





BOLETÍN  
DE LA  
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA  
Nº XLIII, 2006

ISSN: 0716 - 2588

REPRESENTANTE LEGAL  
Dr. *Alejandro Goic Goic*

DIRECCIÓN POSTAL  
Clasificador 1349  
Santiago - Chile

Las expresiones vertidas por los académicos son de su responsabilidad y no representan necesariamente la opinión oficial de la Academia.

Se acepta canje con revistas similares

Diagramación e Impresión Digital  
LOM Ediciones Ltda.  
Maturana 9 / 13, Santiago de Chile  
Fonos: 6722236  
Fax: 6730915  
Se terminó de imprimir  
en Mayo de 2007

## ÍNDICE

### CONFERENCIAS ACADÉMICAS

El impacto de la globalización en los currículos de estudios médicos. DR. ELSO SCHIAPPACASSE F.	7
Impacto del déficit calórico durante los primeros períodos de la vida y su repercusión posterior. DR. FERNANDO MÖNCKEBERG B.	17
La medicina chilena entre dos sets de valores: la ética de la Biblia y las éticas de origen humano. MONSEÑOR DR. BERNARDINO PIÑERA C.	47
Teorías de la emoción. DR. SERGIO FERRER D.	59
Normas de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. DR. RICARDO CRUZ-COKE M.	77
Pasión por la verdad: los investigadores que estuvieron dispuestos a inmolarse. DR. PEDRO ROSSO R.	89
Los idiomas nativos y extranjeros en la toponimia a lo largo de Norte a Sur de Chile. DR. ERNESTO MUNDT F.	107
¿Qué es medicina interna? DR. HUMBERTO REYES B.	115
La educación en Concepción desde el siglo XVI hasta la creación de la Universidad de Concepción. DR. CARLOS MARTÍNEZ G.	131

### DOCUMENTOS

Panorama actual de la educación médica en Chile. DRS. RODOLFO ARMAS M. Y ALEJANDRO GOIC G.	145
PREMIO NACIONAL DE MEDICINA 2006	
Origen, fundamentos y perfil del Premio Nacional de Medicina. DR. OCTAVIO ENRÍQUEZ L.	157
Discurso de Presentación del Dr. Alejandro Goic Goic Premio Nacional de Medicina 2006. DR. HUMBERTO REYES B.	161
Discurso de Recepción del Premio Nacional de Medicina. DR. ALEJANDRO GOIC G.	165
INFORME ANUAL DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA	171
ACTIVIDADES DE LOS ACADÉMICOS	177
OBITUARIO	207
RESEÑA BIBLIOGRÁFICA	215
ANEXO	219



## EL IMPACTO DE LA GLOBALIZACIÓN EN LOS CURRÍCULOS DE ESTUDIOS MÉDICOS<sup>1</sup>

DR. ELSO SCHIAPPACASSE F.  
Académico Correspondiente

INTRODUCCIÓN. Expertos internacionales en diferentes áreas del conocimiento, al analizar los principales acontecimientos acaecidos en las últimas dos décadas, sostienen que la globalización parece ser el fenómeno más importante y trascendente de la era actual.

*¿Qué entendemos por globalización?*

Es un proceso multidimensional cultural, económico, político, territorial, etc. que produce una creciente interdependencia de los pueblos de todo el mundo, a través de ir estrechando espacios, estrechando tiempo y haciendo desaparecer fronteras. Este proceso ofrece grandes oportunidades para enriquecer la vida de los pueblos y crear una comunidad global basada en compartir valores (aldea global).

Este proceso considerado inevitable, llegó para quedarse y afectará radicalmente a toda la humanidad, en todos los aspectos de la vida. No existe refugio contra la globalización. Tiene aspectos positivos y negativos, ventajas y desventajas.

Se habría iniciado hace 5.000 años cuando la humanidad inició la sedentarización y luego la vida urbana.

Las grandes empresas transnacionales son los principales motores, pues la escala global de producción de bienes y servicios ha traído competencias enormes referentes a mejorar calidad del producto, hacerlo más económico, más seguro.

La propagación explosiva de la globalización en los últimos años se debería: a la explosión demográfica, la multiplicación y velocidad de las comunicaciones, a la caída del muro de Berlín.

La medicina ha sido parte de un cierto tipo de globalización, aunque más limitada y no tan profunda, desde mucho tiempo, debido a factores esenciales como lo es: la atención médico-paciente, los múltiples congresos médicos de carácter internacional; las estadías de perfeccionamiento en el extranjero; las diferentes organizaciones gremiales médicas con intercambios frecuentes.

En la actualidad se ha intensificado la cobertura e intensidad de la globalización y este hecho ha ido produciendo cambios progresivos y significativos en los sistemas y políticas de salud como también en los diversos organismos que se ocupan de la

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 5 de abril de 2006.

Educación Médica de pre y postgrado. Se han intensificado las reuniones intercontinentales de Educación Médica, con amplia concurrencia de participantes de diferentes regiones del mundo, y se han ampliado en forma significativa los diferentes organismos que se ocupan de la Educación Médica en Norteamérica, Europa, América Latina, Asia, África.

Estos hechos han llevado a aumentar la inquietud por los problemas de salud en los países, adquiriendo el sector salud una mayor prioridad para la población, y especialmente para los gobiernos, debiendo destinarse cada vez mayores recursos para los crecientes gastos de salud que se originan.

La Organización Mundial de la Salud y la Confederación Mundial de Educación Médica, trabajando en conjunto han ido en forma oportuna monitoreando los diferentes procesos que se van desarrollando, asesorando los trabajos en los diversos continentes.

En un mundo que cada vez más se va globalizando en forma continua, se producen cambios día a día que impactan tanto a la sociedad como a la profesión médica, creándose nuevos entornos y escenarios sanitarios. Estos entornos producen cambios en las expectativas que tiene la sociedad respecto a las posibilidades de la atención sanitaria y de los sistemas de salud.

Las expectativas vienen condicionadas por los procesos de cambio social que se originan en los aspectos demográficos, epidemiológicos, tecnológicos, económicos, laborales, mediáticos, judiciales, políticos y éticos; estos cambios acaecidos en todo el planeta determinan la adopción de un conjunto de roles por parte de la profesión médica en nuestra sociedad y obligan a definir un nuevo modelo de contrato social. El modelo tradicional no respondería ya a las nuevas expectativas sociales.

Los cambios en el entorno, con sus nuevas necesidades sociales, ya están promoviendo nuevos roles que deberían ir adoptando los médicos; como: intermediario (comunicador), gestor del conocimiento, experto, profesional, cuidador, gerente-directivo, gestor de recursos sanitarios, agente principal del sistema.

Este modelo de multiplicidad de roles permite definir un conjunto de responsabilidades y obligaciones de la profesión médica que determinan un nuevo código de valores en torno al concepto de «profesionalismo». La profesión médica ha reaccionado frente a las críticas que se formulan frente al déficit en las competencias profesionales y en las buenas cualidades personales que debe tener cada médico.

Las críticas principales se orientan a: aspectos humanitarios, éticos, de compasión, de respeto y dignidad hacia los pacientes.

El profesionalismo médico se ha extendido a la mayoría de los países y se ha publicado en 1999 (1) un documento que se denomina Proyecto Profesionalismo médico que consta de tres principios fundamentales y una serie de responsabilidades con la sociedad.

Los principios son a) primacía del bienestar del paciente b) la práctica del altruismo y c) la autonomía del paciente.

Las responsabilidades son: competencia profesional de por vida, honestidad y confidencialidad en los pacientes, relaciones apropiadas con los pacientes y perfeccionar la calidad de la atención.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en 1996, se redacta el Medical School objectives Project (2) que engloba los requerimientos que un médico graduado debía poseer.

En forma progresiva, a nivel mundial ha existido una gran inquietud por todo cambio curricular que trate de incluir los aspectos más importantes del «profesionalismo médico».

Los principales cambios demográficos, se refieren a tres fenómenos sociales ocurridos y que siguen ocurriendo al mismo tiempo:

- El aumento de la longevidad de la población.
- La baja tasa de natalidad, y
- El incremento de la inmigración procedente de otros países.

Además existe una prevalencia de enfermedades crónicas, un patrón comórbido de enfermedades, rapidez del progreso científico, intensidad del cambio tecnológico, la globalización de la economía, la judicialización de la práctica médica, mayor presencia de la sanidad en los medios de comunicación, la aparición de un usuario informado por el acceso inmediato y universal a la información y al conocimiento.

Además se observa una complejidad asistencial mayor, incremento de la incertidumbre en la práctica clínica, mayor tendencia a la subespecialización, diversificación profesional entre las profesiones sanitarias, aparición de asociaciones de usuarios, incremento del conflicto de intereses, disponibilidad de una mayor oferta de posibilidades de prestaciones sanitarias, riesgo de indiferencia o relativismo moral respecto a las consecuencias de los cambios en curso.

Aparición de necesidades emergentes en la población y por lo tanto un aumento de la demanda de nuevas prestaciones sanitarias.

Rápida adopción de nuevas tecnologías sanitarias, encareciendo el gasto en salud, con amenazas a los sistemas sanitarios modernos, al producir una tensión entre el exceso de posibilidades y la limitación de recursos, por un lado, y la búsqueda del equilibrio entre efectividad, equidad y eficiencia, por el otro.

Los valores son entidades abstractas con una gran capacidad para condicionar conductas y actitudes. Se hace necesario tener en cuenta los valores del profesionalismo médico como modelo de referencia y también supone la asunción de un nuevo modelo de formación y de aprendizaje.

La profesión de médico implica, de por sí, el desarrollo de competencias específicas.

Existen infinidad de cambios curriculares, en todo el mundo, especialmente en los últimos quince años.

En 1990 (3) la sociedad española de Educación Médica desarrolló una reforma de los planes de estudios de pregrado de las Facultades de Medicina de España, que incluyó: Misión, Objetivos, Perfil del Licenciado, características del producto, las competencias en aspectos básicos y las bases adecuadas para la formación posterior en cualquier especialidad. Especial énfasis tuvo la definición de las competencias. Se definieron dos niveles de competencias: a) las competencias nucleares (para todos los médicos) y b) otras competencias.

En la definición de competencias participaron: Facultades de medicina, Administración Educacional y Sanitaria, Sistema Público de Salud, Organizaciones profesionales, el Instituto Internacional para la Educación Médica.

En 1999 (4) se creó el International Institute for Medical Education (IIME) en Nueva York que dio un fuerte y rápido impulso a la importancia de las competencias en la formación de todo tipo de médicos. Se crearon tres comités.

a) *Comité Promotor* (Steering Committee)

Comité Asesor para el liderazgo del Instituto en la implementación del Proyecto.

Formado por ocho expertos (en educación médica y políticas sanitarias, con experiencia internacional)

b) *Comité Nuclear* (Core Committee)

Este comité debe definir y formular “requisitos globales esenciales mínimos” (RGEM). Lo forman 17 expertos en Educación Médica de distintas regiones mundiales, que deben definir los conocimientos, habilidades, actitudes que deben lograr para licenciarse.

c) *Comité Consultivo* (Advisor Committee)

Lo forman representantes de las 14 organizaciones mundiales más importantes en Educación Médica.

Las organizaciones mundiales que han participado en estos diferentes comités y en todos los procesos que se citan en esta publicación son:

- Asociación Americana de Escuelas de Medicina Acreditadas (AAMC).
- Asociación Europea de Escuelas de Medicina (A of ME in Europe).
- Asociación Médica Americana (Am. Med. Association).
- Comisión Educacional para Médicos Graduados (USA) Extranjeros (Ed. Commision for Foreign Med. Graduates) .
- National Board of Medical Examiners (USA).
- Federación Panamericana de la Asociación de Escuelas de Medicina.
- Red para la Unidad en Salud (Network Towards Unity for Health).

- Federación Mundial para la Educación Médica (World Federation for Medical Education).
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization).

El comité nuclear del IIME (Internacional Institute for Medical Education) definió las competencias esenciales mínimas en siete dominios:

- Valores, actitudes, conductas y éticas profesionales.
- Bases científicas de la Medicina.
- Habilidades clínicas.
- Habilidades relacionales o comunicativas.
- Salud Poblacional y sistemas sanitarios.
- Gestión de la información.
- Pensamiento crítico e investigación.

El plan que ha elaborado el International Institute for Medical Education en Nueva York y en el que participan los principales organismos mundiales de Educación Médica, se indica en un orden cronológico a continuación.

Después de definir las competencias esenciales mínimas (RGEM) en los siete dominios citados anteriormente, en la conferencia mundial de Copenhague en el año 2003, se definieron las competencias esenciales mínimas ("RGEM") (5) en el área de conocimientos, habilidades y conductas profesionales y éticas.

En esta secuencia programática se solicitó identificar y desarrollar métodos necesarios para evaluar las competencias de los graduados, para así poder evaluar si la facultad está proporcionando las experiencias educativas que permitan a sus estudiantes adquirir dichas competencias.

En una fase siguiente se iría a la implementación experimental o programas pilotos aplicando metodologías evaluativas de las competencias en un número limitado de Facultades de Medicina en China. La etapa siguiente sería la puesta en práctica de programas correctores de las debilidades detectadas en los procesos educativos previos y así ver si se han logrado corregir las deficiencias.

La última fase de este proyecto del Instituto Internacional de Educación Médica, con sede en Nueva York, con la participación de las diferentes organizaciones mundiales de Educación Médica sería la globalización: compartir los resultados del proyecto piloto con la comunidad ejecutiva global y así se facilitaría el desarrollo de una red global de Educación Médica.

Desde el año 1999, en que se constituye el IIME, se han organizado numerosos eventos internacionales con el propósito de establecer y dar amplia difusión a los requerimientos esenciales mínimos globales en la Educación Médica ("RGEM"):

- Reuniones anuales de la Asociación Americana de Facultades de Medicina, especialmente la del año 2001, y la del 2004, en que se tratan temas específicos de este proyecto.
- Reuniones periódicas de la Asociación Europea de Educación Médica, especialmente la del año 2001, que convoca a 50 países, y en que se analiza el proyecto y donde asisten 800 participantes.

#### LA DEL AÑO 2002 EN LISBOA.

En el año 2003 se desarrolla en Copenhague la conferencia Internacional de la Federación Mundial de Educación Médica en que se analiza el tema: "El Profesionalismo Médico en tiempos de Globalización".

En el año 2004, en Edimburgo, la Asociación Europea de Educación Médica, trata el tema "Panel de los estándares internacionales de Educación Médica".

En el año 2004, en Barcelona, se desarrolla la conferencia Internacional Ottawa, que trata de los "Requerimientos mínimos esenciales globales".

En el año 2004 en China, se exponen los resultados de los exámenes efectuados a los alumnos que han participado en el proyecto.

En el año 2004, en Nueva York, se reúnen expertos para definir lo que se entiende por un graduado médico completo.

Otra gran importancia que tiene la globalización en estos impactos curriculares es el Informe Bolonia (1995) que se refiere a un área de convergencia de la educación superior en los diferentes países de la Unión Europea, en que se trata de lograr por medio del uso de competencias, la homologación de mallas curriculares; el uso de un sistema especial de créditos para servicio de transferencia y acumulación de créditos y además, serviría para la certificación y recertificación de los profesionales.

Para facilitar este importante proyecto que tiene alcances mundiales, se usó un currículo basado en competencias.

Este tipo de currículo es más funcional a una estrecha relación entre educación y trabajo y el concepto de competencia otorga un sentido de unidad e implica que los elementos del conocimiento tienen sentido sólo en función del conjunto; en una experiencia de aprendizaje en el campo del conocimiento existirían tres tipos de saberes: el conceptual (saber conocer), el procedimental (saber hacer) y el actitudinal (saber ser).

Este tipo de saberes son integradores que involucran la reflexión sobre el propio proceso de aprendizaje (metacognición).

Para diseñar una competencia es necesario realizar un análisis ocupacional.

Las competencias del egreso de un médico no son iguales a las competencias profesionales, son predecesoras y se debe continuar aprendiendo a través de nuevas experiencias por medio de la actualización permanente.

El año 2005 se desarrolló en Barranquilla (Colombia) un Seminario Internacional acerca de "Currículo Universitario basado en competencias" (6). En este seminario se presentó una ponencia: "Hacia un currículo por competencia en la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad peruana Cayetano Heredia".

En este tipo de currículo basado en competencias, las concreciones son lentas y las conceptualizaciones y metodologías son igualmente lentas.

Sin duda la creación del Instituto para la Educación Médica Internacional en 1999, por la "China Medical Board de Nueva York" le ha dado un impulso considerable a la Educación Médica en todo el mundo.

El "China Medical Board" empezó sus operaciones en 1914 como una división de la Rockefeller Foundation.

En 1928, pasó a ser una Fundación independiente, dedicando sus fondos especialmente para apoyar al personal de salud y a la Educación Médica en China y en países del sudeste asiático.

Su misión actual es recolectar información mundial acerca de los requerimientos y estándares de la educación médica de pregrado y desarrollar los requerimientos mínimos esenciales y globales de la educación médica que son necesarios para equipar a todos los médicos sin importar donde han sido formados con conocimientos médicos, habilidades, actitudes profesionales y conductas de valor universal.

En su base de datos tiene a 1800 Escuelas de Medicina en 165 países, con alrededor de 6 millones de médicos.

En el devenir van a continuar los avances rápidos en ciencias biomédicas, tecnologías de información, biotecnologías que pueden presentar desafíos éticos, sociales y legales para la profesión médica.

La educación médica deberá preservar un sano equilibrio entre la ciencia y el arte médico y respetar las condiciones culturales y sociales de cada país. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rosselot E. Profesionalismo: una actualizada expresión para el ejercicio ético de la medicina. *Bol Acad Med Chil Medicina* 2003;40: 127-139.
2. Learning objectives for medical student education guidelines for medical schools: report of the medical school objectives project. *Academic Medicina* 1999; 74:13-18.
3. S. Escanero, M Fonseca, A Gual, J M Manso. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las Facultades de Medicina españolas. *Educ. Med mar* 2005, vol 8, N°1 p. 03-07.
4. M Roy Schwartz MD; Andrzej Wojtczak. Institute for International Medical Education [Webmaster@iime.org](mailto:Webmaster@iime.org)
5. David Stern, Andrzej Wojtssak, Roy Schwarz. Conferencia Internacional de la Federación Mundial de Educación Médica. *Medical Teacher* 25:6. 2003 pp. 589-595.
6. Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). I Seminario Internacional sobre currículo Universitario basado en competencias. Julio 25, 2005. [email.cabrera@uninorteedu.co](mailto:email.cabrera@uninorteedu.co)

## COMENTARIOS

Ac. CARMEN VELASCO. Felicito al Dr. Schiappacasse por su brillante exposición que logró resumir las innumerables conferencias y seminarios sobre el tema que se han realizado durante varios años. Casi todas las Facultades de Medicina están de acuerdo con la globalización y los avances en educación; sería interesante hacer un análisis de cuántas de ellas están cumpliendo y con qué resultados.

