardo Rosselot, en la creación de CONACEM y, actualmente, representa a la Asociación de Facultades de Medicina en el Consejo Directivo Superior de dicho organismo, del cual es vicepresidente. Desde 1969 ha colaborado activamente en diferentes cargos del Colegio Médico de Chile.

**“La Facultad de Medicina,
visión actual y perspectiva
futura”**



Dr. Pablo Casanegra P.

Antes de entrar en materia quiero agradecer, como Decano, a Laboratorio Saval, sin cuyo apoyo esta reunión habría sido muy difícil o imposible. Esta es una demostración de apoyo académico que agradezco en público. En segundo lugar quiero dejar claro que el mérito, la conducción, la organización, la idea y el motor tras esta Jornada ha sido de nuestro Director de Escuela, el Dr. José Manuel López. Si yo he participado en algo, ha sido exclusivamente en aprobar todo lo que él me propuso como idea y como planificación; me gusta reconocer los méritos de aquellos que hacen obras que son de importancia; creo que esta es una labor importante que debe continuar hacia el futuro.

El próximo lunes 23 de diciembre debo dar una cuenta oficial, y se entregará abundante información escrita. Hoy día no pretendo dar una cuenta, sino que en sentido un poco poético quizás contar un cuento, que es verídico, y que relata cómo se han sucedido las cosas en los últimos años; un poco también mi pensamiento personal respecto al futuro de nuestra Facultad.

Esta Facultad, en la cual he vivido 35 años, siempre ha estado —y hoy día muy notoriamente— en un proceso continuo de crecimiento académico, científico, asistencial, hospitalario, de formación de los docentes y de mejor enseñanza de los alumnos. Trataré de explicarles cómo sucedieron las cosas en estos tres años, para que los que son más jóvenes, o los que no lo conozcan, tomen alguna experiencia de lo que hemos vivido en este último tiempo. Voy a omitir lo que se ha hecho respecto de Enfermería, porque lo tocaré en la cuenta programada para el día 23.

Al momento de asumir el 20 de diciembre de 1982, tuvimos que establecer un programa de trabajo y decidir las líneas principales que orientarían la conducción de la Facultad y el desarrollo de la institución. Tuvimos que dedicar un tiempo prolongado a terminar las discusiones y obtener la aprobación de los nuevos Estatutos. Durante la gestión anterior de los Drs. C. Quintana y V. Valdivieso hubo un adelanto importante al llegar a concretarse una proposición de nuevos Estatutos; me correspondió a mí, como Decano y Director, continuar el estudio hasta obtener una aprobación que fuera mayoritariamente aceptable por la institución. Aunque en el curso de mi exposición voy a hacer referencia a algunos cambios que ya se ven necesarios de esos Estatutos, creo que los beneficios que ellos han traído han sido satisfactorios. Han clarificado nítidamente el rol de la autoridad que se elige, que es el Decano, dándole en forma concreta y personal toda la responsabilidad de lo académico, docente-asistencial, económico y ético. Se creó un Consejo de Facultad, que ha demorado año y medio a dos años en rodar en una forma satisfactoria, porque ello es nuevo para nosotros. En el último tiempo ha ido entrando en materia de valor más académico e intelectual. Este Consejo está formado, además del Decano, por el Secretario Académico, los Directores de las dos Escuelas, 8 profesores, uno de ellos perteneciente a la Escuela de Enfermería, y los 2 Presidentes de los Centros Estudiantiles, quienes desgraciadamente no asisten con la frecuencia que se requiere. El Consejo tiene la responsabilidad de dictar las políticas generales, aprobar y estudiar los planes de desarrollo, los reglamentos, el presupuesto. Es, en el fondo, el Consejo de toda una Facultad, y yo lo tomé en un sentido estricto de consejo hacia mi persona. Aparte de los Consejos estatutarios están todos los que extraoficialmente, con mucho cariño y vocación, numerosos miembros de la institución me ofrecieron durante la gestión, constituyendo una política de puertas abiertas para que la autoridad tenga diálogo y comprensión de lo que está sucediendo.

Los dos Consejos Interdepartamentales fueron cruciales para velar por el desempeño académico, docente y de investigación de pre y posgrado. Se les eliminó toda la gestión reglamentaria, administrativa, económica, que subió al Consejo de Facultad. Creo que los Consejos Interdepartamentales integrados por las jefaturas de los Departamentos, Director y Subdirectores de la Escuela, Director del Hospital, cumplieron una función académica de gran productividad y dedicación con un intercambio académico de muy buen nivel.