Ac. SCHIAPPACASSE (Relator). Tengo bastante tiempo porque el Decano actual me ha dado todo tipo de facilidades para que pueda trabajar en una oficina en el tema de la Educación médica, lo que a mí me gusta mucho. Comencé el gusto por la educación cuando estaba en el colegio; me acuerdo de un compañero que me hacía clases de matemáticas, porque yo pensaba ser ingeniero pero, gracias a Dios, me fui a la medicina y creo que he sido el médico que más becas de la OPS ha recibido, 8 becas de la OPS en distintos países. Cuando yo iba a las becas mis compañeros se reían y me decían éste es el de la educación médica. En una oportunidad en Estados Unidos me tocó dirigir un convenio entre la Universidad de Concepción y la Ohio State University, me di cuenta de la grandeza del pueblo americano, no hablo de los gobiernos sino del pueblo americano, esa honestidad, ese trabajo y ese sentido de patriotismo que tienen. Digo todo esto porque tuve oportunidad de ir y visitar varias universidades en Estados Unidos y en todas partes eran iguales. Encontré algo que no sé si acá en Chile se le da mucha importancia: donde yo pasaba había alumnos estudiando a la hora que fuera, por supuesto en la biblioteca y también en la cafetería, en los pasillos; en cambio en Chile veo que recién ahora están estudiando un poco más. Siempre les pregunto a los alumnos cuántas horas han estudiado y un alumno hace poco me contestó yo estudio sólo para las pruebas, le dije que estaba liquidado y que no tenía futuro. Creo que hay que insistir mucho en el contenido y en que deben estudiar más.

Ac. NORERO. Me sumo a las felicitaciones para el Dr. Schiappacasse. Quería comentar que el gobierno de Chile está bastante bien encaminado para enfrentar el tema de la mejoría en la calidad de la Educación Superior y de la equidad, que es trascendente para el actual gobierno, a través de los programas MECESUP, que como se sabe terminaron la primera etapa y comienza la segunda etapa que se llama MECESUP II Bicentenario, que tienen dos componentes que son muy importantes para mejorar realmente la educación superior chilena. Una primera etapa que va a la mejoría de la gestión universitaria y dirigida a las instituciones propiamente tales y una segunda etapa que va dirigida a los cambios curriculares en base a competencias. Esta segunda etapa va a entrar en concurso en el segundo semestre del presente año y están muchas Universidades y Carreras intentando participar en un mecanismo de obtención de fondos como para efectuar estos cambios curriculares. Un cambio curricular de cualquier nivel, por pequeño que sea, significa un gasto importantísimo para una Facultad de Medicina, por lo tanto hay que tratar de apoyarse económicamente de alguna manera.

El otro punto es la trascendencia que tienen estos programas de MECESUP II. Es el seguimiento de los egresados a quien el Dr. Schiappacasse hizo referencia en el curso de su exposición, porque es un gran pecado que en Chile no se haya seguido a los egresados; hay muy pocas universidades que tienen un seguimiento y saben lo que los egresados están haciendo y cuál es el rol que están cumpliendo en la sociedad chilena. Este es un compromiso importante que tenemos que efectuar las universidades y que incidió precisamente en que las carreras que han sido acreditadas por la Comisión Nacional de Acreditación, fueran en algunos casos castigadas por no tener un mecanismo de seguimiento y no saber y no poder, por lo tanto, responder a las expectativas que tiene el público en general y las instituciones que

contratan a estos egresados sobre las competencias que deben de tener en la práctica. Entiendo que uno entra en una especie de vorágine de competencias y todos hablamos de competencias; no se trata exclusivamente de competencias, es que hay que mantener un núcleo importante de los que son los valores universitarios propiamente tales y no solamente la competencia. Creo que es un elemento que no lo debemos dejar de lado.

El Dr. Schiappacasse no nombró otro elemento que es importantísimo en este momento y que son los proyectos Tuning, que son los de sintonía de las universidades con los requerimientos que tiene la sociedad respecto a la formación de sus egresados, y creo que ese es también un elemento que es bastante importante para llevar al profesionalismo al que el Dr. Schiappacasse se refería en el curso de su exposición.

Ac. VERDAGUER. Felicidades al Dr. Schiappacasse por esta excelente presentación. Quería contarles cómo estos nuevos conceptos sobre educación médica están influenciando nuestra evaluación en el postgrado. Hemos tenido diversas reuniones en distintos países del grupo de profesores universitarios de la Asociación Panamericana de Oftalmología y con técnicos de la Educación Médica, y se nos ha presentado la enseñanza de la medicina comparándolo con una pirámide que a mí me parece muy gráfica. La base de la enseñanza es conocimiento teórico pero el vértice, la culminación de la enseñanza es el hacer las cosas y nosotros tenemos mucha tendencia a medir el conocimiento teórico, mediante pruebas, interrogaciones orales o escritas y poco medimos el hacer. En el postgrado hemos cambiado completamente y ahora el becado que está dando examen después de cada una de sus pasadas, tiene que examinar un enfermo en presencia del examinador que está callado observándolo, en todas las fases de la anamnesis, cómo se presenta el becado al paciente, en seguida cómo examina al paciente, qué exámenes hace y después se mide el profesionalismo en la forma en cómo es tratado el paciente, la cortesía que ha usado, la forma en que le ha presentado el plan al paciente, las posibilidades, las opciones terapéuticas, si ha usado un lenguaje apropiado, comprensible para el enfermo. Finalmente, una vez que el enfermo sale es interrogado después de una hora de observación. Entonces estamos midiendo no solamente el conocimiento, lo que tenemos que seguir haciendo en forma profesional, pero medir también cómo realmente se desempeña con un paciente.

Ac. GOIC (Presidente). Demás está decir que la educación médica es sumamente difícil y compleja, es fácil hablar de educación médica pero llevarla a la práctica y formar a los estudiantes no sólo con conocimientos y destrezas sino que internalizar los valores de la profesión exige inteligencia, prudencia, dedicación, vocación por la enseñanza, etc.

La educación médica pasa por momentos o ciclos en que se pone de moda y creo que estamos viviendo ese período. Les contaba recién de la reunión de febrero en Bogotá, el tema fue Educación Médica y ahí cada una de las 18 presentaciones y dos conferencias adicionales, debo decirlo, en un solo día, resultó una expresión de interés en el tema. En Chile en todas las Escuelas de Medicina tradicionales se han hecho reformas curriculares, particularmente las que ocurrieron a mediados del siglo pasado, a partir de la décadas de los 80 y 90. En la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, el proceso inicial de la reforma curricular comenzó el año 1987 con un seminario en que grupos de docentes se reunieron periódicamente durante casi dos años, estudiando los aspectos más críticos de la Educación Médica en esa Escuela en aquella época, y después con una formación de una unidad de planificación de la Educación Médica que trabajó durante 6 ó 7 años para poder culminar la reforma el año 1998, proceso del que además hay que evaluar su resultado. Se puede hacer una reforma pero cuáles son sus resultados, hay que evaluarlos con mucho cuidado.

También quiero decir que la Educación Médica es hoy día casi una especialidad, es decir, las personas que están encargadas del proceso docente tienen que estar actualizados en la literatura sobre educación médica, que es sumamente abundante, y uno de los ejemplos es el propio Dr. Schiappacasse quien ha dedicado una parte de su tiempo al estudio de este problema de la Educación Médica. Sin embargo, quiero llamar la atención en que hay que evitar que las personas que se involucran en la educación médica dejen de ser médicos y dejen de ser docentes, tendencia que uno ve y entonces se convierten en unos teóricos de la educación médica pero no están en la enseñanza diaria de los estudiantes, me parece que ese es un riesgo que debemos esforzarnos por evitar. También evitar algo que señaló hace muchísimos años atrás el Dr. Melinkoff que era un distinguido educador médico de California que estuvo en Chile dando una conferencia. Le publicamos en la Revista Médica un artículo que se llamó "Auxilio, la educación médica se está ahogando en un mar de palabras"; no creo que sea así pero obviamente que es una llamada de estar alerta para que esto no se convierta en meras teorizaciones, que se olvide lo fundamental que es la vocación de la enseñanza y la calidad de los estudiantes y los programas que se les ofrece.

Por último quería señalar que en Chile, por lo menos, la educación médica está muy relacionada con el sistema sanitario. La educación médica se realiza en la interfase de educación y salud y no hay otra manera de hacerlo; en consecuencia, uno lucha por la calidad de la educación pero también hay que luchar por la calidad de la asistencia médica, la calidad de los hospitales y consultorios en donde se lleva a cabo el entrenamiento práctico de los estudiantes. Se podrán tener muy buenas ideas en el plano de la educación médica pero si se encuentra con un sistema sanitario envejecido, desprovisto de tecnología clínica corrientemente aceptada, con una infraestructura indeseable, etc., hay una dificultad mayor para formar a los estudiantes. Además debieran formarse en lugares modelos, en todo sentido, modelo de infraestructura, de administración, de gestión, de acogida, de respeto por las personas, etc., de tal manera que si no tenemos buenos hospitales, buenos consultorios donde se hace la enseñanza, estamos en un grave problema en la educación.

Agradezco nuevamente al Dr. Schiappacasse por habernos traído un tema que es demasiado importante y que está hoy día en el primer plano de la discusión en todas partes del mundo.

# IMPACTO DEL DÉFICIT CALÓRICO DURANTE LOS PRIMEROS PERÍODOS DE LA VIDA Y SU REPERCUSIÓN POSTERIOR<sup>1</sup>

DR. FERNANDO MÖNCKEBERG B.  
Académico de Número

Diversas investigaciones realizadas en animales de investigación, junto a observaciones en humanos, confirman que las deficiencias nutricionales y las situaciones de privación y abandono que pueden ocurrir durante los primeros períodos de la vida, dejan huellas metabólicas y estructurales profundas, que posteriormente repercuten en la edad adulta. Ellas se evidencian en cambios antropológicos permanentes, acompañados de limitaciones en el desarrollo cerebral y cambios metabólicos que más tarde pueden exteriorizarse en una mayor propensión de padecer diversas enfermedades crónicas no infecciosas.

**INTRODUCCIÓN:** El desarrollo del programa genético del organismo humano, requiere durante los primeros períodos de la vida de una elevada disponibilidad de nutrientes y energía. La demanda es especialmente crítica durante las últimas semanas del desarrollo fetal como también durante los primeros años de vida extrauterina. El recién nacido debe duplicar su peso al sexto mes de vida y triplicarlo a los 18 meses. El cumplimiento del programa de desarrollo en los diferentes órganos y sistemas celulares exige un acelerado proceso metabólico, con un alto consumo energético y un elevado aporte de nutrientes indispensables para formar y madurar los diversos órganos y sistemas que van a constituir el organismo humano definitivo.

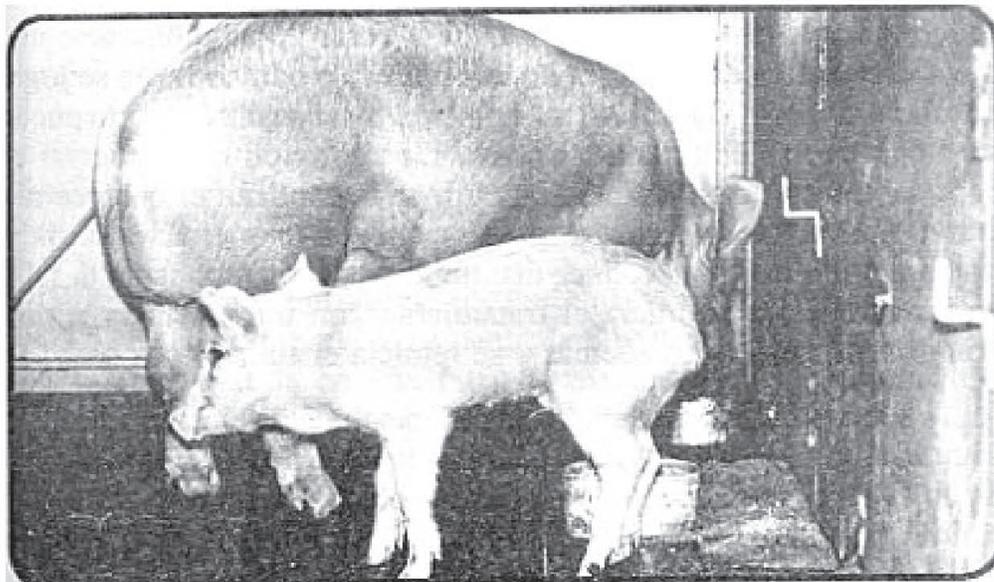
Durante estas etapas, asegurar la adecuada disponibilidad calórica es fundamental. Numerosas investigaciones comprueban que ya en los primeros períodos de la vida se estructura un complejo mecanismo regulatorio, para asegurar la adecuada disponibilidad calórica y de nutrientes de acuerdo a las necesidades que impone el programa en los distintos órganos y tejidos. La regulación se integra en el sistema nervioso central. Específicamente en el hipotálamo. Allí se estructura un diagrama de interconexión neuronal que interactúa con información periférica que llega por vía sanguínea en forma de sustancias químicas y hormonales provenientes de diversos tejidos que inducen la sensación de hambre y/o satisfacción. Allí éstas se procesan según sean las necesidades de la homeostasis del balance energético.<sup>2</sup> De acuerdo a las informaciones periféricas, el centro hipotalámico activa la producción de hormonas necesarias para que los diferentes órganos y tejidos desarrollen los programas de multiplicación y maduración celular correspondientes.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 3 de mayo de 2006.

<sup>2</sup> Flier J., Regulating energy balance: the substrate strikes back. *Science* 2006;312: 861-64.

<sup>3</sup> Cota D, Proulx K, Smith B, Kozma S, Thomas G, Woods S, Seeley R, Hypothalamic mTOR signaling regulates food intake. *Science* 2006;312: 927-30.

**FIG.1**

**Cerdos de la misma camada, de seis meses de edad. Uno de ellos ha recibido una dieta normal, mientras el otro ha recibido una dieta hipocalórica. La detención del crecimiento del segundo, es evidente.**

Pero en ocasiones factores ambientales adversos pueden afectar la disponibilidad calórica. Durante el embarazo un desabastecimiento calórico prolongado necesariamente interfiere el proceso de crecimiento y desarrollo fetal, entorpeciendo la expresión del programa genético. Frente a esta circunstancia la regulación central permite una gran plasticidad, que si bien logra la sobrevivencia, llega a producir cambios metabólicos perjudiciales, que entre otras cosas se van a reflejar en el bajo peso al nacer y retardo en la madurez. Este puede producirse incluso en madres saludables por diversos factores que «restringen la condición de acogida materna», ya sea por el tamaño reducido de la madre, la edad, la pariedad, los embarazos múltiples u otras limitantes que en definitiva afectan el abastecimiento calórico al feto.<sup>4</sup> Pero son las situaciones patológicas, como alteraciones placentarias, desnutrición materna gestacional, o desnutrición materna crónica, las que con mayor intensidad y frecuencia afectan el crecimiento y desarrollo del feto.<sup>5</sup>

En el recién nacido, en condiciones fisiológicas, el desabastecimiento calórico ambiental durante la vida extrauterina, es detectado por células de distintos órganos

<sup>4</sup> Gluckman Peter D, Hanson Martck A. Living with the past: evolution, Development and pattern of disease. Science 2004;305, pp 1733-45.

<sup>5</sup> Rosso Pedro. Desnutrición materna y crecimiento fetal. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E, y Rosselot J (editores) Pediatría, Vol. 1, Mediterraneo, Santiago Chile. Cuarta Edición, 1991: 284-87.

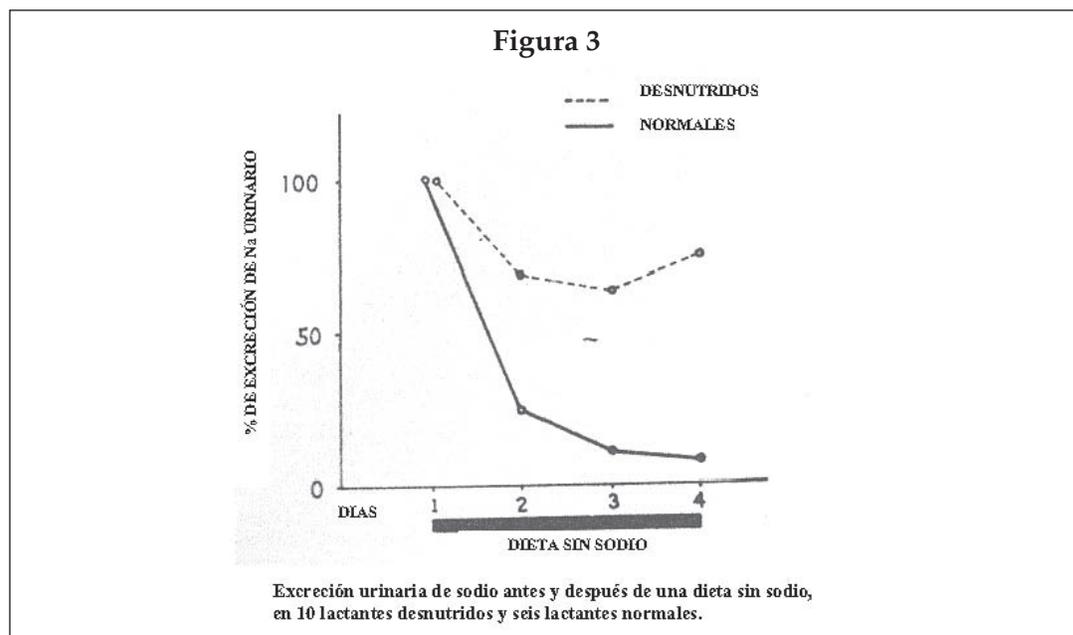
FIG.2



Dos lactantes de la misma edad (seis meses). El de la derecha ha tenido una nutrición adecuada y un crecimiento normal. El de la izquierda ha sufrido un marcado retraso del crecimiento por una desnutrición grave. Se puede observar que el diámetro del cráneo de este último es mucho menor.

del sistema digestivo o por las células del tejido adiposo, que responden produciendo y enviando diversos mensajeros hormonales, que viajando por vía sanguínea llegan al hipotálamo despertando la sensación de hambre. Tal es el caso por ejemplo, de la leptina producida por los hepatocitos, o varios otros polipéptidos y hormonas producidos en el aparato digestivo.<sup>6</sup> Pero es la desnutrición calórica crónica, durante los primeros meses o años de vida, la que realmente puede llegar a afectar gravemente el crecimiento y desarrollo del niño. Estudios en animales de experimentación demuestran que la restricción en el aporte calórico desencadena mecanismos centrales hipotalámicos que activando hormonas, viajan por vía sanguínea a los tejidos periféricos, disminuyendo el gasto calórico al activar o desactivar genes que optimizan la conservación de energía. Sin embargo, la plasticidad, se logra a costa de entorpecer y limitar el proceso de crecimiento y desarrollo del organismo. Es así como la restricción calórica drástica puede incluso llegar a detener el crecimiento, dejando secuelas difíciles de reparar. En la figura 1 se observan dos cerdos de la misma cama-

<sup>6</sup> Palacio AC, Perez-Bravo F, Santos JL, Schlesinger L, Mönckeberg F. Leptin levels and IgF-binding proteins in malnourished children: effect of weight gain. *Nutrition* 2002;18: 17-9.



da. Uno de ellos ha sido sometido a una drástica dieta hipocalórica desde las primeras semanas de nacimiento, con lo que detuvo el crecimiento. Si el animal se mantiene libre de infecciones y en un ambiente adecuado, el estado puede permanecer estable por largos períodos de tiempo.<sup>7</sup>

Lo mismo se observa en niños menores, durante los primeros meses de vida, que sufren de una desnutrición grave por hipo-alimentación (Fig. 2). Su recuperación no es fácil, aún cuando se administre una dieta hipercalórica, nutritivamente adecuada. Es frecuente que a pesar de ello permanezcan por largos períodos de tiempo con un peso estable. Un porcentaje importante fallece durante este período por infecciones concomitantes. Durante esta etapa, se pueden constatar diversas alteraciones funcionales que explican la detención del crecimiento y las alteraciones del desarrollo. Especialmente destacan aquellas relacionadas con la función renal, el epitelio digestivo, el sistema inmunitario y el desarrollo cerebral.