Se creó también el Consejo de Asuntos Económicos y Administrativos, organismo donde se juntan el Decano, el Director de la Escuela de Medicina, el Director de Asuntos Económicos Administrativos, dos representantes del Consejo Superior (uno de ellos es experto en Asuntos Económicos; y otro, un abogado que asistió muy poco), tres profesores del Consejo de Facultad y el Director del Hospital. El Consejo de Asuntos Económicos y Administrativos sesionó al menos mensualmente, conociendo la marcha económica de la Facultad y discutiendo las políticas de inversión de los recursos. Ha sido un organismo útil, bastante creativo y el responsable principal de la conducción de los adelantos que se han podido hacer durante la gestión.

La Comisión de Carrera Académica es el eje central de la vida de cada Escuela. La Comisión de Carrera Académica, que depende del Consejo de Facultad, permite una promoción académica justa, imparcial, prudente.

La calificación académica, otra de sus funciones, es vital para ver qué están haciendo los académicos, y si están cumpliendo o no de acuerdo a lo que quiere la institución. Aún tan importante o más, desde hace un año la Comisión de Carrera Académica es la que decide quién ingresa a esta Facultad; esta decisión dejó de ser la decisión unipersonal (que comprendía un mecanismo officioso de consulta bastante extenso). Ahora la incorporación formalmente se realiza a través de concursos públicos, publicados en la prensa, que permiten que postulen individuos de Chile o del extranjero. El sistema de concurso abierto es más justo, da más alternativas para elegir, lo cual es importante porque la Facultad de Medicina depende prioritariamente de sus académicos, que es lo más valioso que ella tiene en cuanto a calidad científica, preparación, calidad humana y principios éticos. La comisión vela, particularmente, en forma muy prudente y muy cuidadosa respecto de la estabilidad emocional de la gente que va a trabajar en la Facultad.

La Comisión de Graduados tiene la responsabilidad de seleccionar los alumnos de posgrado; esto es simple de decirlo, pero difícil de hacerlo, ya que se presentan cientos de candidatos para unos pocos cupos. En el año 1985, para darles un ejemplo, tuvimos un total de 136 becados supervisados en su programa y su actividad por la Comisión. Respecto a ¿cuántos de ellos financiamos nosotros?: 38% ¿Cuántos tienen financiamiento externo?: 26% . ¿Cuántos son los llamados autofinanciados?: 36% . Esta última cifra es alta y debe ser motivo de reflexión; no es justo el sistema que la persona meritosa obtenga este tipo de reconocimiento sin ninguna remuneración; es peligroso, y estimula que no se cumpla a cabalidad la dedicación exclusiva al programa de formación. Por último, hace depender un poco a nuestra institución de gente que no tiene una ligazón más estrecha, como es un contrato o una forma de remuneración. Este porcentaje del 26% es bajo, comparado con otras universidades, pero alto de acuerdo a nuestros intereses.

Antes de seguir respecto de la Comisión de Carrera Académica, después de verla funcionar, pienso que el Consejo de Facultad tendrá que modificar su composición para que prioritariamente esté formada sólo por Profesores Titulares y algunos Adjuntos. Es muy difícil y complejo estar juzgando a superiores por parte de estamentos académicos más bajos.

Respecto de la Comisión de Investigación, que ahora es de la Facultad, ya que se incorporó Enfermería, es bueno hacer notar que por primera vez esa Escuela ha tenido proyectos de investigación presentados y aprobados en DIUC. Es responsabilidad del Decano que Enfermería eleve su nivel académico; la comisión lo ha estimulado y el Dr. Rosso ha tenido una labor extraordinariamente compleja y muy satisfactoria. La Comisión de Investigación ha velado también por la calidad de la investigación, por los factores éticos de investigación, ha propulsado y estimulado reuniones interdisciplinarias de investigación. La Comisión de Investigación ha logrado que el porcentaje de proyectos presentados y aprobados se mantenga e incluso mejore. Se han creado oficinas de Editorial, Bioestadística y Computación para asesorar a los académicos, siendo un estímulo permanente para los que tienen como quehacer la investigación clínica.