A nivel renal, la desnutrición grave del lactante afecta algunos aspectos de su funcionalidad: disminuye el flujo plasmático renal y la filtración glomerular.<sup>8</sup> También se alteran la capacidad de concentración renal, la capacidad de acidificación de la orina y la capacidad de retener sodio como respuesta a una disminución del electrolito, probablemente por falla en la reabsorción tubular (Fig. 3).<sup>9</sup> En autopsias,

<sup>7</sup> Mönckeberg F. Marasmo en el primer año de vida. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E, y Rosselot J (Editores) *Pediatría*, Vol. 1, Mediterraneo, Santiago Chile. Cuarta Edición, 1991: 220-39.

<sup>8</sup> Gordillo-Panigua G, Frenk S. Renal function in the malnourished child. En: *The Malnourished Child*, Suskind R, Lewinter-Suskind L. editores Nestle Nutrition Workshop Series, Vol.19 Nestec Ltd., Vevey/Raben Press, Ltd. New York. 1990: 309-38.

<sup>9</sup> Mönckeberg F, Perretta M, Reyes J, y Clericus J. Función renal en la desnutrición grave. *Rev Chilena Pediatría* 1956;27: 93-11.

la histología renal muestra glomérulos normales con degeneraciones vacuolares de las células de los túbulos proximales.<sup>10</sup>

La pared intestinal es muy delgada, principalmente debido a atrofia de las capas musculares. En los lactantes con desnutrición grave, a diferencia de los pacientes con desnutrición proteica (kwashiorkor), la mucosa jejunal se ve delgada, pero su aspecto parece normal. Funcionalmente, se ha descrito disminución de la absorción de grasas, de la D-xylosa y disminución de la actividad de las disacaridasas. En la ultramicroscopia se detectan varias alteraciones de la estructura celular.<sup>11</sup>

Se producen también diversas alteraciones metabólicas que afectan al metabolismo de los carbohidratos. Disminuye la tolerancia a la glucosa y se altera la respuesta de la glucosa a la administración de insulina. Se afecta la glicólisis, lo que es detectable a nivel del ácido pirúvico y láctico. En ayuno son frecuentes las hipoglicemias extremas.<sup>12</sup> En el tejido muscular se altera la bomba de sodio, incrementándose las concentraciones de sodio intracelular.<sup>13</sup>

Se alteran también todos los mecanismos de defensa inmunológicos, tanto los específicos como los no específicos, por lo que son frecuentes los cuadros infecciosos, que son causa final de su muerte.<sup>14</sup>

Se afecta el desarrollo cerebral, y ello se pone en evidencia no sólo por el menor diámetro del cráneo, sino que por una disminución de la masa cerebral dentro de una caja craneana rígida. Si el lactante se desnutre, se crea un espacio entre cráneo y masa encefálica, que se llena secundariamente con líquido cefalorraquídeo (Fig. 4).<sup>15</sup> El estudio histológico cerebral de niños fallecidos con desnutrición durante los dos primeros años de vida, se observan evidentes alteraciones neuronales, siendo muy significativo la disminución del árbol dendrítico, junto a una orientación aberrante del árbol neural (Fig.5).<sup>16</sup>

Junto a estas alteraciones morfológicas de la estructura neuronal, la desnutrición del primer año de vida se acompaña de un evidente retraso del desarrollo mental, que se pone en evidencia por el bajo rendimiento en el test de desarrollo psicomotor, y adaptación social.<sup>17</sup>

<sup>10</sup> Gordillo-Paniagua G. La nefrosis kaliopenica en la desnutrición avanzada. *Gas Med Mex* 1959; 89: 9385-41.

<sup>11</sup> Brunser O, Araya M, y Espinoza J. Gastrointestinal tract changes in the malnourished child. En: *The Malnourished Child*, editado por Suskin R. y Lewinter-Suskind L. Nestle Nutrition Workshop Series, vol.19 Nestec Ltd., Vevey Raven Press, Ltd., New York, 1990: 261-72).

<sup>12</sup> Oxman S, Maccioni A, Zúñiga A, Spada G, Mönckeberg F. Disturbances of carbohydrate metabolism in infantile marasmic malnutrition. *American J Clin Nutri* 1972;21: 1258-72.

<sup>13</sup> Mönckeberg F, Gasc O, Artigas R. Estudio de electrolitos intracelulares por medio de la biopsia muscular en el lactante desnutrido. *Pediatría (Santiago-Chile)* 1959;114: 114-23.

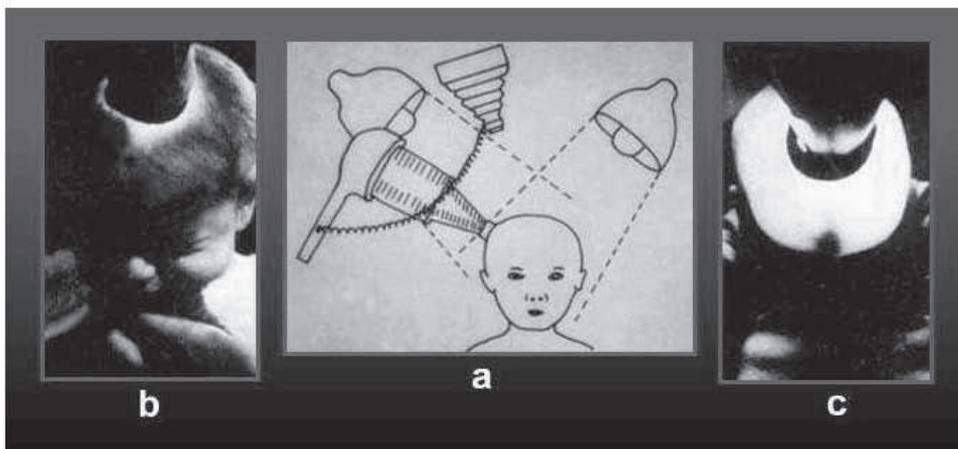
<sup>14</sup> Chandra R, K. Reduced secretory antibody response in malnourished children. *Br. Med. Journal* 1975;2: 583-90, Schlesinger L, Stekel A. Impaired celular inmunity in marasmic infants. *Am J Clin Nutr.* 1974; 27: 615-20.

<sup>15</sup> Rozoski J, Novoa F, Abarzua J, y Mönckeberg F. Craneal transillumination en early severe malnutrition. *Brit. J. Nutr* 1970; 25: 170-84.

<sup>16</sup> Cordero M, Zvaighaft A, Muzzo S, Brunser O. Histológica maduración of the astroglia cells in archicortex in early malnutrition pediatric. *Research* 1982;17: 187-98.

<sup>17</sup> Mönckeberg F. Treatment of severe infant malnutrition. En: *Early malnutrition and mental development*. Craviotto J. y Hambraeus L. Editores. En: *Symposia of the Swedish Nutrition Foundation XII*. Uppsala, Sweden: Alquist and Wiksell, 1974: 74-83.

FIG. 4



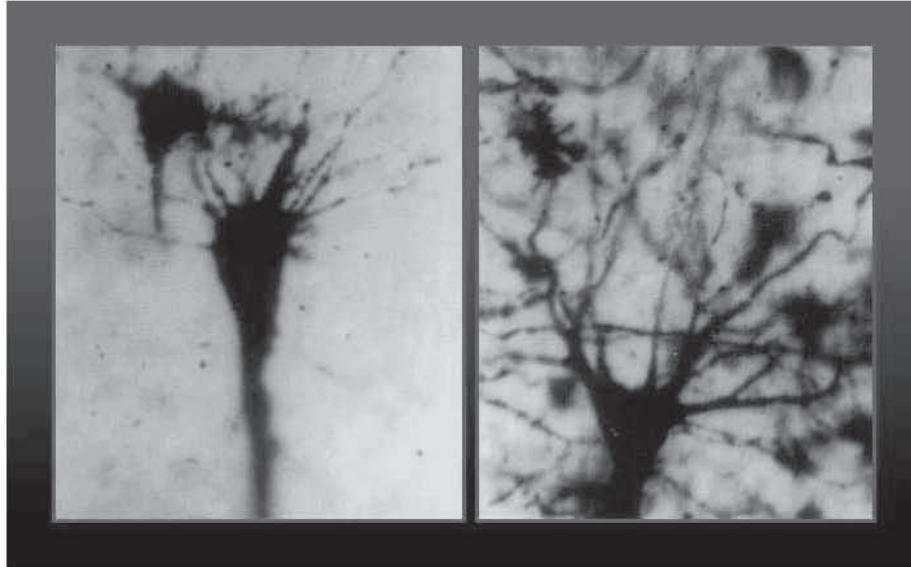
Transiluminación del cráneo. a. - Una fuente potente de luz (flash) se aplica a la superficie externa del cráneo, y simultáneamente se toma una fotografía. b. - En un niño normal la luz penetra el cráneo y transilumina el líquido cefalorraquídeo que normalmente existe entre el cráneo y el cerebro, produciendo un pequeño halo de luz a su alrededor. c- en un niño desnutrido, el cerebro se ha atrofiado, creando un espacio entre él y el cráneo, que secundariamente se llena con líquido cefalorraquídeo. Como consecuencia de ello, la transiluminación es intensa. Con ello se pone en evidencia la atrofia del cerebro en el desnutrido.

#### HIPOTÁLAMO Y LA REGULACIÓN HORMONAL

En condiciones de pobreza e insalubridad urbana, es frecuente que la desnutrición afecte al niño ya desde los primeros meses de vida o aún antes, durante el embarazo. Hasta hace algún tiempo la desnutrición en nuestro país afectaba a un alto porcentaje de niños menores de seis años. Esta era evidente ya durante el primer año de vida, llegando a producir en muchas oportunidades una desnutrición grave. Más del 10% de los recién nacidos presentaban un bajo peso (-2.5 kg.), evolucionando posteriormente con un retraso progresivo del crecimiento, que a veces alcanzaba a una desnutrición grave de tipo marásmico, con gran retraso del crecimiento, atrofia muscular, emaciación y pérdida del tejido celular subcutáneo (Fig. 2). Cuando alcanzaban esta etapa de desnutrición, su manejo médico era difícil, con un elevado riesgo de muerte. Un desnutrido grave en los primeros seis meses de edad, tenía un 80% de posibilidades de morir antes del primer año de vida.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Mönckeberg F. Artificial feeding in infants. High risk in underdeveloped countries. En: risk factors and the health and nutrition of young children. Supreme Council Population and Family Planing. Agypt. 1979: 57-63.

FIG. 5



Preparación histológica de una neurona de un lactante normal, fallecido por un accidente (derecha) y de otro desnutrido perteneciente a una familia de extrema pobreza (izquierda). Se puede apreciar las diferencias de la forma y tamaño de las neuronas del segundo y la pobreza de sus ramificaciones dentríticas.

Era característico que lactantes con desnutrición de tercer grado (marasmo), no respondiesen adecuadamente al tratamiento. Las infecciones y los trastornos digestivos constituían la causa final de su muerte. Sin embargo, aún cuando no hubiese infecciones y a pesar que se le administraran dietas de alto contenido calórico, era frecuente que demorasen largos períodos de tiempo antes de iniciar la recuperación, permaneciendo con un peso estable y un balance metabólico negativo o sólo ligeramente positivo (baja retención de nitrógeno y fósforo).<sup>19</sup> (Tabla 1)

En este tipo de pacientes pudimos constatar diversas alteraciones metabólicas que interpretamos como de adaptación frente a la necesidad de sobrevivir. Antes que se iniciara la recuperación, durante los períodos de estabilidad en el peso, el gasto calórico disminuía a un mínimo. Disminuía en forma importante el metabolis-

<sup>19</sup> Mönckeberg F. Endocrine mechanism in nutritional adaptation. En: Metabolic Adaptation and Nutrition, Pan American Health Organization. Scientific Publication N°222, 1971: 121-31.

mo basal y sólo se incrementaba pocos días antes de reanudar el crecimiento (Fig.6).<sup>20</sup> Disminuía también la síntesis proteica, y la velocidad de renovación celular, lo que se comprobaba en las células de la mucosa intestinal (Tabla 2).<sup>21</sup> Se incrementaba la vida media de las proteínas,<sup>22</sup> y se prolongaba la vida media celular, lo que era evidenciable también en las células del tejido hematopoyético.<sup>23</sup> Todo ello como respuesta al bajo aporte calórico. Esto no se observaba en la desnutrición proteica (kwashiorkor) del lactante mayor.

**TABLA 1**

*Balace de potasio, nitrógeno y fósforo en niños con desnutrición marásmica, antes que se inicie el tratamiento.*

Nº Casos	Ingestión	Orina	Deposiciones	% Retención
<b>Fósforo (mg/kg/día)</b>				
1	169	76	79	8
2	140	61	54	17
3	210	94	99	5
4	231	110	111	4
5	167	92	74	0
6	169	87	81	0
<b>Promedio</b>	<b>181</b>	<b>86</b>	<b>83</b>	<b>5</b>
<b>Potasio (mg/kg/día)</b>				
1	390	351	31	2
2	410	312	39	12
3	429	390	27	2
4	545	390	35	22
5	429	390	19	4
6	390	351	19	5
<b>Promedio</b>	<b>430</b>	<b>364</b>	<b>28</b>	<b>8</b>
<b>Nitrógeno (mg/kg/día)</b>				
1	750	650	100	0
2	718	490	65	22
3	884	720	79	9
4	840	710	90	4
5	800	710	103	0
6	830	530	100	24
<b>Promedio</b>	<b>803</b>	<b>635</b>	<b>89</b>	<b>9</b>

<sup>20</sup> Mönckeberg F, Beas F, Horwitz A. Oxygen consumption in infant malnutrition. *Pediatrics* 1964;33: 554-68

<sup>21</sup> Brunser O, Reid A, Mönckeberg F. Jejunal biopsies in infant malnutrition: special reference to mitotic index. *Pediatric* 1966;605: 605-16.

<sup>22</sup> Donoso G, Brunser O, y Mönckeberg F. Metabolism of serum albumin in marasmic infants. *J.Pediat.* 1965;18: 82-84.

<sup>23</sup> Stekel A, Smith N. Hematological studies of severe malnutrition in infancy. The anemia of prolonged of caloric deprivation in pig. *Pediat.Res.* 1969;3: 320-34.

**TABLA 2**

Índice Mitótico y número de células epiteliales por mitosis en la cripta de Lieberkühn (biopsia de yeyuno) en niños normales y marásmicos.

	Normal (8)	Marásmicos casos (10)	Marásmicos antes recuperación	Marásmicos durante recuperación
Índice Mitótico	3.9 ± 0.2	1.9 ± 0.8	1.3 ± 0.5	2.4 ± 0.8
Rango	2.6 - 4.5	0.7 - 3.6	0.7 - 2.1	1.4 - 3.6
Número de células de la cripta por mitosis	26 ± 5	65 ± 32	87 ± 34	46 ± 16
p <		0.01	0.001	0.001

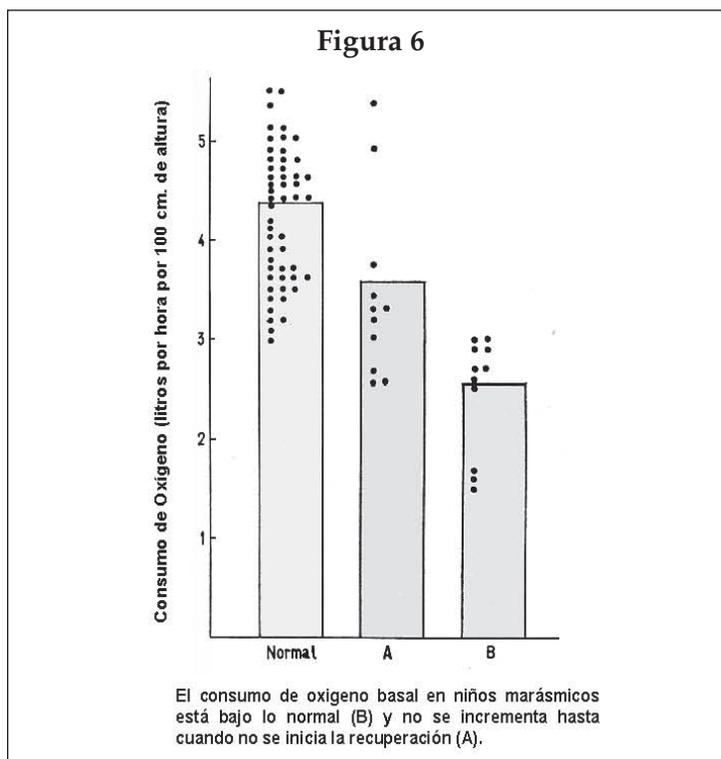
En paréntesis indica números de niños. El número de células epiteliales por mitosis en la cripta es el valor recíproco del índice mitótico.

Desde el punto de vista clínico, se producía una emaciación, atrofia muscular, pérdida del tejido subcutáneo, hipotermia, hipotensión, ruidos cardíacos débiles, sequedad de las mucosas y una actividad mínima acompañada por llanto débil y quejumbroso, sin lágrimas.<sup>6</sup>

Era frecuente que se produjera la muerte por alguna infección intercurrente o por un trastorno hidrosalino (diarrea). En nuestra experiencia, el riesgo de muerte de los desnutridos graves hospitalizados, sobrepasaba el 30%. Si se lograba prevenir infecciones, podían persistir estables en el peso, con un balance nitrogenado que mostraba una baja o nula retención de nitrógeno (Tabla 1). Según Meneghello y colaboradores, de los que sobrevivían, un 30% requería más de 4 meses de hospitalización antes de comenzar la recuperación. Los pediatras de aquellos tiempos, describían esta situación clínica, denominándola «descomposición».<sup>24</sup>

El largo proceso estacionario, a pesar de estar recibiendo una dieta nutritivamente adecuada e hipercalórica, parecía corresponder a una verdadera adaptación metabólica persistente, desencadenada en respuesta al déficit calórico crónico que muchas veces ya se había iniciado durante del embarazo. De acuerdo al resultado de nuestros estudios, el proceso adaptativo se induciría desde el hipotálamo, que

<sup>24</sup> Meneghello J. y cols. Evolución intrahospitalaria del lactante marasmico menor de un año. Rev. Chile Pediat. 1952;23: 1-14.



desactivando diversas hormonas hipofisarias lograba inducir cambios a nivel celular en la actividad de diversos genes (inhibición o represión), optimizando el ahorro energético en un esfuerzo de sobrevivencia. En el proceso se podían detectar la disminución de la actividad de diversas hormonas hipofisarias,<sup>18</sup> como la hormona de crecimiento hipofisaria (HGH) y la hormona tiroestimulante (TSH).

Esta bien establecido que las hormonas hipofisarias, junto a la disponibilidad energética, regulan el ritmo de división celular. En ratas la restricción calórica crónica produce una disminución de la división celular<sup>18</sup> También las ratas hipofisectomizadas disminuyen la división celular, y ésta se restablece con la administración de HGH y TSH.<sup>25</sup>

En los lactantes con desnutrición calórica grave, se produce una disminución de HGH en el plasma (Tabla 3). La administración de HGH durante el período estacionario, produce un significativo incremento en la retención de nitrógeno, potasio y fósforo, junto a una ganancia de peso, que se detiene al suspenderse la administración de HGH (Fig. 7).<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Leblond C, P, y Carriere R. The effect of growth hormone and thyroxine on the mitotic rate of the intestinal mucose of the rat. *Endocrinology* 1955;261: 261-76.

<sup>26</sup> Mönckeberg F, Donoso G, Oxman S, Pak N. Human growth hormone in infantil malnutrition. *Pediatrics* 1963;33: 58-65.

**TABLA 3**

**Valores basales de hormona de crecimiento de hormona de crecimiento en el plasma en ayunos y después de infusión de arginina en lactantes marásmicos y controles normales.**

Grupos	Número de Pacientes	HGH plasma (mu/ml)		
		Ayuno	Después 45 min.	Después 60 min.
Marásmicos	6	4.1 ± 0.9	5.1 ± 1.7	5.8 ± 2.0
Control	5	7.8 ± 2.6	16.4 ± 3.7	14.6 ± 2.6

Diferencia entre control y marásmicos p < 0.001

Simultáneamente se produce una disminución de la función tiroidea en relación a lactantes normales, medida tanto por la disminución del metabolismo basal, como por la disminución de captación yodo radioactivo por el tiroides, y por los bajos niveles plasmáticos de yodo extraíble por butanol (BEI). También se han descrito bajos niveles de T3 y T4.<sup>27</sup> Después de la administración de TSH, estos valores se elevan significativamente, pero sin alcanzar los niveles de lactantes normales (Fig. 8).<sup>28</sup> Sin embargo parece ser que la baja función tiroidea no es la consecuencia de la falta de estimulación hipofisiaria, sino por la baja estimulación hipotalámica, dado que la administración del factor de liberación tirotrófico hipotalámico (TRH), incrementa los niveles plasmáticos de TSH significativamente (Fig. 9).<sup>29</sup>

Meites y Field,<sup>30</sup> experimentando con ratas desnutridas, comprobaron una significativa disminución del factor de liberación hipotalámico para hormona de crecimiento (GHRH). En lactantes marásmicos la HGH plasmática esta disminuida y la estimulación con arginina produce un escaso incremento de ella (Figura 10). El factor de crecimiento semejante a la insulina (IGF) estaba bajo y no cambió con la administración de GHRH.<sup>31</sup> El estudio histológico de la hipófisis en niños fallecidos por desnutrición grave, no muestra alteraciones.<sup>32</sup> La disminución de la HGH en el plasma

<sup>27</sup> Onura C, Maharajan G, Singh A, Etta K. Thyroid status in various degree of protein-calorie malnutrition in children. Clin Endocrinol 1983; 18: 87-94.

<sup>28</sup> Beas F, Mönckeberg F, Horwitz I. The response of the thyroid gland to thyroid stimulating hormone (TSH) in infant with malnutrition. Pediatrics 1966;38: 1003.

<sup>29</sup> Pineda G, y Muzzo S. Estudio del eje hipotalamo-hipofisis-tiroide en el marasmo. En: Desnutricao Humana e Funcao Tiroideana. Ulhoa A. Brasil, editores. 1978: 147-54.

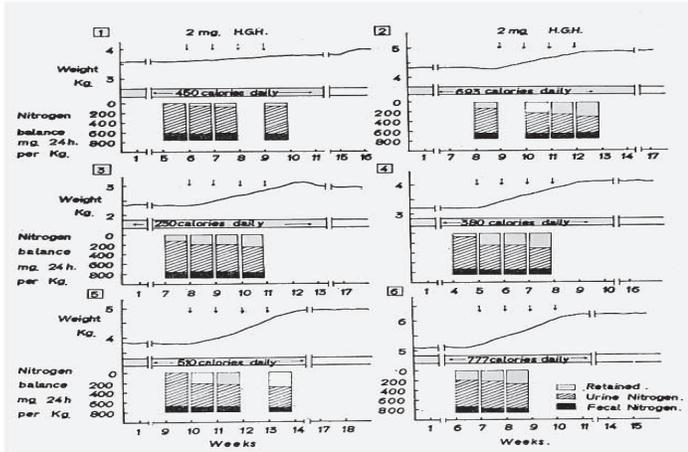
<sup>30</sup> Meites J, Field N. Effect of starvation on hypothalamic content of somatotropin releasing factor and pituitary growth hormone content. Endocrinology 1965;77: 455-56.

<sup>31</sup> Muzzo S., Burrows R., Winterer J., Young I., Malozowsky S., Gelato M., Cassorla F, y Merina C-. The growth response to growth-releasing hormone stimulation in infantile protein calorie malnutrition. Nutr. Res. 1990; 10: 1037-46.

<sup>32</sup> Tejada L, Burt A. Pathology of pituitary gland in children with malnutrition. Arch Dis. Child. 1967;32: 343-54.

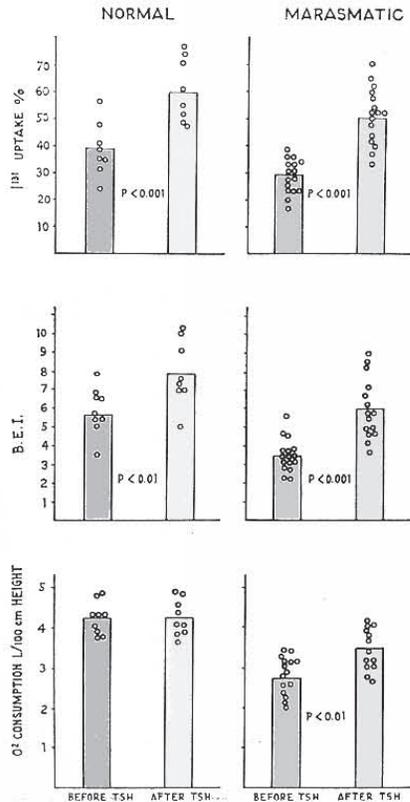
FIG.7

**EFFECTO DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO (HGH) SOBRE EL BALANCE NITROGENADO E INCREMENTO DE PESO, EN 6 LACTANTES CON DESNUTRICIÓN GRAVE (MARASMO)**

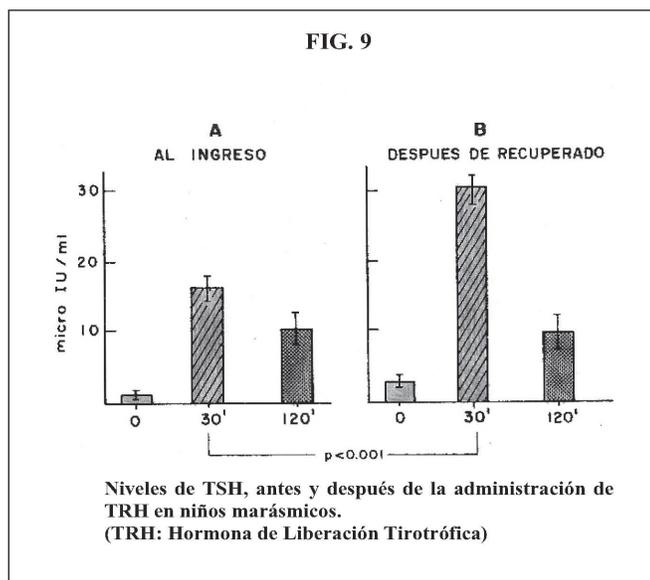


Después de la administración de HGH, los pacientes con marasmos incrementan de peso y aumentan la retención de nitrógeno. Al suspender la administración de HGH el peso se estabiliza.

Figura 8



Lactantes normales y marásimicos muestran un incremento del BEI después de la administración de TSH. Pero el promedio alcanzado por los marásimicos es más bajo que el grupo normal. El consumo de oxígeno se incrementa después de TSH en los marásimicos, pero no alcanza los valores normales.



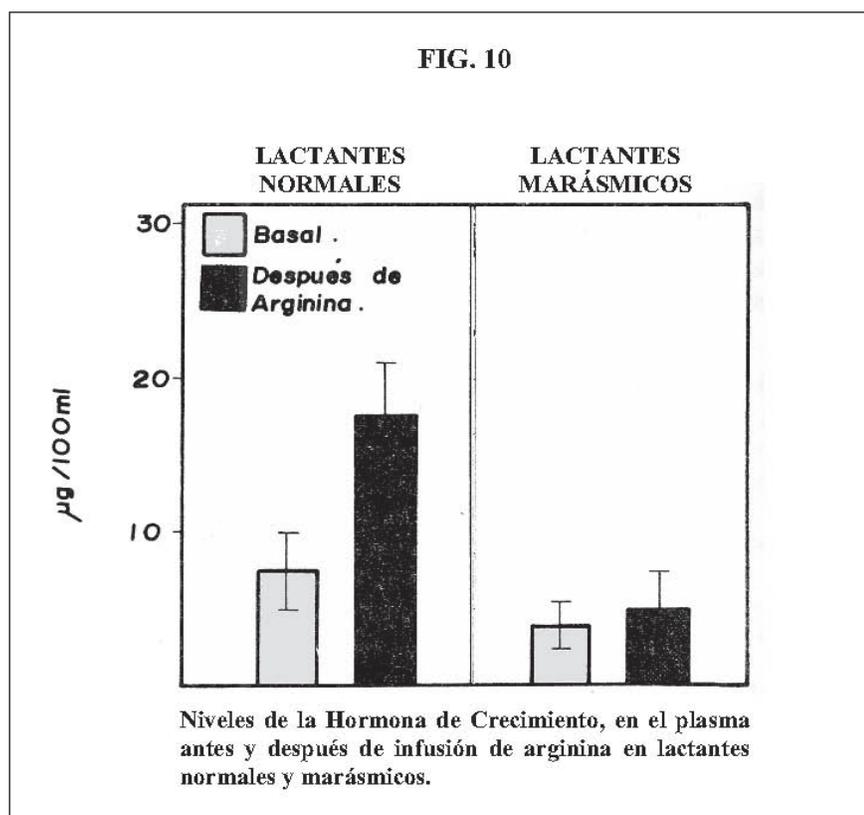
no sería entonces la consecuencia de una alteración de la hipófisis, sino una deficiencia secundaria a la falta de estimulación hipotalámica.

En base a estos antecedentes se puede postular que como respuesta a la restricción calórica crónica se desencadena una serie de mecanismos endocrinológicos, mediados por una disminución de la función hipofisiaria. Ésta a su vez es parte de un mecanismo adaptativo, que se inicia en el hipotálamo que disminuiría la función hipofisiaria reduciendo de este modo la producción de TSH, hormona tiroidea, y HGH, con lo cual disminuiría el gasto calórico al producir diversos cambios metabólicos tisulares.

#### ESTÍMULOS EMOCIONALES E HIPOTÁLAMO

Desde hace algunos años se sabe de la influencia de factores emocionales en el proceso de crecimiento y desarrollo. Durante los primeros años de vida, factores emocionales negativos retardan el crecimiento. Widdowson ha señalado que la carencia de afecto en el niño pequeño, a pesar de recibir una dieta adecuada, puede retardar el crecimiento e incluso producir un enanismo.<sup>33</sup> En los lactantes desnutridos, provenientes de grupos socioeconómicos marginales, frecuentemente coexiste una deprivación materna, además de desnutrición. Generalmente se trata de niños no deseados, hijos de madres solteras y muy jóvenes, provenientes de familias con estructuras muy distorsionadas. En estos niños el retardo del crecimiento tiene una doble etiología: desnutrición y deprivación emocional.

<sup>33</sup> Widdowson E.: Mental contentment and physical growth. *Lancet* 1951;ii: 1316-36.



En nuestra experiencia, en el lactante con desnutrición grave, a pesar de un tratamiento nutricional adecuado, la recuperación demora en iniciarse. Sin embargo hemos observado que la estimulación psicomotora y afectiva, influye favorablemente en la recuperación, iniciándose precozmente.<sup>34</sup>

Hace aproximadamente 30 años atrás, con el objeto de evaluar la importancia de los factores emocionales en la recuperación de la desnutrición grave, desarrollamos una investigación en un modelo experimental natural, cual era él de lactantes desnutridos graves hospitalizados. Seleccionamos dos grupos de lactantes menores de un año con desnutrición grave de tipo marásmico. Cada uno constituido por 35 niños, cuyas características clínicas, edad, peso al nacer y grados de desnutrición eran similares (Tabla 4). En uno de ellos (Grupo B), se incluyó un programa especial de estimulación psico-afectiva y motora, según un esquema pre-establecido (Tabla 5). El otro grupo (Grupo A), recibió igual tratamiento médico y nutricional (en base a leche de vaca diluida adicionada de aceite vegetal y azúcar para incrementar el contenido calórico), pero sin la estimulación psico-motora y afectiva.

<sup>34</sup> Mönckeberg F, Riumallo J. Nutrition recovery centres: the chilean experience. En: Nutrition Intervention Estrategy in Nacional Development. Editora: Underwood B. New York, Academic Press 1983: 109-18.

TABLA 4

Características de admisión de niños con Desnutrición Grave.					
		Edad de Admisión (días)	Peso de Admisión (kg)	Peso de Nacimiento (kg)	Cuociente Desarrollo Psicomotor
<b>A</b>	Admitidos en hospital Pediátrico (N = 80)	154 ± 32	3.6 ± 1.2	2.8 ± 0.3	56 ± 80 <sup>(a)</sup>
<b>B</b>	Admitidos en Centro de Tratamiento (N = 80)	148 ± 36	3.5 ± 1.3	2.7 ± 0.5	55 ± 16

<sup>(a)</sup> Promedio de 25 niños.

Los resultados fueron sorprendentemente diferentes. Los niños del Grupo B comenzaron a subir de peso casi inmediatamente, a diferencia del Grupo A que mostró la habitual refractividad al tratamiento. Si bien la recuperación del peso y la talla del grupo B fue significativamente mayor, después de 150 días de tratamiento, ni el peso ni la talla alcanzaron los parámetros normales para la edad (Tabla 6). El grupo B mejoró notablemente el cuociente de desarrollo psicomotor (medido por el test de Weshler), pero no alcanzó la normalidad para la edad, quedando una diferencia de 20 puntos por debajo de lo normal (Tabla 6). El otro hecho importante, fue que los lactantes del grupo B tuvieron significativamente menos episodios infecciosos durante el período de estudio (150 días), junto con una menor mortalidad (Tabla 7). El balance nitrogenado realizado al comienzo del tratamiento y repetido a los 30 días, mostró durante el período de estudio en el grupo B, un significativo incremento en la retención de nitrógeno absorbido, por lo que fue significativamente diferente a la retención del nitrógeno en el grupo A (Tabla 8).

Estos notables resultados son concordantes con lo observado por otros autores, en relación al impacto de los factores emocionales en el proceso de crecimiento durante los primeros años del niño. Powell y colaboradores<sup>35</sup> describen 13 niños que padecían de una deprivación emocional y al mismo tiempo tenían un retardo en el crecimiento a pesar de una ingesta calórica normal. Se trataba de niños que habían sido abandonados o descuidados por sus padres y que sufrían de deprivación afectiva. Por su semejanza a un enanismo hipofisiario, los autores denominaron a este cuadro clínico, como "enanismo psicosocial". En ellos también la carencia emocional producía una disminución del cuociente intelectual. El crecimiento se restableció sin administrar hormona de crecimiento, cuando se mejoró el medio ambiente emocional. En

<sup>35</sup> Powell CG, Brasel JA, Blizzard RM. Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism II Endocrinologic evaluation of the syndrome. *New Engl. J. Med.* 1967;273: 1279-83.

TABLA 5

## NORMAS DE TRATAMIENTO DE DESNUTRIDOS GRAVES

1.	Alimentación en base a leche de vaca diluida, tratando de alcanzar 180 calorías/kg/día, y 3 a 4 gr. de proteína/kg/día, más vitaminas y minerales.
2.	Estimulación psico-sensorial individual, en régimen de 30 minutos dos veces al día.
3.	Ejercicios físicos, por 30 minutos, dos veces al día.
4.	Estimulación afectiva, desarrollada por voluntarias durante todo el día.

TABLA 6

Evolución clínica, al ingreso y durante 4 meses de tratamiento, de dos grupos de niños con Desnutrición Grave. Grupo A, tratado en el Hospital (80 niños) y Grupo B, tratado en el Centro (80 niños).

		Al ingreso	50 Días	100 Días	150 Días
% de déficit de peso para la edad	A:	56 ± 8	54 ± 13	48 ± 12	40 ± 13
	B:	55 ± 5	36 ± 8	21 ± 6	16 ± 3
			p < 0.00	p < 0.00	p < 0.001
% de déficit de talla para la edad	A :	76 ± 10	70 ± 17	65 ± 16	65 ± 14
	B :	82 ± 13	50 ± 14	32 ± 6	21 ± 7
			p < 0.00	p < 0.00	p < 0.001
Desarrollo Psicomotor en relación edad	A :	56 ± 8	60 ± 11	64 ± 14	65 ± 12
	B :	55 ± 5	71 ± 10	80 ± 8	85 ± 7
			p < 0.00	p < 0.00	p < 0.001

**TABLA 7**

Incidencia de Infecciones Intercurrentes y Mortalidad por Desnutrición Grave.

Grupo	Infecciones	Mortalidad
	Número de Episodios	%
1. GRUPO B	4.5 ± 0.2	29
2. GRUPO A	0.3 ± 0.6	0

**TABLA 8**

Balance nitrogenado al ingreso y a los 30 días de tratamiento, en dos grupos de lactantes con Desnutrición Grave.

	GRUPO A (mg/kg/día)		GRUPO B (mg/kg/día)	
	Ingreso	30 días	Ingreso	30 días
Ingesta	842 ± 63	850 ± 29	880 ± 40	910 ± 40
Orina	648 ± 41	620 ± 38	635 ± 42	520 ± 46
Deposiciones	78 ± 18	73 ± 22	96 ± 33	78 ± 28
% Retención	13.8%	18.5%	17.0%	34.3%

ellos los niveles plasmáticos de HGH estaban disminuidos, por lo que los autores presumieron que el proceso era secundario a una hipofunción pituitaria.<sup>36</sup>

Numerosos estudios en animales de experimentación confirman la relación directa entre la deprivación materna temprana y el retardo en el crecimiento.<sup>37, 38</sup>

De acuerdo a estos antecedentes, se puede presumir que en los lactantes con desnutrición grave el retardo del crecimiento se ha debido a la suma de dos factores: la desnutrición y la deprivación emocional. Ambos actuarían a través del mismo mecanismo hipotalámico, estando el control primario a un nivel suprahipotalámico.

<sup>36</sup> Powell GF, Brasel JA, Blizard RM. Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hipopituitarism. I.Clinical evaluation of the syndrome. New Engl. J.of Med. 1967;273: 1273-8).