Entro ahora a un capítulo, que será algo saltado, porque la historia es difícil contarla en paralelo. Al asumir este cargo, recogiendo un sentir de toda la Facultad, la cual ha salido de 10 ó 15 proyectos de crecimiento, pro-

curamos hacer un proyecto de desarrollo de la Facultad, y la primera inquietud, a las dos semanas de haber asumido, fue nombrar –de acuerdo con el Consejo interdepartamental– una Comisión de Desarrollo. Cito los nombres de sus integrantes porque contribuyeron fuertemente a lo que sucedió después: Drs. Salvador Vial, Juan Dubernet, Osvaldo Llanos y José Antonio Rodríguez. Esta comisión se dedicó a estudiar lo que necesitábamos para poder obtener una independencia académica en lo docente y la investigación. Ella trabajó desde abril de 1983 acumulando antecedentes de todos los proyectos que se habían hecho anteriormente, todos buenos y válidos, pero que no habían podido ser llevados a cabo. Debía proponer al Decano y al Consejo de Facultad un Programa de Desarrollo con miras a obtener la máxima autonomía docente, pensando que el compromiso con el Hospital Sótero del Río sería permanente, porque ese campo clínico es demasiado valioso como para encerrar a esta Facultad en el Hospital Clínico Universitario sin enseñar a sus alumnos cuál es la medicina ambulatoria del Centro de Diagnóstico, cuál es la medicina social corriente de un Ministerio de Salud. Se llegó así a una configuración de 200 camas, que todos conocen.

Mientras tanto, en el afán de buscar una solución para ese crecimiento de la Facultad se hicieron innumerables gestiones ahora como anecdóticas y pintorescas; el Hospital del Profesor abandonado en la Alameda, lo que no prosperó. Ahí intervino un geniecillo que se mencionó el primer día, que nos impidió seguir las conversaciones. Tuvimos conversaciones con el nuevo Hospital de Carabineros, que se quemó parcialmente después, y el mismo geniecillo igual intervino en ese proyecto de convenio y no prosperó. Tuvimos numerosas entrevistas cuando se puso en venta la Clínica Santa María; nos ganó la institución que se llama Banmédica y quedamos con una leve ofuscación. Mientras, seguía trabajando la Comisión. Estoy contando algo de la historia, porque es bueno que se conozca. Llegó luego a la Universidad, donde tuvimos unos golpes de alegría fantásticos a raíz del Proyecto BID. Antes de él se le había prometido a Medicina mucho dinero derivado de la venta del fundo de San Carlos de Apoquindo, lo que casi fructificó. Luego a Medicina se le ofreció una suma de 5 millones de dólares del Proyecto BID. En el primer ofrecimiento de este préstamo había 15 millones para la Universidad y 5 millones para Medicina. Estructuramos todo un programa, un proyecto, ilusiones; realmente hay que estar estable psíquicamente para los vaivenes que se sufren cuando se trata de hacer cosas como éstas. Del Proyecto BID llegó primero una comisión de ofrecimiento, después llegó una comisión orientadora, que nos desorientó absolutamente, porque nos dijo que el BID no prestaba dinero para obras que fueran de cemento y ladrillo, como es ampliar un hospital. Allí se terminó el Proyecto BID para el Hospital. Entretanto ya había conversaciones avanzadas respecto a anteproyectos de arquitectura, en la idea de que la única alternativa era crecer en Marcoleta, porque otra obra era demasiado cara. Contactamos con algunos bancos en Chile, quienes sorpresivamente ofrecieron un crédito para construir una ampliación del Hospital en plena crisis económica del año 83. Los bancos tenían exceso de dinero y no tenían clientes a quienes prestarle con cierta confianza. La Universidad Católica apareció como un buen cliente para una deuda, lo que no habría sucedido 5 años antes, en que un Hospital Universitario no era interesante. Así nos transformamos en clientes del Banco Sud Americano. Hubo una negocia-