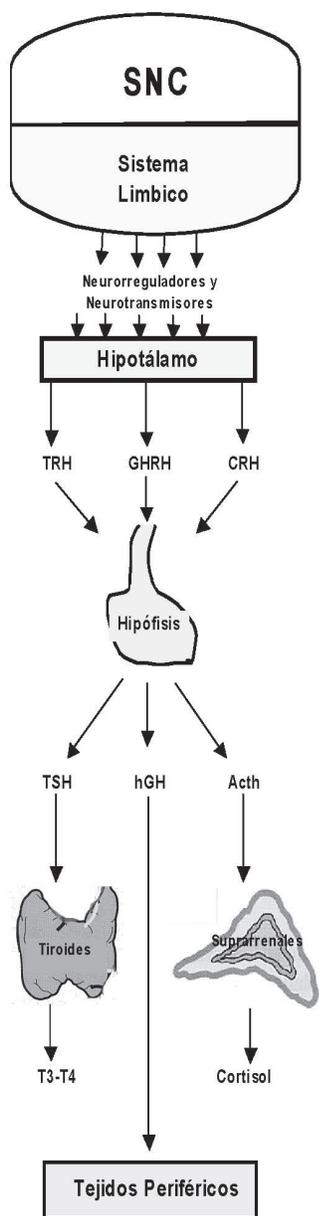
<sup>37</sup> Hinde R, Spencer-Booth. Effects of brief separation from mother on rhesus monkey. Science 1971; 1973: 111-18.

<sup>38</sup> Hofer M. Physiological response of infant rats to separation from their mothers. Science 1970;1968: 871-81.

FIG.12

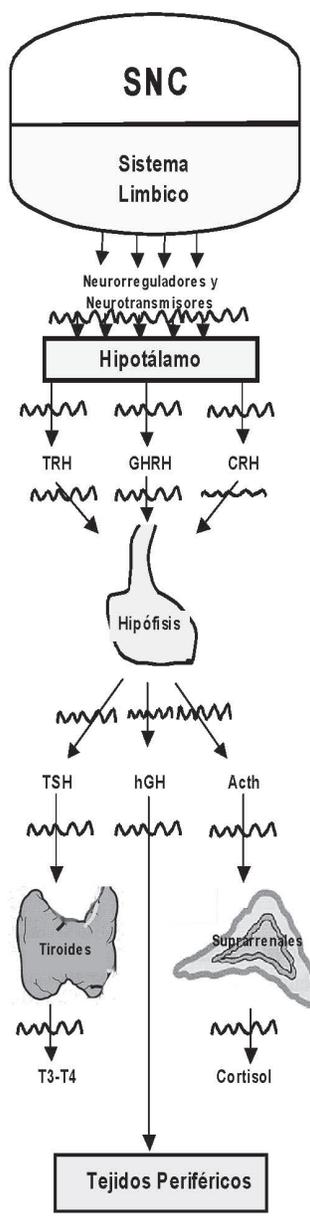
## REGULACIÓN SNC-ENDOCRINA

LACTANTE NORMAL



Control Neuroendocrino Normal  
Suprahipotalámico

LACTANTE DESNUTRIDO GRAVE



Adaptación Neuroendocrino  
Suprahipotalámico

Probablemente las neuronas de la región límbica cerebral, donde se procesan los factores emocionales ambientales, se conecte con el hipotálamo a través de numerosos neurotransmisores y/o neuromoduladores (Fig. 12).

#### IMPACTO EN EDADES POSTERIORES

Son numerosas las investigaciones de los últimos años que correlaciona la restricción nutritiva que ocurre durante las primeras etapas del desarrollo, con posteriores secuelas evidenciables a lo largo de la vida, e incluso con la aparición de enfermedades específicas en el adulto.<sup>39</sup> Pareciera ser que para el desarrollo de muchos órganos y sistemas existen períodos críticos que por lo general coinciden con sus primeras etapas de desarrollo, ya sea durante la edad fetal o los primeros años de vida. Estos son especialmente sensibles durante los períodos de rápido crecimiento y multiplicación celular. Es así como el déficit del aporte de nutrientes durante la vida fetal o la post natal subsiguiente, produce cambios metabólicos que afectan el crecimiento y desarrollo, dejando secuelas que perduran por toda la vida.<sup>40</sup>

La Figura 13 muestra lo que ocurre en ratas a las que se someten a una desnutrición durante la primera semana de vida (aumentando la camada). Ello provoca una respuesta permanente que se traduce en un continuo retardo del crecimiento aún cuando posteriormente el aporte calórico y de nutrientes sea normal. Lo mismo ocurre en los seres humanos. Aquellos pequeños al nacer, o que retrasan su crecimiento durante el primer año, tienden a permanecer con una menor talla por toda su vida. Martorell afirma que la baja talla promedio que se observa en la población de países pobres, tiene sus orígenes en retraso del crecimiento producido durante los primeros 2 o 3 años de vida.<sup>41</sup>

En nuestro país, en el año 1975, una fundación privada «Corporación para la Nutrición Infantil» (CONIN), implementó un programa nacional de tratamiento de la desnutrición grave de los primeros meses de vida. Para ello montó una infraestructura con 1.350 camas de lactantes en 34 centros de recuperación en diferentes ciudades del país.<sup>42</sup> Desde entonces hasta el año 2004 (fecha en que ya no existieron lactantes con desnutrición grave), se recuperaron 82.000 lactantes con desnutrición de segundo y tercer grado, con una mortalidad inferior al 1%. La experiencia confirmó lo ya señalado anteriormente, en el sentido de la recuperación exitosa, cuando junto a una dieta adecuada, se agregaba la estimulación psico-afectiva y motora.

---

<sup>39</sup> Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development and patterns of disease. *Science* 2004;305: 1733-39.

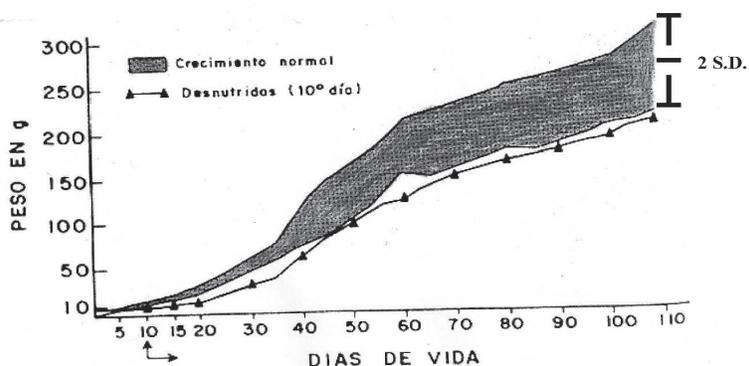
<sup>40</sup> Barrer DL. Past obstacles and future promise. En: *Developmental origins of health and disease*. Peter Gluckman and Mark Hanson editors. Cambridge University Press. Gluckman and M.A. 2006: 481-92.

<sup>41</sup> Martorell R, Rivera J, Kaplowitz H, Pollit E. Long-term consequences of growth retardation during early childhood. En: *Human Growth, Basic and Clinical Aspects*. M.Hernandez y J. Argente editors. Publicado por Excerpta Medica Amsterdam-London-New York-Tokio. 1992: 143-49.

<sup>42</sup> Mönckeberg F. Treatment of the malnourished Child. En: *The Malnourished Child* editado por Suskin RM, Lewinter Suskin. Nestlé Nutrition Workshop Series, Vol. 19 Nestec Ltd. Vevey/Raven Press, Ltd., New Cork. 1990: 339-358.

FIG.13

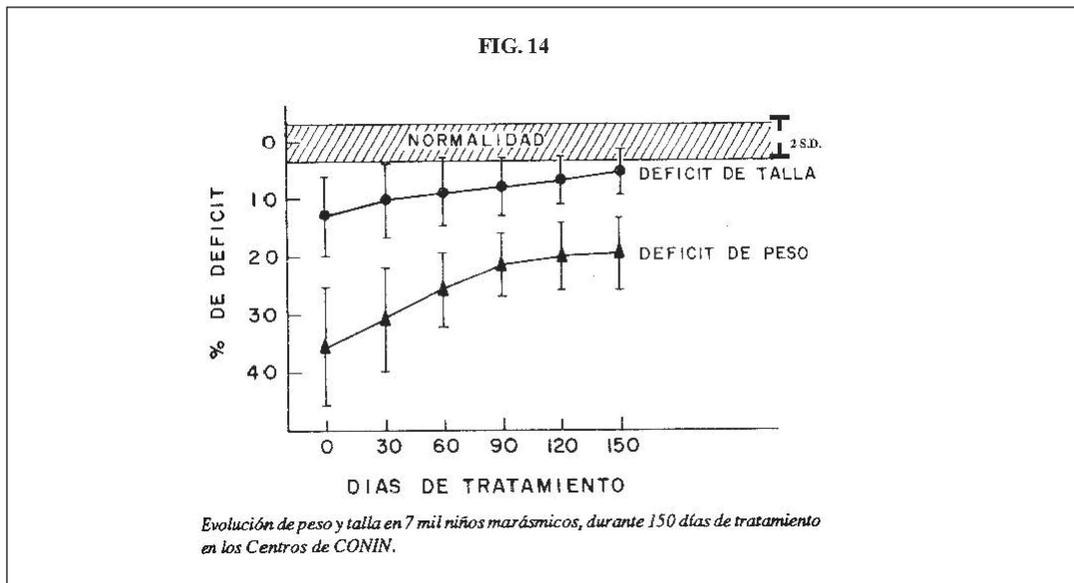
EVOLUCIÓN POSTERIOR DEL PESO EN RATAS CON DESNUTRICIÓN CALÓRICOPROTEICA, PRODUCIDA A PARTIR DEL TÉRMINO DEL DÉCIMO DÍA DE VIDA.



Ratas sometidas a desnutrición durante los primeros 10 días de vida y luego con una dieta ad-libitum, no recuperan el peso normal.

Como promedio, después de 150 días, se recuperaba el peso para la talla, pero no la talla para la edad (Fig. 14), que continuaba deficitaria. El seguimiento posterior (algunos ya tienen 30 años de edad), se comprueba una disminución permanente de la talla en relación al promedio nacional (Tabla 9). Se detectó también una desproporción antropométrica consistente en una disminución de la relación de la talla sentado/talla total, en el sentido que las piernas eran cortas en relación a la talla total (Tabla 9). Ello hace presumir que la baja estatura y las desproporciones antropométricas observadas en poblaciones de países pobres, no corresponderían a características raciales, sino a factores ambientales limitantes, tanto nutricionales como emocionales.

Parece evidente que los factores ambientales adversos durante las primeras etapas, ya sea durante el desarrollo embrionario, fetal o post natal temprano, pueden producir impactos que se manifiestan a largo plazo, sin que ello sea mediado por cambios en la estructura genética. Ello ocurre por mecanismos epigenéticos, que regulan la expresión de los genes en las proteínas histonas de los cromosomas, que envuelven los factores de transcripción impidiendo iniciar la expresión de los genes. Especialmente importante es el proceso de metilación de las histonas y acetilación del DNA, que abre la cromatina para permitir la actividad de los genes. Es lo que se ha llamado «el código de las histonas», lo que en definitiva regula la actividad de los



**TABLA 9**

Mediciones antropométricas y cociente intelectual de 56 niños (26 varones y 30 mujeres), que habiendo sufrido una desnutrición grave durante los primeros meses de vida, se recuperaron (durante tres meses de tratamiento) y se han vuelto a evaluar a los 15 años de edad.

	Hombres	Mujeres
Peso en relación a la talla	+17% ± 4	+18% ± 5
Talla para la edad	-15% ± 4	-16% ± 4
Relación talla sentado/talla total	+16% ± 5	+17% ± 3
Cociente intelectual	-21% ± 5	-23% ± 6
Años de escolaridad	3.1 1.9	2.4 0.9

En el control a los 15 años de edad, resulta evidente un sobre peso, una menor talla para la edad, una desproporción antropométrica con piernas más cortas en relación a la talla, un menor cociente intelectual y una baja escolaridad en relación a la edad.

genes.<sup>43</sup> Es el mismo mecanismo que regula la expresión o silenciamiento de genes durante el proceso de diferenciación celular en los diversos tejidos.<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Marx J. Protein tail modification opens way for gene activity. Science 2006; 311: 757-63.

<sup>44</sup> Cirillo L, Zares K. A. Linker histone restricts muscle development. Science 2004;304: 1607.

Experiencias en animales demuestran que por mecanismos epigenéticos, la desnutrición precoz puede también llegar a afectar transgeneracionalmente a los individuos.<sup>45</sup> La desnutrición proteica en la rata que se mantiene durante 12 generaciones, produce una progresiva disminución en el crecimiento fetal, la que puede lograr corregirse sólo después de tres generaciones de nutrición normal.<sup>46</sup> Si ello sucede también en los seres humanos, es muy posible que la sub alimentación que ha ocurrido por varias generaciones, demore más de una generación en lograr la total expresión genética, aún cuando cambien favorablemente las condiciones ambientales. En nuestro país en los últimos años la dieta promedio a estado cambiando substancialmente en cuanto a la ingesta calórica y composición proteica. Entre 1970 y el 2004, como promedio nacional se ha incrementado el consumo de proteínas animales de 27 a 82 kilos por persona y por año (Tabla 10). Como resultado de ello, se ha producido un incremento promedio de la talla del chileno de 11 centímetros (Fig.15). Es presumible que el proceso continúe por algunas generaciones más.

La desnutrición grave en los primeros períodos de la vida produce también una disminución del cociente intelectual. La alimentación y estimulación psico-afectiva y motora mejora sustantivamente, aún cuando no alcanza el puntaje normal para la edad (Tabla 6). El control a la edad de 14 años muestra un retraso promedio de 20 puntos, lo que llega a interferir con la escolaridad promedio que sólo alcanza un promedio de 2.2 años (Tabla 9). La escolaridad promedio para el país a los 14 años de edad es de 7 años. Según estos datos, el daño que produce la desnutrición temprana en el desarrollo cerebral es importante y deja también secuelas permanentes.

#### UNA PARADOJA: DESNUTRICIÓN PRECOZ, OBESIDAD POSTERIOR.

Una observación frecuente en los centros de recuperación nutricional de CONIN, era la coincidencia de madres de baja estatura y obesas, con lactantes desnutridos en sus brazos, lo que evidentemente parecía un contrasentido. Otro fenómeno que llamó la atención cuando en nuestro país comenzó a disminuir la desnutrición infantil, fue el incremento paralelo del sobrepeso tanto en el niño mayor como en el adulto. En la actualidad sólo el 2% de la población menor de 5 años presenta algún grado de desnutrición, mientras que a los 12 años de edad, ya el 18% presenta obesidad, condición que en el adulto se eleva al 24% (Fig. 17).<sup>47</sup> Ello hace pensar que pudiese existir una relación entre uno y otro proceso.

El seguimiento posterior de niños que presentaron una desnutrición temprana que se recuperó en los centros de CONIN, a los 14 años de edad, mostró un menor crecimiento en talla junto a un sobrepeso en relación a la talla (Tabla 9). Al estudiar

<sup>45</sup> Drake A.J., Walter B.R. The intergenerational effects of fetal programming: non genomic mechanisms for the inheritance of low birth weight and cardiovascular risk. *J. Endocrinol* 2004;180: 1-16.

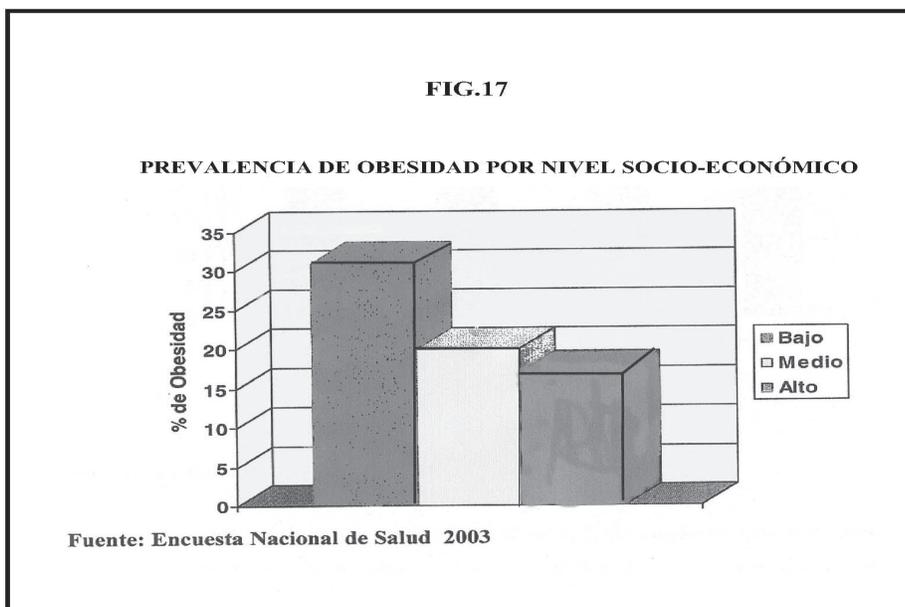
<sup>46</sup> Steward R.J.C, Sheppard H., Preece R., y Waterlow J.C, The effect of rehabilitation at different stages of development of rats marginally malnourished for ten to twelve generations. *Br. J. Nutri.* 1980;43: 403-12.

<sup>47</sup> Mönckeberg F. Prevención de la desnutrición en Chile. Experiencia vivida por un actor y espectador. *Rev. Chil. Nutr.* 2003;30: 160-76.

**TABLA 10**

CONSUMO ANUAL (kg. Per Cápita) en Carne y Pescado en Chile, durante el período 1970 - 2003

Años	Bovinos	Ovinos	Porcinos	Aves	Pescado	Otros	Total
1970	12,2	0,7	3,8	6,2	4,1	0,4	27,4
1980	14,2	0,8	4,2	7,0	4,3	0,6	31,1
1990	18,6	0,6	9,2	9,7	4,6	0,8	43,5
2000	23,3	0,5	18,2	28,2	6,0	0,8	77,0
2003	25,1	0,4	20,4	28,3	7,4	0,7	82,3



familias en países pobres, Caballero describe una frecuente paradoja: la coexistencia en la misma familia de desnutrición en los niños y sobrepeso en los adultos.<sup>48</sup> Caballero piensa que ello es consecuencia de la desnutrición de los primeros períodos de la vida. Esta provocaría un desajuste irreversible del sistema metabólico, que más tarde se traduciría en una tendencia a la obesidad.

Frente a la disminución del aporte calórico durante el período de crecimiento rápido, el organismo, como un mecanismo de sobrevivencia, se ve obligado a reducir

<sup>48</sup> Caballero B. A nutrition paradox-underweight and obesity in developing countries. N. Engl. J. Med. 2005;321: 1514-16.

el gasto calórico modificando el proceso metabólico. La adecuación sería posible a un nivel central (hipotálamo), mediante interconexiones y mensajeros hormonales, que adecuarían a nivel tisular, favoreciendo la expresión de los genes que optimizan el gasto calórico. En alguna medida estos cambios persistirían hasta la edad adulta, quedando el equilibrio calórico establecido en un nivel conservador de energía, mediante mecanismos estables epigenéticos.

Esta hipótesis podría explicar la coexistencia de desnutrición en los niños en sus primeros años de vida, con obesidad de los adultos dentro del mismo grupo familiar. Es probable que esos adultos hayan sido a su vez desnutridos durante sus primeros años de vida, ya que han quedado con una baja estatura. Más tarde al exponerse a una dieta no restringida no son capaces de metabolizar el incremento energético y no les queda otra alternativa que acumular el exceso calórico (grasa subcutánea). Ello explicaría también el contra sentido que la obesidad y el sobre peso fuese significativamente mayores en los grupos de bajas condiciones socio económicas (Fig. 17).

La coexistencia de desnutrición en los primeros años de vida y la obesidad posterior significan un doble desafío para los servicios de salud de países subdesarrollados que simultáneamente debían implementar programas en ambas direcciones.<sup>49</sup> Para estos países sin lugar a dudas que el mayor esfuerzo debe estar dirigido a prevenir la desnutrición temprana, desde cuidar la situación nutricional de la madre embarazada, la lactancia materna a la nutrición del niño durante los primeros años de vida. Si ello se logra, debería posteriormente disminuir la tendencia a la obesidad del adulto, por lo menos hasta los niveles que se observan en los grupos socio económicos medios y altos.<sup>50</sup> Es de esperar que eso suceda en nuestro país en los próximos años, dado el progreso alcanzado en la prevención de la desnutrición de los primeros años de vida.

#### DESNUTRICIÓN PRECOZ Y ENFERMEDADES DEL ADULTO.

Durante los últimos años, basándose en estudios epidemiológicos retrospectivos, se ha descrito que enfermedades crónicas no transmisibles del adulto estarían relacionadas con factores ambientales que actuarían ya durante los primeros períodos de la vida. Por primera vez Barker observó que los niños nacidos con bajo peso tenían más posibilidades de desarrollar enfermedades cardíacas en edades posteriores, en relación a aquellos niños que nacían con peso normal.<sup>51</sup> Posteriormente diversos investigadores han confirmado que un mal desarrollo del niño en el útero debido a las condiciones maternas, o una desnutrición temprana después del nacimiento, constituyen factores de riesgo para enfermedades cardíacas en la edad adulta.<sup>52-53</sup> En

<sup>49</sup> Doak CM, Adair LS, Bentley M, Monteiro C, Popkin BM. The dual burden household and the nutrition transition. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2005;29: 129-36.

<sup>50</sup> World Hunger Series 2006. *Hunger and Learning.* United Nations, Roma, año 2006.

<sup>51</sup> Barker DJP, Programming the baby. En: *Mothers, Babies and Health in Later Life.* Churchill Livingstone, 1988: 13-41.

otro estudio realizado en mujeres holandesas que se embarazaron durante la Segunda Guerra Mundial, el mismo Barker demostró que la desnutrición consecutiva a ese período de escasez, constituyó un factor de riesgo que se tradujo en hijos que posteriormente presentaron niveles altos de lípidos sanguíneos, enfermedades cardíacas, hipertensión y diabetes tipo 2. Más aún, el mismo estudio señalaba que no sólo las madres que habían sido sometidas a una desnutrición durante la guerra daban a luz hijos de menor tamaño, sino que también sus hijas tendían a dar a luz niños de menor peso, lo que sería un efecto transgeneracional.

Todo parece indicar que tanto la etapa de desarrollo fetal, como también los primeros años de vida extrauterina, constituyen edades muy sensibles a factores ambientales adversos, que pueden llegar a perturbar el desarrollo del programa genético metabólico del organismo en forma permanente, expresándose posteriormente en diversas enfermedades en la edad adulta.<sup>54</sup> Tal sería el caso de las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, o la diabetes, cuyo origen estaría en los primeros años de vida.<sup>3</sup> Probablemente también otras, como osteoporosis, ovarios poliquísticos y psicosis, tendrían la misma génesis.<sup>3</sup>

Así por ejemplo, sucedería con la hipertensión, donde hemos podido comprobar alteraciones de la función renal en la etapa de desnutrición en los primeros meses de vida. Existe evidencia que el tejido renal juega un rol importante en la programación de la hipertensión que llega a afectar la homeostasis de líquidos y electrolitos. En animales de experimentación se ha observado que el retardo del crecimiento en las primeras etapas produce una disminución del número de glomérulos,<sup>55</sup> lo que también se ha observado en humanos.<sup>56</sup> Es muy probable que ellos se traduzcan en que cada uno de los glomérulos restantes incrementa el flujo de sangre. Con el tiempo puede llegar a desarrollar una glomérulo esclerosis, con la consecutiva elevación de la presión arterial, cuyos síntomas se manifestarían en la edad adulta. Lo mismo puede suceder con probables alteraciones del endotelio vascular, o en los islotes de células pancreáticas o hepáticas, cuyos daños se manifestarían sólo en edades posteriores.

El conjunto de patologías del adulto, que se han denominado «Síndrome Metabólico» y que tienen como síntomas comunes, hipertensión, hiperlipidemia, bajos niveles de HDL circulante, hipertrigliceridemia e hiperinsulinemia, parecen tener como punto de partida la excesiva acumulación de grasa en el tejido subcutáneo (obesidad).

---

<sup>52</sup> Kramer MS. Association between restricted fetal growth and adult chronic diseases: it is causal? it is important? *Am. J. Epidemiol* 2000;152: 08-09.

<sup>53</sup> Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying hypothesis? *Lancet* 2004;363: 1642-45.

<sup>54</sup> Barker DPJ: Past obstacles and future promise. En: *Developmental Origins of Health and Disease*. Edit.: Peter Gluckman y Mark Hanson. Publicado por Cambridge University Press 2006: 481-94.

<sup>55</sup> Velaskari VM, Aviles DH, Manning J. Prenatal programming of adult hipertensión in the rat. *Kidney Int.* 2001;59: 238-45.

<sup>56</sup> Hinchliffe SA, Lynch MR, Sargent PH, Howard CB, Van Velzen. The effect of intrauterine growth retardation on the development of renal nephrons. *Br.J. Obst. Gynecol.* 1992;99: 296-301.

Es interesante remarcar que la última encuesta Nacional Bicentenario, Adimark, señala que en muchas enfermedades del adulto, se observa una gradiente en la frecuencia de acuerdo al nivel socioeconómico.<sup>57</sup> La hipertensión arterial es 1.13 veces más frecuente en el grupo socio-económico bajo, en relación al alto. La obesidad morbida es 1.4 veces más alta. Los síntomas depresivos 2.5 veces.

El desarrollo de esta secuencia puede tener gran importancia en las proyecciones de salud pública, especialmente en un país como el nuestro que en un corto período de sólo algunas décadas ha logrado mejorar sustantivamente la situación nutricional y de salud, tanto del embarazo, como de los primeros años de vida.<sup>58</sup> Es muy posible que en algunos años más, cuando se hay completado la transición nutricional con población adulta sana, se pueda constatar una disminución de la tendencia a la obesidad y disminución consecutiva de la patología del síndrome metabólico, como ya se ha observado en países afluentes. Tal es el caso de Estados Unidos, donde en el período comprendido entre los años 1990-2003, se ha producido una disminución significativa de las muertes debidas a enfermedades cardíacas e hipertensión.■

#### COMENTARIOS

AC. RODRÍGUEZ. Felicito al Dr. Mönckeberg por esta brillante conferencia. Respecto de lo que usted mencionó al comienzo, se ha comprobado después en otras especies, lo que parecería negar algunos de los postulados de la teoría evolucionista.

AC. MÖNCKEBERG (Relator). Esa misma pregunta nos hicimos nosotros en aquella época y guardamos y archivamos los datos dado que ir contra la evolución iba a ser muy difícil. Analizándolo retrospectivamente parece haber una explicación diferente, sin que se modifiquen los genes. Es posible que en algún lugar del sistema nervioso central algún factor modifique la expresión de los genes y pareciera que ello tiene que ver también con las células germinales, ya que estas quedan con la marca, como para tener, por ejemplo, un metabolismo menor que se traduce en una situación de estrés durante los primeros períodos de la vida. El problema es perfectamente explicable, la evolución de las especies está en los genes y no se produce modificación ni tampoco alteración en las bases del DNA de cada uno de los genes, pero sí en la expresión cualitativa o cuantitativa de esos genes, por lo que se cree que es perfectamente explicable actualmente con el nuevo código de las histonas que factores adversos puedan traspasarse a la otra generación durante un tiempo hasta cuando dejen de ser adversos. Pueden demorarse dos o tres generaciones en recuperarse sin que se altere el gen en sí, pero sí su expresión. Es lo que se ha llamado "factores epigenéticos".

AC. CASSORLA. Primero quería agradecerle al Dr. Mönckeberg no sólo su presentación que es muy atractiva, sino también su trayectoria como Pediatra. Cuando uno piensa lo que era hacer investigación clínica hace tres o cuatro décadas en los Servicios Pediátricos que estaban absolutamente colapsados, con pacientes desnutridos e infectados, lo que significaba tratar de plantearse preguntas científicas y contestarlas como lo hizo el Dr. Mönckeberg en aquella época, creo que pavimentó el camino para nosotros los que somos pediatras más jóvenes, tarea que ni siquiera podemos cuantificar. De alguna manera el hacer investigación clínica el

<sup>57</sup> Encuesta Nacional Bicentenario UC-Adimark. El Mercurio, Noviembre 17, año 2006.

<sup>58</sup> Mönckeberg F, Albino A.: Desnutrición «El Mal Oculto». Editorial Mendoza Caviar Blue. Año 2004.

año 1990 o 2000 es absolutamente distinto a lo heroico que fue en la época del Dr. Mönckeberg realizar estos estudios que yo creo nos iluminan como país y como sociedad.

Mi pregunta específica tiene que ver un poco con su experiencia en otros países, lo que usted ha hecho en consultorías para tratar de resolver problemas de desnutrición e inequidad social, particularmente en Sudáfrica y otros: ¿Qué lecciones le quedan a usted de lo que se hizo en Chile o lo que se pudiera haber hecho mejor y lo que se está haciendo en otras partes?

AC. MÖNCKEBERG (Relator). La pregunta es trascendente, sin lugar a dudas, porque diría que Chile ha sido el único país subdesarrollado en el que aunque persiste la pobreza, el 20% de población es pobre, sin embargo logró controlar la desnutrición. No ha sido gratis, desde luego ha sido una inversión bastante significativa. Hace dos años preparé un trabajo para la Academia de Ciencias del Vaticano. Me pidieron que explicara por qué Chile lo había logrado. Entre lo que preparé estaba el costo de la inversión que directa e indirectamente costó preservar al niño en los primeros 6 años de vida. Entre el año 1970 y el año 2000, la inversión fue de veintidós mil millones de dólares y nadie se dio cuenta. Es interesante ese hecho porque permitió hacer un enfoque holístico del programa lo que involucraba desde los problemas de salud primaria del menor y de la madre embarazada, todos los problemas de alimentación a edades muy tempranas, los problemas de educación en edad preescolar en los primeros años de vida, a partir del año 1970, todos los problemas de saneamiento ambiental. Debo recordar que el año 1970 en Santiago sólo el 70% de las casas tenían agua potable y sólo el 40% estaba conectado a alcantarillas; hoy día está el 100% de la población urbana del país conectada a alcantarillas y agua potable y se están tratando las aguas servidas en un 70%. Todo eso sumado fueron veintitrés mil millones de dólares, en un plazo de 30 años. Esa cantidad equivale, más o menos, a la tercera parte del producto interno bruto del país. Lo interesante y la enseñanza es que se plantearon intervenciones que en alguna medida estuvieron diseñadas por investigaciones previas y fue posible mantenerlas en función del tiempo, en situaciones distintas por las que el país pasó entre 1970 y 2000, sin que los gobiernos hayan modificado en absoluto las acciones. Por el contrario, las incrementaron y mejoraron la eficiencia y la cobertura de ellas. La enseñanza es que cuando se toma el problema de esa forma y se trata de solucionar el problema a través de concentrar los esfuerzos para prevenir el daño en una población bien específica, en los primeros años de vida y se mantienen en función del tiempo, el resultado llega solo, parece automático. Yo no creí que iba a vivir para verlo, sucedió como una sorpresa. Agregaría que se hace difícil reproducirlo, porque si quisiera hablar con algún político de hoy día y le dijera que se podría solucionar el problema de la desnutrición pero que ello costaría veintitrés mil millones de dólares y que los resultados no los iba a ver él sino que la próxima generación, se sorprenderían. Por ello me parece que es difícil, pero no imposible, que se logre reproducirlo en otros países en vías de desarrollo. No es fácil corregir la anuencia política.

AC. UAUY. Quisiera destacar, fuera de la ciencia que hemos escuchado, lo que el Dr. Mönckeberg ha mostrado, también es un esfuerzo en generar institucionalidad en torno a un problema de salud y creo que eso es, más allá de la obra misma, el que haya logrado una institucionalidad tanto en la Universidad Católica donde se inició y luego en la Universidad de Chile y ahora inclusive en el mundo de la universidad privada. Ello refleja que tenemos frente a nosotros a alguien que es capaz de construir instituciones. Le voy a pedir que refleje un poco lo de la formación de equipos, los altos y los bajos y las lecciones aprendidas, porque creo que todos podemos beneficiarnos de eso.

También quisiera aprovechar de decir que este tema, el de los orígenes durante el desarrollo de la salud y enfermedad del adulto, en este momento es tema de una sociedad científica cuyo gran impulsor es el Profesor David Barker, un internista epidemiólogo que analizando las muertes por infarto en Inglaterra, 70 años para atrás encontró una correlación muy estrecha entre bajo peso al nacer y la mortalidad cardiovascular; por lo tanto, esto ya se ha extendido también a la resistencia de insulina, a diabetes, a mortalidad cardiovascular, a algunos tipos de cáncer, etc., de manera tal que dentro del origen de la epidemia que vivimos actualmente está un efecto prenatal. El mejor ejemplo para Chile es el ácido fólico que se implementó hace 5 años y logró reducir en un 50% los defectos del tubo neural, una malformación congénita, siempre que el medicamento se diera antes de gestar. Este tema de la metilación y acetilación del DNA para regular su expresión está en agentes dependientes del carbono de metilo lo que depende del ácido fólico, por lo tanto, esta intervención que estamos ejecutando en la especie humana con 400 microgramos al día de ácido fólico, algo que no es alcanzable con la dieta, en vez de los 100 microgramos que es la ingesta habitual, es algo que debemos examinar. Si bien previene y disminuye a la mitad de los defectos del tubo neural, hay que estar atentos a ver que otros genes no se sobre-expresen o se sub-expresen a lo largo del ciclo vital, con posibles efectos para la salud; por lo tanto estos nuevos paradigmas no solamente tienen un lado positivo sino que también pueden tener efectos a largo plazo. La intervención que estamos haciendo en Chile, es que en un año la población entera pasó a un nivel de ácido fólico circulante, tanto tisular como circulante, a tres o cuatro veces lo que había, a través del consumo de pan. Va a ser interesante ver qué otras cosas trae esto. Les aviso que viene el Dr. David Barker a Chile en noviembre, invitado a una reunión científica y podría ser interesante invitarlo a la Academia de Medicina, ya que la otra conferencia va a ser fuera de Santiago, creo que sería bueno tenerlo acá dando una conferencia sobre este tema.

Junto con lo dicho me interesa comentar cómo esta disociación entre la Pediatría y la Medicina Interna, le ha hecho mal a las dos especialidades, porque hoy día la salud y la enfermedad está condicionada a través del ciclo vital, en lo bueno y lo malo, y así lo hemos visto en la hipertensión, en diabetes, etc.. Creo que hay que empezar a repensar el reencuentro del ciclo vital tanto como mecanismo, como por intervenciones y como manera de ver la salud y la enfermedad. Sabemos lo difícil que es cambiar muchas cosas en los adultos, parte de esto invita también a la reflexión de mirar a la salud y enfermedad dentro de este concepto del ciclo vital.

DR. CRUZ-COKE. En primer lugar felicitar la excelente presentación que ha hecho en forma histórica el Dr. Mönckeberg. Ha quedado muy claro la importante participación que ha tenido él y el grupo que dirigía en el INTA para resolver este grave problema del país: la desnutrición infantil. La pregunta que deseo hacerle es un problema que se ha presentado ahora con la brusca caída de la mortalidad infantil. Los genetistas advertimos hace años que con la caída de la mortalidad infantil todas las fuerzas de la selección natural que eliminaba a los niños defectuosos se iba a relajar. Hace 100 años un tercio de los niños se morían antes de 1 año, actualmente se muere menos del 1%, se mueren sólo los que tienen defectos genéticos graves o alteraciones metabólicas. El problema que se nos presenta ahora es que el número de enfermedades genéticas raras, están apareciendo y aumentando. Estas son alrededor de 1.500 las descripciones que ha hecho el Profesor Mc Kusick en el catálogo del MIN hace ya varios años atrás. ¿Qué pueden hacer los Pediatras con la situación actual con los hospitales pediátricos llenos de niños con enfermedades raras que son difíciles de diagnosticar, que son de un costo tremendo porque hay que hacer estudios metabólicos muy complejos, etc.? El Dr. Mönckeberg publicó un libro muy importante hace 30 años sobre estos problemas y también planteó el problema de las enfermedades genéticas raras. ¿Qué políticas puede desarrollar el Estado

Chileno para resolver esto? La fibrosis quística, por ejemplo, al ponerla en el AUGE, costó hace dos años más de tres mil millones de pesos la atención. Dr. Mönckeberg ¿qué políticas sugiere usted para proponerle al Ministerio de Salud frente a este problema?

AC. MÖNCKEBERG (Relator). El planteamiento del Dr. Cruz-Coke tiene que ver exactamente con la selección natural. Obviamente que los procesos de selección natural, la evolución, se dan en otra dimensión del tiempo muchísimo mayor de lo que nosotros podemos vivir. Me parece más bien que esta aparición de las enfermedades metabólicas son un poco la resultante de haber desaparecido la desnutrición; diría que la mayor parte de estas enfermedades metabólicas quedaban en el mismo paquete de los muchos que se morían en los primeros años de vida y parecía normal que así fuera y que cuando mejoró la situación nutritiva y se pudo controlar las enfermedades, aquellas que realmente eran producidas por un medio ambiente adverso, afloró lo que ya existía en aquella época y que hoy llamamos enfermedades metabólicas. Me llamó la atención cuando hace muchos años fui a estudiar pediatría en la Universidad de Harvard y en el Children Hospital veía lo mismo que el Dr. Cruz-Coke está señalando, en el año 1960; las camas estaban todas ocupadas por fibrosis quística, intolerancia a la lactosa y no había desnutridos. Es decir, nosotros estamos viviendo lo que vivió el mundo desarrollado (Estados Unidos) hace 40 años atrás y me da la sensación de que estas enfermedades, no me atrevería a decir que están aumentando, sino que se están haciendo evidente en los hospitales pediátricos porque el resto se limpió y ya no existe la patología tremenda que era la desnutrición avanzada.

AC. GÜNTHER. Felicito al Dr. Mönckeberg por la increíble odisea de su desarrollo como médico y como político de alimentación y de nutrición colectiva. Acabo de leer el último número de *Scientifically Medical*, viene un artículo sobre un estudio obtenido de ratones, en la cual un solo gen determina si el ratón siente dolor o no, entonces toda la organización del sistema nervioso sensitivo respecto a la percepción del dolor depende de la manifestación de un solo gen, parece inverosímil que un pequeño cambio bioquímico en la parte genética determine si el individuo, en este caso los ratones, van a sentir o no dolor. O sea la analgesia congénita que se observa muy casualmente en el ser humano, es determinada por un solo gen que está presente o ausente. Entonces la importancia que tiene la genética en este momento para entender toda la fisiopatología en su manera integrativa, se refiere a la información que está presente o ausente. Lo que decía el Dr. Mönckeberg respecto a los cromosomas que conectan la información genética entre las histonas que son muy interesantes, porque histos significa tejido, o sea más importante que la célula, que la patología celular, mucho más importante, es la relación histológica entre elementos que forman una unidad funcional, por eso el concepto de histonas de Krogh que corresponde a cada capilar rodeado de un cilindro de tejido conjuntivo incluyendo a las células paraquimatosas, determina una unidad funcional que es indispensable para entender que la célula en sí es uno de los elementos, pero el problema fundamental de la patología celular de Virchow es que no es la célula lo más importante; en este caso es el conjunto de elementos que forman un capilar sanguíneo, un capilar linfático, inervación y el parénquima; todo eso forma una unidad y por eso que la designación de histonas es muy sugestiva en la organización de los cromosomas, que va a determinar la relación que tiene el uno con el otro.