ción, que la Facultad aceptó. Hasta ese momento a la Universidad iba a pagar el BID y la Universidad iba a pagar el financiamiento de la deuda, y así la Universidad se haría cargo de la construcción. Llegó un momento en que teníamos listo el crédito; la Universidad sacó sus cuentas y dijo que no podía pagar. Estábamos naufragando nuevamente, sin proyecto de ampliación, sin capacidad de crecer, sin ninguna alternativa, a pesar de que sus autoridades eran muy favorables a la Facultad de Medicina, especialmente el Rector, a quien le debemos mucho. Volví con esta negativa al Consejo de Facultad, el cual ya estaba en un grado avanzado de depresión y ahí nació la pregunta: ¿podríamos nosotros pagar esto? Se hizo un estudio preliminar y parecía ser que se podía; en ese momento llegó lo que llamaría un catalizador: Don Carlos Vial Espantoso, con una donación de una cantidad importante de dinero en efectivo para ampliar la Maternidad y Ginecología. Frente a la suma de una donación, que si no la tomábamos se iba, y un crédito bancario a 15 años plazo y con 3 años de gracia, se tomaron las decisiones. La Universidad y la Facultad se decidieron e hicimos los proyectos con el Dr. J.I. Monge, en una comisión con el Dr. J. A. Rodríguez y H. Oddó, los tres nombrados por la Rectoría en calidad de una comisión especial para los efectos de la construcción. Cuando teníamos listo los planos e íbamos a iniciar las excavaciones para el nuevo edificio, botando el Auditorio Paracelso y el edificio que tenía el Decanato, la Universidad se percató tardíamente —aunque el Dr. Juan I. Monge me lo había advertido que era posible que fuera así— que había problemas con el límite de la propiedad, de modo que la Facultad había aparentemente construido el Paracelso, las consultas médicas, sus oficinas y la gruta de la Virgen en un terreno ajeno, perteneciente a una sucesión. Vino otro golpe de desilusión, porque el hecho de cambiar de ubicación un edificio a medio camino, que había necesitado tantos proyectos y aprobaciones, era muy complejo y difícil. En ese momento hay que darle a don Jorge Swett todo el mérito, ya que resolvió que el edificio se cambiara para donde fuera necesario, diciéndome: “cámbiolo, tuérsalo, pero hágalo”. Hubo que cambiar la orientación del edificio y apuntarlo en la forma actual. El proyecto en vez de ser de 5.500 metros cuadrados, resultó de más de 8.000 metros cuadrados; hubo que hacer un subterráneo enorme, y un primer piso muy grande. La construcción siguió su marcha, se habilitó la Capilla y se llegó a su inauguración. En este momento hay cinco pisos funcionando, aunque no en su esquema definitivo, ya que hay que solucionar el problema tremendo suscitado por el terremoto que ha hecho mucho daño. La nueva torre nos ha servido inicialmente para paliar el efecto del terremoto de marzo; las reparaciones se están haciendo y luego en ella se albergará —de acuerdo a lo previsto por la Comisión de Desarrollo y el Consejo— Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Traumatología y posiblemente alguna actividad en el área de Psiquiatría. La implementación de esto es un proceso que se va a demorar un par de años y va a mantener muy ocupado a mi querido amigo Ricardo Ferretti.

En el transcurso del mismo tiempo, para poder hacer realidad estas obras, se demolieron laboratorios y edificios, se hicieron hoyos, se construyeron obras varias. Una breve lista de ellas: la habilitación y terminación de Neonatología; el traslado del Laboratorio de Medicina Nuclear, el Laboratorio de Urgencia y el de Electroencefalografía al subterráneo; habilitación de un

4° piso de Pensionado. La Universidad tuvo la generosidad de entregarnos varios edificios: donde está ahora la Facultad y la Escuela (Lira 48); el próximo, que era el Policlínico (Lira 50); y la esquina (Lira 52). Ello permitió el traslado al edificio de la Escuela de Medicina y la Facultad y de los Laboratorios de Hematología, Endocrinología y Nutrición; en Lira 52 se instaló la Administración y el Laboratorio de Citología. Por otro lado, se ocupó un ascensor del Centro de Diagnóstico y se instaló en el edificio C (de las monjas), donde se radicó el Departamento de Enfermedades Respiratorias en el cuarto piso; Nefrología y Diálisis en el tercero; se remodelaron los pabellones del tercer piso del Hospital y de la Maternidad. Se instaló un microscopio electrónico en el subterráneo, donación de la Fundación Alexander von Humboldt; se instaló un Scanner de última generación en el primer piso, comprado con un crédito de más de un millón de dólares, que deberá ser pagado; se instaló un Laboratorio de Farmacología Clínica; se echó a andar una toma de muestras en Apoquindo.