AC. FARGA. En estos momentos en que todos tienen teorías de cómo gastar el dinero que está entrando en dólares en el país, y todos presentan ideas en *El Mercurio*, entre otras, se piensa que el abrir salas cunas, aumentar la educación preescolar, pueden significar un cambio que aumente la estimulación del preescolar, lo que implicaría un cambio dramático en los próximos años. ¿Qué idea habría de aplicar estos nuevos conocimientos y qué recomendacio-

nes se le podrían hacer en una carta más al Mercurio para aplicar esos dineros en buena forma?

AC. MÖNCKEBERG (Relator). La idea pareciera muy plausible de enfatizar que el impacto se produce en los primeros dos años de vida y tratar de actuar en ese nivel. A través de CONIN estamos viendo qué está pasando en el país y cómo van cambiando los niños que están llegando a CONIN, esta institución se ha reducido. En un comienzo alcanzamos a tener 2500 camas desde Arica hasta Coyhaique, hoy día tenemos 600 camas en 14 centros que están en las ciudades más importantes, pero los niños han cambiado diametralmente. Son niños que en un 60% son hijos de madres menores de edad, solteras, entonces la recuperación se nos hace más difícil, no son tan graves los desnutridos que nos llegan, porque llegan precozmente por la infraestructura de salud, los mandan desde los distintos servicios de salud, pero no hay a quién devolverlos porque son niños no deseados, casi la mitad de los niños que están naciendo en Chile son hijos extramatrimoniales, el 36% son hijos de madres solteras menores de edad. De modo que creo que el hacer jardines infantiles en forma global va a ser una inversión de recursos tremenda que no va a dar muchos resultados, no se va a ver en cifras a mediano ni a largo plazo, porque mi impresión es que habría que actuar específicamente sobre las de más alto riesgo y creo que es perfectamente posible seleccionar las de más alto riesgo a través de una serie de preguntas que podrían contestarse en un lugar común en el cual pasan todas las mujeres que están siendo madres: "la maternidad". Se podría preguntar, por ejemplo, la edad de la madre, si es soltera o no, número de hijos, peso al nacer, calidad de vivienda, si trabaja o está cesante, varias preguntas y que la madre podría contestar sentada en la cama y calcular el riesgo, si hay más de un 90% de los factores negativos, el niño va a sufrir un daño antes de que cumpla los dos años y en eso concentrarse. En ese contexto, yo diría que el porcentaje sería talvez un 10% o 20%, entonces desarrollar un programa específico. Ello coincide, creo yo, con que son hijos no deseados y que no sería tan traumático si no son deseados comenzar a prevenir el daño en instituciones como las salas cunas, las que son tremendamente caras. Atender lactantes, si uno tiene 60 en un centro, tiene que lavar 640 pañales diarios, tiene que preparar 300 biberones diarios, tiene que haber una cocina absolutamente aséptica, alimentar a cada niño, etc. es decir, esto tiene un costo de personal y de infraestructura tremendamente alto, varias veces más alto que un jardín infantil convencional. Si se quiere hacer un programa de esa naturaleza, lo aconsejable es focalizar en las personas de más alto riesgo y tratemos de concentrar aquellas en lugares específicos.

AC. GOIC (Presidente). Tengo la impresión de que esos programas de aumento de la cobertura de los jardines infantiles apuntan a los niños pero también apuntan a facilitar a las madres la posibilidad de acceder al trabajo; creo que esa es una de las ideas que hay detrás de eso.

AC. MÖNCKEBERG. (Relator). Es importante lo que señala el Dr. Goic, porque ese parece ser el objetivo. Pero la madre que trabaja en alguna medida ya ha resuelto su problema. El problema es la madre que es incapaz de trabajar y ahí es donde está el riesgo del niño. Para solucionar el problema de la madre, parecen ser muy útiles las salas cunas; pero no para solucionar el problema del niño.

AC. GOIC (Presidente). Felicitamos cordialmente al Dr. Mönckeberg por su conferencia. Creo que el país le debe mucho, él ha hecho una labor realmente de tremenda importancia para los niños chilenos y creo que además de su iniciativa, su entusiasmo y su inteligencia para abordarlo, se encontró con un país que tenía una estructura sanitaria muy bien organizada, con programas muy definidos que naturalmente ayudaron a que desarrollara su propio programa apoyado en esta estructura. Lo mismo habría que decir de su labor en la Universidad de Chile, una universidad con defectos, pero que sin duda también le significó una tremenda ayuda en el desarrollo de sus investigaciones en el campo de la nutrición infantil.

## LA MEDICINA CHILENA ENTRE DOS SETS DE VALORES: LA ÉTICA DE LA BIBLIA Y LAS ÉTICAS DE ORIGEN HUMANO<sup>1</sup>

MONS. DR. BERNARDINO PIÑERA  
Académico Honorario

Cuando entré a primer año de medicina, en la Católica, en 1933, mis compañeros reclamaban porque, en el currículum de nuestros estudios, figuraba una clase de Moral Médica, a cargo del Presbítero Oscar Larson, sacerdote por lo demás muy distinguido.

Les parecía a algunos volver al ambiente de los colegios católicos de los que muchos provenían. Estudiar anatomía, eso era ser y sentirse universitario. Pero que un cura les diera clase de moral -aunque fuera de moral médica- era una pequeña frustración.

Y hoy día, 60 ó 70 años después, la Universidad de Chile, bastante más laica que la Católica de entonces, tiene un Instituto de Bio-Ética, con profesores prestigiosos y la ética biológica y médica está presente en clases, foros, seminarios, artículos y libros y en la conciencia de todos los médicos y biólogos.

¿A qué se debe esta promoción de la ética, desde hace medio siglo? Creo que a diversas circunstancias.

Hasta hace 40 ó 50 años -tal vez hasta la revolución cultural de la década del 60- se habla de «moral» más que de «ética», y aun cuando ambas palabras son casi sinónimas, la moral tenía una resonancia cristiana, incluso católica y eclesial, en nuestro ambiente. Una corriente laicizante, secularizadora y descristianizadora por una parte, y, por otra, una tendencia desocializante y globalizante han ido alejando poco a poco el mundo de la cultura de la religión, al menos en cuanto institucionalizada y doctrinaria. Y eso tenía que producir un alejamiento de la moral católica tradicional, también -y quizás sobre todo- en materias relacionadas con la vida, con el matrimonio, con la familia, con el sexo y con la reproducción.

Pero, al mismo tiempo, el abandono progresivo de una moral -que podía ser tal vez demasiado rígida, poco abierta a los cambios científicos, culturales y sociales, pero que daba, en todo caso, un marco claro y firme a la conducta humana- parece haber producido una especie de relajamiento, un desorden, un «destape», una dispersión ética y un permisivismo moral a los que se suele atribuir un grado de responsabilidad en algunos males que vive el mundo de hoy y que angustian cada vez más

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de la Academia de Medicina de fecha 7 de junio de 2006.

a los hombres: desequilibrios poblacionales, alteraciones de la pirámide de edades, falta de jóvenes, exceso de ancianos, disminución de la población de los países que fueron líderes de la cultura moderna -Alemania, Inglaterra, Francia, España, Italia- y penetración creciente en esos países de pueblos de otras culturas; la delincuencia y la criminalidad que llegan a ser una amenaza o una experiencia traumática para todos; la adicción a la droga, al alcohol, a cualquier exceso que altera la mente y la conciencia de un alto y creciente porcentaje de la población; la ingobernabilidad de los pueblos y de las instituciones por falta de disciplina social y por conciencia creciente de las desigualdades y de las injusticias sociales; y los adelantos científicos, en particular en el campo de la medicina reproductiva que permiten a los hombres de hoy manipular los procesos vitales con una eficiencia hasta hace poco desconocida: anticoncepción, aborto, fecundación artificial, uso y abuso de los fármacos neurotrópicos...

Como el aprendiz de brujo de la fábula, el hombre moderno tiene miedo y siente la necesidad de controlar el uso de esas fuerzas nuevas que tiene bajo su poder. De allí nace la «bioética» con su desarrollo actual.

La Iglesia Católica va estudiando los nuevos problemas morales que se presentan, adaptando a situaciones nuevas su moral tradicional, que tiene por divina, que procede de la Biblia y que es garantizada, para los creyentes, por la infalibilidad que, según la fe de la Iglesia, acompaña a la enseñanza de los pastores en materias éticas fundamentales. Pero, perdida la unanimidad de la fe religiosa, las respuestas de la Iglesia no son aceptadas por todos y muchos piden a la tradición humanística, filosófica, eticista y a los moralistas actuales, los fundamentos teóricos y las orientaciones prácticas para guiar sus conductas en tanto tema nuevo, grave y contravertido. Esta necesidad de ética afecta a los políticos, a los hombres de derecho, a los científicos y muy especialmente a los médicos.

Se puede decir que en el mundo moderno compiten dos éticas: la ética religiosa, judeo-cristiana, expresada en la Biblia y en la práctica de siglos de vida cristiana; y la ética laica, secular, filosófica, que forma parte también de la herencia cultural de la humanidad y que estudia y toma posiciones ante los grandes problemas de la humanidad.

El médico se siente interpelado por el problema ético desde tres puntos de vista.

Como persona él tiene su moral, la que le dicta su conciencia, la que regula sus actos, y procura ser fiel a ella.

Como médico debe tomar en cuenta la ética de su paciente que puede no coincidir con la suya. El paciente pide un aborto, pide la eutanasia y el médico no comparte esa actitud ética. O, por el contrario, el testigo de Jehová rechaza la transfusión sanguínea que su médico estima necesaria. ¿Qué hacer?

Como miembro de la sociedad, del cuerpo médico, de las diversas organizaciones científicas o gremiales a las cuales pertenece, como hombre culto, el médico se encuentra inserto en un mundo cultural en que el debate ético está abierto, en que se

establece un clima ético del cual le cuesta abstraerse y al cual le puede costar también mucho adaptarse y someterse.

Son tres aspectos del problema ético vistos desde la perspectiva del médico.

Quiero ahora exponer, a grandes rasgos, los dos sets de valores que se nos ofrecen: el de origen divino y el de origen humano, el bíblico y el humanista. Y señalar las ventajas y los inconvenientes que suelen atribuirles. Y luego ver si existe alguna posibilidad de combinar ambos sistemas, respetando la esencia de cada uno de ellos, sumando sus ventajas y superando sus deficiencias.

Para el eticista, la moral de la Biblia, la ética judeo-cristiana es «heterónoma»: viene de fuera del hombre, es de origen «divino», es dada por Dios al hombre y por lo tanto, supone la fe en Dios: es «tradicional», en cuanto está presente en la cultura y la sociedad occidentales desde hace dos milenios.

La moral alternativa a la moral bíblica es «autónoma», depende del hombre, proviene de él, de su inteligencia, de su cultura, de su sentido del bien y del mal; es «humana» o, si se quiere «humanista», descansa en la filosofía y en la ciencia humanas; y es «moderna» en cuanto tiende a sustituir a la moral bíblica, mucho más asimilada por nuestra cultura, aun cuando sus orígenes se remonten a la cultura griega y más allá.

#### A.- LA ÉTICA DE LA BIBLIA

La Biblia, en su primera parte o Antiguo Testamento, es el libro de un pueblo, del pueblo israelita o sea de los descendientes de un pastor nómada, que vivía en Ur, en Caldea y a quien Dios se le apareció, cuando se encontraba en Harran, camino a Palestina. Abraham «creyó» en Dios -es el padre de la «fe»- y Dios hizo alianza con él y con su descendencia. A lo largo de unos 18 siglos, de 1750 AC. hasta la venida de Cristo, algunos israelitas, unas dos docenas, inspirados por Dios, pusieron por escrito tradiciones orales muy antiguas, relatos históricos, oráculos proféticos, leyes rituales, consejos morales, poemas... El conjunto de todos esos libros -alrededor de 50- fue reconocido por las autoridades del pueblo israelita, y después por las del pueblo cristiano, como inspirado por Dios.

Cristo fue un buen israelita, respetuoso y cumplidor de las leyes y costumbres de su pueblo. Pero su enseñanza fue más allá de la del Antiguo Testamento. En el siglo 1, una decena de autores, inspirados ellos también, recopilaron y pusieron por escrito episodios de la vida de Cristo y sus enseñanzas -sus «hechos» y sus «dichos»- narraciones de los primeros tiempos de la Iglesia, cartas de apóstoles a comunidades cristianas y una visión «apocalíptica» y, con estos escritos, reconocidos por la Iglesia como inspirados por Dios, se constituye el Nuevo Testamento, el que los cristianos agregaron al Antiguo Testamento para formar la Biblia. Esta fue copiada a mano, cientos de veces y traducida a distintos idiomas, hasta que San Jerónimo, en el siglo IV, reunió los mejores manuscritos que encontró en griego y en otros idiomas y los tradujo al latín. Su traducción, llamada la Vulgata, sirvió durante siglos de texto ofi-

cial de la Biblia. Pero al desarrollarse, a partir del siglo XVI, los estudios bíblicos, cristianos y científicos, se ha vuelto a los textos originales hebreos o griegos y se les traduce directamente a los distintos idiomas.

La Biblia no es un texto de ética, pero de sus páginas se desprende una ética clara. Se expresa principalmente en el Decálogo -en el Antiguo Testamento- y en el Sermón de la Montaña -en el Nuevo-. Pero la Biblia entera enseña una moral, a través de preceptos, pero sobre todo de ejemplos y de testimonios. Es la «ética bíblica».

Ahora bien: esta ética, promovida durante 20 siglos por las Iglesias cristianas, es la que, junto con la cultura greco-latina y otros aportes, ha inspirado la cultura occidental y guiado su conducta en Europa y después en América y se ha extendido después, en mayor o menor grado, al mundo entero.

Durante los primeros tiempos de laicización, los que querían separar la Iglesia del Estado se cuidaron de no renunciar a la moral de la Iglesia, a la moral bíblica. Fueron radicales quienes en Chile se opusieron a que la ley de matrimonio civil, promovida por ellos, incluyera el divorcio civil. Este solo fue aprobado más de un siglo después. O sea, una cosa era alejarse de la Iglesia, como institución humana poderosa e influyente en la vida del país y otra era renunciar a la moral de la Biblia, a la que se consideraba indispensable, hasta para mantener el orden social y la convivencia nacional.

La moral bíblica consiste antes que nada en ubicarnos bien delante de Dios, en actitud de humildad, de adoración y de asombro. En percibir que Él nos ama y en reflejar el amor que Él nos tiene, hacia él y hacia todos los hombres del mundo.

Consiste en amar, en respetar, en defender y en promover la vida humana contra todo lo que la amenace: violencia, enfermedad, deseo de deshacernos de ella... «¡No matarás!

Consiste en promover y defender la familia, el matrimonio, el tener hijos, porque la familia es la fuente de transmisión de la vida, es la que ayuda a la vida a crecer y desarrollarse y es el ambiente que necesita el hombre, no solo en los primeros años de su vida, sino también en su edad adulta y en su vejez. Y porque el hombre y la mujer son hechos para el amor, un amor exclusivo, estable y fecundo. «Honrarás padre y madre».

Considera el sexo como parte de la vida de la familia, el acto por el cual los esposos se complementan mutuamente, se expresan su amor y engendran a sus hijos, y reprueba el sexo fuera del matrimonio, fuera del amor. «No fornicarás, no cometerás adulterio».

La moral bíblica promueve la justicia en las relaciones humanas y condena el abuso, el robo, la corrupción y la delincuencia. «No robarás».

Enseña también que los bienes materiales deben estar bien distribuidos entre todos según sus necesidades, y también según sus méritos, y que nadie debe apegarse a ellos más allá de lo que le sea necesario. Recomienda a todos la sobriedad, el

desapego, la disposición a compartir con el que necesita. «No codiciarás los bienes ajenos».

Enseña a decir la verdad, nos ayuda a ser verdaderos, condena la mentira y la falsedad y recomienda la transparencia y, a la vez, la discreción. «No mentirás».

La moral de la Biblia se aprende en la enseñanza de los teólogos moralistas pero, principalmente, en el testimonio de los santos. Los del antiguo y los del nuevo testamento, los santos ilustres y canonizados y los santos que encontramos en la vida diaria.

## B.- LA ÉTICA MODERNA

Recordemos que, si bien la ética de que vamos a hablar es «moderna» en cuanto es «actual» y en cuanto sigue a la ética «tradicional» de que hemos hablado, no lo es en cuanto ella también tiene una larga historia que acompaña a la de la filosofía. La ética moderna se apoya mucho también en la ciencia -psicología, pedagogía, sociología, antropología especialmente- pero no pretende tener origen «divino», sino que es exclusivamente «humanista» y «laica», lo que no significa que sea necesariamente «antirreligiosa»: es más bien “agnóstica”.

La ética moderna se interesa por la persona humana y por la sociedad humana. En cuanto a la persona, se basa mucho en la psicología, incluso en el aporte de Freud. Quiere librar al hombre de sus represiones sexuales, abrirlo al placer sexual, mostrar el lado positivo del sexo y del placer. Hace ver que las muchas exigencias de la ética bíblica -tal como se enseña hoy-, en lo referente al matrimonio y a la procreación, son muchas veces difíciles si no imposibles de cumplir y dan mayor importancia, en el amor humano, al placer y a la espontaneidad. Insiste más en la autenticidad que en la fidelidad entre los esposos; en el agrado material y cultural de la vida que en tener y educar muchos niños; y se alegra de que los adelantos de la medicina y del derecho permitan al hombre y a la mujer de hoy controlar la concepción, terminar un embarazo no deseado, romper un vínculo matrimonial que estorba, gozar del sexo según su tendencia y su gusto.

La ética moderna, buscando bienestar para todos, condena la delincuencia, la corrupción, el abuso, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y todo aquello que va en contra de los derechos humanos. Se pronuncia a favor de la democracia, contra la dictadura o el abuso del poder. Y busca la justicia en las relaciones humanas, basándose en consideraciones más pragmáticas que teóricas, como en el famoso tratado «A theory of justice» del pensador norteamericano Rawls.

La moral laica da a veces la sensación de ser un “traje sobre medida” que cae bien y no molesta y se puede ajustar según las necesidades. La moral religiosa sería más como un «uniforme», al cual es el que lo lleva el que debe adaptarse.

Digamos por fin que hay muchas éticas laicas según el temperamento o el pensamiento de quienes las elaboran. Una era la ética de los “epicúreos”, otra la de los

«estoicos”, en la antigüedad. Una es la ética de Kant y otra la de Nietzsche. Y, entre los eticistas modernos, hay una gran variedad de principios y de aplicaciones.

Y, por último, hay que recordar que creyentes y no creyentes apelan a una moral «natural», común a todos los hombres: respetar la propia conciencia, no hacer a otro lo que uno no quiere que le hagan a uno, no mentir, no matar, no robar, acatar las reglas de la familia y de la sociedad..., que sería para unos una especie de denominador común de todas las éticas “humanas» y, para otros, la huella de una revelación “divina”, impresa en la conciencia de todo hombre, anterior y preparatoria a la plena revelación divina, que transmite la religión.