Quiero agradecer a todos los que colaboraron con esto, porque cada uno dio mucho de sí. Esto no es un proyecto mío, ni del Consejo de Facultad; este es un proyecto de la Facultad entera, porque no hay nadie en esta aula que no haya estado involucrado en el proceso.

Hice esta enumeración, que parece aburrida, pero que es necesaria para que todos recuerden los desvelos, esfuerzos y lo que sufrieron en esta misión, que es para todos.

Durante mi período la Facultad tuvo importante y permanente actividad en comisiones externas: CONDAS —Comisión Nacional Docente Asistencial—; con el Ministerio de Salud, sesiones para estudiar los problemas de los becados, de la medicina, de la educación en general, reuniones poco rendidoras pero a las cuales tiene que asistir el Decano. La ASOFAMECH, donde se juntan los seis Decanos, institución importante donde se norma, conversa o dialoga sobre la educación, sus problemas y dificultades tanto en pre como en posgrado.

Organismo derivado en parte de ella es la CONACEM, comisión que certifica las especialidades médicas, en la cual el Dr. Salvador Vial y otros han tenido un papel preponderante al obtener que haya título de especialista y acreditación de hospitales docentes. En el área de Salud Sur-Oriente ha habido una actividad permanente, apoyando y reforzando a través de contratos de nueva gente que haga labor académica. La comisión convenio ha sesionado mensualmente tanto en Puente Alto como en la Universidad Católica; así se llegó a aprobar y firmar el convenio docente-asistencial modificado, ya que después de quince años de estar trabajando en esa área nos percatamos que el convenio inicial firmado por el Rector Fernando Castillo Velasco no había pasado por la Contraloría. El convenio actual ha tenido dos viajes a la Contraloría.

Se amplió el convenio Hospital del Trabajador, incluyendo el aporte de esa institución para una beca de Traumatología. Ahora, en docencia de pregrado la actividad del Consejo Interdepartamental ha sido contundente, sólida; hay numerosos cambios que yo creo que no es el momento que dé cuenta; ustedes podrán leer esto en el documento correspondiente.

¿Cuáles son en este momento los problemas más relevantes en mi opinión? En un listado mío, un poco desordenado, les podría decir lo siguien-

te: esta Facultad de Medicina en el momento actual tiene un capital humano satisfactorio; el ingreso de gente nueva por los distintos concursos va enriqueciendo a la Facultad. Tiene también un capital humano en nuestros alumnos, ya que —si los puntos lo dicen— estamos recibiendo lo mejor. Tenemos personal administrativo, paramédico, de enfermería óptimo; estamos tranquilos y tenemos un prestigio en lo institucional docente; la investigación, la asistencia en medicina, creo que sobresaliente a nivel del país. Lo digo así, porque lo siento.

Respecto de los alumnos de pregrado, tenemos que mejorar algunas cosas para que ellos sean mejores de lo que son: debemos ocuparnos de sus conocimientos, destrezas, habilidades y del espíritu científico, de su capacidad de autoaprendizaje, de todo lo que se ha mencionado hoy, de la ética y la formación humana. Los que somos médicos clínicos, aquellos que somos especialistas, debemos dedicar más tiempo a ellos, para transmitir lo que es un médico. Es una labor futura muy importante, hay que darles modelos, ejemplos, convivir más con ellos, salirnos un poco de la especialidad y del laboratorio y transmitirles todo lo bueno en forma más personal.

En posgrado lo dicho sucede con mucho más naturalidad, ya que los becados están más cerca del docente, de los problemas médicos, conviven más. Además son más maduros y más receptivos. El alumno de posgrado adquiere el sello de la Universidad Católica en dos o tres años; los alumnos de pregrado, que pasan siete años, no alcanzan el sello del cual hablo. Probablemente allí hay algo que corregir con cuidado y precaución, pero con fuerza y determinación.

Nosotros, el cuerpo de docentes, debemos mantener esto que estamos viviendo y que en general hemos vivido siempre, salvo breves interrupciones que se han subsanado, de solidaridad entre cada uno de nosotros, independientemente de departamentos, especialidades, edades, maneras de pensar, caracteres. Solidaridad entre nosotros significa solidaridad con nuestra institución. Nuestros docentes deben perfeccionarse; la Facultad tiene que poner las herramientas, el cómo, cuándo, dónde, y los recursos; no ha sido poco lo que se ha hecho respecto del perfeccionamiento de nuestro cuerpo docente en ayudas discretas, pero reales. Es función primordial de la institución que el docente no se estanque, no se rutinice, no se convierta en un repetidor, y, al contrario, sea un germen de continuo estudio y progreso. El docente debe cooperar más en la docencia de pregrado, adhiriendo a los principios que sustentamos. Adherir significa estar de acuerdo, pensar que los principios son buenos, no oponerse y no tener conductas contrarias a los principios de la institución.

Un problema central, que lo voy a enunciar, es el cómo se debe manejar la Facultad de Medicina con sus 1.200 funcionarios, trescientos docentes, mil alumnos, miles de beneficiarios, etc. En este momento el presupuesto de la Facultad de Medicina en un 80% es autogenerado. ¿Cómo debemos conducir las relaciones entre la Facultad y la Universidad? En este sistema de autonomía y autogestión, y de libertad administrativa, corremos el peligro de llegar a representar una carga de un cero por ciento en el presupuesto de la Universidad, lo cual no es aceptable. Ha sido hasta ahora una lucha dura y difícil, porque el socio en realidad es nuestro Padre; la Universidad está pasando por períodos muy difíciles. Ello no significa que debamos transar en

procurar que el financiamiento de la investigación, la existencia de un eventual proyecto BID, el crecimiento de las bibliotecas, los nuevos cargos académicos, sean de responsabilidad de la Universidad.

¿Qué desafíos existen a corto, mediano y largo plazo? En los próximos meses y años hay que completar la ocupación de todas las instalaciones nuevas que tenemos; en el presupuesto para el año '86 hay una provisión de fondos suficiente como para que parte de ello se pueda hacer. Es fundamental remodelar en el antiguo hospital el sector de pabellones, recuperación, anestesia, que no están diseñados para absorber el tremendo crecimiento.

Un proyecto que tendrá que desarrollarse es el del Fondo de Retiro, que considera la construcción de una nueva torre para un Pensionado que sea competitivo a nivel de Santiago, y que así permita que nuestros académicos ejerzan la medicina privada al interior de la institución, que nuestros pacientes no sean rechazados o postergados por un Pensionado pequeño, como el actual. Este proyecto tiene un financiamiento factible que no consulta endeudando más a la Universidad, completa el Hospital a 650 camas y lo deja como un gran centro para Santiago, con el prestigio de la institución.

Las autoridades tendrán que preocuparse del deterioro progresivo de las remuneraciones de los académicos y del personal no académico. Hemos tratado de hacer correcciones puntuales, de ayudar a los de menos ingresos, a los con dedicación exclusiva, pero es insuficiente y en algún momento se tendrá que estudiar a fondo en forma imaginativa una solución, que no necesariamente signifique estirar la mano y mendigar allá donde no lo hay.

La Psiquiatría debe ser incorporada en nuestro Hospital Clínico Universitario; es una convicción, que en algún momento del futuro próximo debe hacerse.

La Salud Pública ha tenido un notorio desarrollo y pienso que debe hacerlo más, para ocupar el lugar que le corresponde, en conjunción con otras actividades de la Universidad, buscando modelos de Salud Pública que sean más lógicos, un poco más justos, un poco más accesibles para la gente que tiene menos recursos en este país, aplicable a las condiciones económicas de aquí al año 2000.

Estoy seguro de que después de este Encuentro de Académicos la formación de un Centro de Ética Médica va a ser realidad, porque eso ya está andando y responde a un problema central de la medicina de hoy.

La estructura departamental de la Escuela de Medicina, que ha rendido frutos extraordinarios y ha sido incluso envidiada por otras instituciones de docencia, debe ser sometida a revisión. No podemos seguir incorporando e incorporando departamentos hasta que el Consejo Interdepartamental sea una asamblea enorme, con treinta o más departamentos.

La investigación debe ser apoyada en forma directa y concreta. No tenemos recursos en este momento, pero es una prioridad de la Facultad. Debemos luchar para crear un Centro de Investigaciones Clínicas, dotado de un equipamiento más racional que el actual, donde los escasos recursos están dispersos en diez o quince laboratorios, repitiendo esfuerzos con equipos envejecidos y en malas condiciones. Ese Centro será una realidad en el futuro próximo, estoy convencido.

La educación médica continua es un desafío para una Facultad de Medicina Católica; es una manera de llegar con nuestros pensamientos, nuestra