Agreguemos que, entre la ley moral y las conductas morales tanto en el caso de la ética de origen divino como en las de origen humano, se interpone una «educación moral», un entrenamiento para el cumplimiento de los preceptos y la conformidad de las acciones con los principios. Ambas éticas suelen usar argumentos y métodos diferentes para lograr que las conductas estén de acuerdo con las ideas.

#### C.- LA SITUACIÓN MORAL DEL MUNDO DE HOY.

El valor de las éticas se mide por sus resultados, y particularmente por su capacidad de hacernos felices. Pero esta palabra es ambigua. Para unos la felicidad es en esta vida, aquí en la tierra, y no hay otra. Para otros la felicidad abarca una etapa terrenal que lleva a un destino definitivo y eterno y hay que sacrificar parte de la felicidad terrenal por la felicidad celestial. De tal manera que las críticas a la situación moral actual no son necesariamente las mismas de lado y lado.

Todos por lo general se quejan de la mala calidad de la vida en común: de los grafiti de las murallas, de la manera atropelladora de conducir, de la falta de gentileza de trato con las mujeres, los ancianos o los niños, y más aun del vandalismo, de la delincuencia, de la corrupción, de las desigualdades económicas excesivas, de la incapacidad de satisfacer las aspiraciones de todos los hombres en materia de educación, de salud, de nivel de vida; de la falta de un control político y ético sobre el poder del dinero que aparece como anónimo e internacional, difícil de asir; de la droga en su doble aspecto de consumo y de tráfico.

Los que adhieren a una ética bíblica o religiosa, denuncian además el debilitamiento de la familia, el poco respeto a la vida humana: aborto, eutanasia, contracepción, experimentos con manipulación de embriones humanos; la conducta desordenada de los jóvenes y también de los adultos, especialmente en materia sexual, el permisivismo, el excesivo materialismo de la vida, la idolatría del dinero, del status, el consumismo desenfrenado.

Los que siguen una moral laica se quejan más bien de las restricciones a la libertad personal que aún subsisten, de la discriminación, en especial de la mujer, de la destrucción del ambiente natural -ecologistas, humanistas-, de ciertas intervenciones religiosas -católica o islámica principalmente- que llevan a un rigorismo moral obsoleto o a un fanatismo intolerante con riesgo de violencia.

Por lo general la moral religiosa aparece como defensora de la familia y de una cierta cualidad de vida; a la moral laica se le atribuye más la defensa de los derechos humanos, de la democracia y de la libertad.

Si sumamos las críticas que vienen de lado y lado constatamos en el mundo de hoy una especie de «angustia ética». Tenemos miedo y miedo los unos de los otros. Hay una sensación de inseguridad. Y esto se traduce a su vez en la multiplicación de los ansiosos, angustiados y depresivos y la de los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras a los que ellos acuden: señal que algo anda mal en la mente del hombre moderno y en nuestra convivencia social.

Cabe preguntarse si sería sensato descartar, así como así, un sistema moral que pretende ser de origen divino -y no olvidemos que la mayoría de los hombres del mundo creen en Dios, en una u otra religión- y que ha inspirado la cultura la civilización europea occidental. O si sería razonable no escuchar la voz del mundo de hoy con sus nuevos reclamos, sus nuevas necesidades y sus nuevas posibilidades. El humanismo laico debe respetar el humanismo religioso: la religión es parte de la humanidad. El cristiano, por otra parte, sabe que su Dios es el Dios de todos los hombres, que todos son hijos de Dios y han sido creados a su imagen y semejanza, o sea inteligentes y libres como Él. Debe reconocer los adelantos que corrientes laicas han impreso a la ética y debe cuidar de que su enseñanza ética no se limite a expresar principios absolutos sino que acompañe al hombre en el esfuerzo por actuar de acuerdo con esos principios en la realidad de la vida. Debe calificar más el papel del amor en la ética como la clave desde la cual se juzgan y se resuelven los problemas éticos concretos. Ambas corrientes éticas tienen que cooperar para guiar a los hombres en un momento difícil de la historia humana.

#### EL MÉDICO Y LOS VALORES.

El médico, por su influencia en la sociedad y por su desempeño con el enfermo es persona clave en la ética de hoy.

Se espera de él que sea un hombre o una mujer de buena cualidad moral. Ya sea que opte por la moral de la Biblia y del Evangelio y que siga los preceptos de la Iglesia católica o de otras Iglesia cristianas o familias religiosas de origen cristiano; o que sea judío, musulmán o de otra religión.

*O que, alejado de los planteamientos religiosos, se rija mas bien en su conducta por los principios de la ética moderna -filosófica, científica y laica-, se espera del médico que sea un hombre ético, cuya conducta práctica esté de acuerdo con sus principios teóricos. La sociedad espera que el médico, por caridad cristiana o por filantropía laica, sea respetuoso de la dignidad del ser humano, que se esfuerce por servir la vida, calmar el dolor, que sea desinteresado en materia económica... En otro tiempo se solía hablar del ejercicio de la profesión médica como de un «sacerdocio».*

Hoy día se hablaría más bien de un servicio a la humanidad, guiado por una ética exigente.

El médico debe ser también respetuoso de la ética de su cliente, de su enfermo. Atender a cada enfermo dentro de su manera de ser, tomando en cuenta sus valores aunque no los comparte, pero insistiendo en su postura propia cuando ve claramente que apartarse de ella por condescendencia con el punto de vista de su paciente sería en perjuicio de su salud o de su vida. Y finalmente el médico tiene que tomar posición en el conflicto entre dos grandes culturas éticas que hemos descrito anteriormente. Si es cristiano procurará que el amor al hombre, en especial al que sufre, inspire su conducta, aun en los casos en que esta pueda parecer demasiado rígida, tal vez inhumana. Y al constatar cómo la sociedad moderna hace difícil la fidelidad a la moral bíblica, deberá, por una parte, ayudar a su paciente cristiano a ser fiel a sus principios en medio de esas dificultades -en el control de la natalidad por ejemplo- y, por otra parte, luchar junto con los demás para que la sociedad y la cultura se organicen en forma de facilitar o por lo menos de no dificultar la vivencia del Evangelio, lo que, a su vez, mejorará considerablemente la ética social.

El médico cristiano deberá por otra parte abrirse con interés a todas las propuestas de la ética moderna, asumir todo lo que en ellas sea positivo, conforme a una sana filosofía y a una ciencia probada y contribuir, desde su postura creyente, a que la medicina entera practique una ética sana, valedera para todos los hombres.

Al médico liberado de creencias religiosas, o menos influido por ellas, se le pedirá especialmente una conciencia recta, una apertura a la ley natural, un respeto a la conciencia de sus colegas y de sus pacientes y una comprensión de las posturas morales que se inspiran o que derivan de la fe religiosa. Y que sepa expresar sus propias posiciones éticas con espíritu comprensivo y tolerante, buscando lo que une más que lo que divide. Es demasiado grave lo que está en juego -en las materias que atañen a la bioética y a la moral médica- para que no se busque un acuerdo entre todas las tendencias en un respeto mutuo por los puntos de vista de unos y otros. Y ese clima de respeto mutuo y de cooperación en la búsqueda de lo que sea mejor debe permitir a cada médico, llegado el momento de tomar una decisión, actuar siempre de acuerdo con su conciencia.

A manera de conclusión quiero agregar una última consideración. Hay un eje vertical: hombre-Dios; para los que no creen en Dios, o no saben o no les interesa saber hacer de Dios, sólo existe el hombre; no hay teología, sólo antropología. Pero la antropología, la creencia del hombre, debe ser, como toda ciencia, abierta a lo desconocido; en este caso a Dios, siquiera a un Dios "posible".

Para los que creen en Dios, el eje Dios-hombre es de doble tránsito: de Dios al hombre y del hombre a Dios. La ética de origen divino de que hemos hablado, baja de Dios al hombre pero debe penetrar en las realidades humanas, debe hacerse no solo "teológica" sino "antropológica". Y porque el hombre, para el que tiene fe en Dios, es criatura de Dios, inteligente y libre como Él, es amado por Dios, es llamado hijo de Dios, el eticista que parte de Dios y de la Biblia, tiene que acercarse al hombre con profundo respeto y con verdadero amor y descubrir y apoyar todo lo que desde el hombre y desde su inquietud humana, tienda hacia Dios, buscar a Dios, a veces sin

conocerlo. En ese punto se juntan las dos éticas, como un servicio al hombre para que crezca. Y así como dice el Evangelio que “Dios hace bajar la lluvia sobre creyentes y no creyentes”, así también creyentes y no creyentes –con mayor o menor claridad– pueden aspirar a una misma meta, a subir, y en ese esfuerzo estamos todos unidos. ■

## COMENTARIOS

AC. MUNDT. Actualmente la ética en medicina a diario nos enfrentamos con dilemas éticos. En estos momentos parece predominar una ética laica, absolutamente humanista, que nació después de la 2ª guerra mundial, después de la cual se produjo una laicización cultural muy importante; exaltándose mucho la autonomía del hombre. Los bioeticistas de esa época se encontraron con un vacío: no tenían principios en los cuales fundar su ética y fue así como dos de ellos: Beauchamp y Childress, establecieron cuatro principios de bioética: la beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía. Esto permitió a los médicos delegar parte de su responsabilidad en el paciente, el que era debidamente informado de su enfermedad, de las posibilidades de tratamiento, de las reacciones adversas, etc., el paciente con la información entregada tomaba la decisión. Esto llevó a los bioeticistas a dejar de considerar el Juramento Hipocrático que era el que nos había regido desde el tiempo de los griegos. Para ellos el Juramento Hipocrático era el paradigma del paternalismo médico que impone al enfermo su criterio. Nadie ha estudiado bien el Juramento Hipocrático y si uno lo empieza a desglosar se encuentra con que está estructurado de acuerdo a los Diez Mandamientos e incluso el mandamiento nuevo del amor. El Juramento Hipocrático tiene un tremendo valor.

AC. VALDIVIESO. Quiero agradecer a Monseñor Piñera esta exposición tan lúcida y tan profunda y el gran esfuerzo de síntesis que hace él al final de su conferencia, el que nos muestra muchos caminos en que ambas éticas pueden coincidir a pesar de que en teoría, cada una de ellas considere que esa síntesis falla por algún lado. Pero la manera como lo ha planteado no se refiere a las posibles fallas de cada una de esas éticas sino que más bien dónde pueden encontrar un acuerdo, dónde pueden encontrar un campo fértil para reconocer al mismo tiempo el amor y el valor del hombre.

AC. RODRÍGUEZ. También agradezco a Monseñor su hermosa charla y quiero preguntarle hasta qué punto estas dos éticas son una expresión de la antinomia entre absolutismo y relativismo. Si es así, en vez de ir uniéndose como dice el Dr. Valdivieso podrían ir distanciándose en el tiempo; porque la ética bíblica tiene principios absolutos y los cambios que se van produciendo en la sociedad humana van siendo interpretados a las luz de estos principios. En cambio, la ética llamada laica o humanista por usted, va progresivamente anteponiendo, como usted lo señalaba, un pragmatismo a la justicia o a valores absolutos. De manera que en los últimos decenios ha ido multiplicándose porque de acuerdo a los principios relativos la verdad no está en ninguna parte pero puede estar en todas. Vemos ahora que en aras del pragmatismo, por ejemplo, los derechos humanos son una de las banderas de lucha, pero la ética reconoce estos derechos en aquellas personas que pertenecen a mi grupo por así decir; entonces se los reconozco a ciertas personas pero no se los reconozco a otros; por ejemplo el embrión o el feto, no tienen derechos humanos. Vemos lo que ocurre por ejemplo con la defensa de los derechos civiles de Estados Unidos para los negros, pero no para los negros que están en el África o en otra parte porque no pertenecen a mi grupo. Así, entonces, se va produciendo un distanciamiento progresivo conforme pasa el tiempo entre la ética bíblica y las mil ramas de la ética laica. ¿Cómo ve usted Monseñor esto en el futuro?

MONSEÑOR PIÑERA (Relator). Creo que es muy importante lo de lo absoluto y lo relativo. Hay ciertas tendencias a considerar absoluto lo mío y relativo lo del otro; la verdad es que yo soy un hombre de fe y tengo muy claro que para mí Dios es absoluto, pero no todo lo que enseña mi religión tiene carácter de absoluto. Usted dice muy bien, hay principios absolutos pero en la práctica hay cosas relativas, hay cosas que cambian. Es cierto que los que participan de una ética laica humanista no le gusta mucho la palabra absoluta, tienden a pensar que absoluto siempre es el religioso que quiere imponer algo absoluto; él es más relativo, pero llegado el momento también los que son de una ética humanista tienden a absolutizar ciertos hechos; por ejemplo, en los derechos humanos, el respeto a la autonomía del hombre. Hay ciertos hechos en los cuales se siente la necesidad de darles carácter absoluto sin lo cual todo se derrumbaría. No es que la moral de origen divino sea absoluta y la moral de origen laico sea relativa, sino que en cualquier moral, en cualquier conducta o postura humana hay elementos relativos y hay o puede haber elementos absolutos. En general todos creemos que hay ciertos elementos absolutos, de origen divino: Dios existe, o de origen humano: la dignidad del hombre; no se puede tocar. Si un gobernante serbio durante las últimas guerras violó los derechos humanos, una corte en Inglaterra lo condena a muerte y lo mata. Lo absoluto y lo relativo existe, a mi entender, en que la ética bíblica se funda más fuertemente en el absoluto de Dios y es más relativa en las aspiraciones humanas; y la moral laica se funda más bien en el absoluto del hombre, de la dignidad del hombre, esa puede ser la diferencia, pero en todos nosotros hay que saber separar aquello a lo que le damos carácter de absoluto y aquello a lo que le damos carácter de relativo. Es tan peligroso o destructivo relativizar lo que es absoluto como absolutizar lo que es relativo.

AC. UAUY. Ya que usted también puede interactuar con la medicina, cómo aterrizaríamos frente a las decisiones que muchas veces se tienen que tomar con los pacientes, ¿cuál es su visión? En Chile, a diferencia de otros países, esto está menos establecido; existen los Comités de Ética para la Investigación, pero dentro de las prácticas clínicas todavía no hay un modelo sobre el cual se tomen decisiones éticas más allá de lo que puede estar en la confidencialidad del paciente con su médico. Hay muchos temas que tienen implicancia, que obviamente tienen un marco legal, pero que dejan vacíos muy grandes en la toma de decisiones. En otras partes del mundo existen modelos donde hay comités en los que participa interesadamente la ética religiosa o la moral religiosa y también la laica. Es un área en que hay ciertos vacíos: cómo cree usted que esto pueda influir sobre las prácticas médicas a nivel de hospitales, de clínicas; algo que pudiera ser potencialmente parte de la agenda de la Academia de Medicina; un modelo sobre cómo se implementaría esto a nivel de las decisiones médicas. No se si usted tiene experiencias vividas, estoy seguro que más de alguien lo tiene como consultor de temas éticos en medicina.

MONSEÑOR PIÑERA (Relator). Meternos en ese tema sería de nunca acabar. No practico la medicina y si entramos a la casuística de cada caso, es interminable.

AC. UAUY. La pregunta va más bien al modelo de cómo llegar a tener una práctica, porque obviamente se dan estos principios en la relación médico-paciente, pero hoy en día la complejidad de estas decisiones muchas veces requieren visiones desde fuera.

AC. MONSEÑOR PIÑERA (Relator). Recuerdo una frase que se oyó aquí: un físico alemán decía no hay nada más práctico que una buena teoría. Creo que si profundizamos la teoría ética, la práctica se desprende sola. Más que ponernos a pelear en cada caso concreto, más bien buscar un acuerdo en el plano teórico. El que tiene muy clara sus ideas éticas sabe lo que hace en la práctica y si se equivoca alguna vez, debilidad humana, pero me importa más la parte teórica.

Ac. ROSSELOT. Creo que tal vez lo más importante que me gustaría recalcar es la oportunidad que se nos da de reflexionar y buscar, como debiéramos siempre, los puntos de contacto y no los de división, entre dos posiciones que pueden aparecer incluso contradictorias en un momento determinado: la ética y la moral bíblica o la ética y la moral humanista laica. Creo que hay un punto de confluencia que nos permite acercarnos y tomar una posición práctica a partir de una teoría y es el concepto del amor. Si nosotros nos separamos de ese mandamiento único que es el amor, en el fondo Dios es amor y si entendemos la divinidad como la expresión del amor y la encarnación de la divinidad como expresión y manifestación del amor, se acaban los problemas éticos. Creo que el Dr. Mundt ha mencionado el desvalor de la autonomía en relación con los otros principios; la verdad es que si miramos la autonomía como la expresión fundamental del amor del hombre por el hombre, indudablemente que no lo podemos desvalorizar; al contrario, la autonomía adquiere un nivel de importancia e incluso mayor que la justicia, porque si no hay amor no hay justicia, tampoco hay beneficencia, tampoco no maleficencia. Cualquier religión que no está basada en el amor y está basada en el odio, no hace otra cosa que producir los conflictos que hoy día se están viendo en el mundo, con los fundamentalismos y los absolutismos. Ese es el punto que nosotros tenemos que rescatar y poner en el centro, porque sin amor no hay ética y la ética es justamente la expresión del amor que los hombres se tienen unos a otros.

Ac. GORC (Presidente). Agradezco a Monseñor Piñera su estupenda conferencia sobre un tema de suyo complejo y difícil. Creo que él ha agregado elementos muy importantes de reflexión sobre un asunto que no es fácil dilucidar ni conciliar. La manera como él ha planteado el tema esquematizando dos tipos de ética, es un enfoque que ayuda mucho a la claridad con que uno quisiera ver los asuntos que se relacionan con la moral, particularmente cuando se trata de la ética aplicada en medicina. Como siempre ha habido una contribución muy valiosa de Monseñor Piñera, expresada también de un modo muy claro e inteligente.



## TEORÍAS DE LA EMOCIÓN<sup>1</sup>

DR. SERGIO FERRER D.  
Académico de Número

Con Charles Darwin se inician las ideas seminales de lo que posteriormente se llamarían las Neurociencias afectivas. Su obra "Expression of Emotion in Man" publicada en 1872, anticipa en más de 100 años muchas de las teorías y trabajos acerca del origen innato de las emociones y su expresión corporal.

Darwin reconoce que el ilustre fisiólogo Sir Charles Bell en su obra "La anatomía y filosofía de la expresión", 1806, coloca las primeras piedras de un edificio científico. Darwin expresa que el principal mérito de la obra de Charles Bell es haber demostrado la íntima relación que existía entre los movimientos expresivos y los de la respiración. Otro autor recordado por Darwin, Albert Lemoine, en su obra "De la Phisionomies de la Parole", publicado en 1865, dirá: "El libro de Charles Bell deberá ser meditado por cualquiera, que trate de hacer hablar el rostro del hombre, sean filósofos o artistas, porque bajo una apariencia más ligera y bajo el aspecto de la estética, configura el más bello monumento de la ciencia de las relaciones de lo físico y de lo moral".

En 1807 M. Moreau publicó en el tratado de G. Lavater "L'art de connaitre les hommes"..., varios ensayos sobre Phisiognomie que contenían excelentes descripciones de los movimientos faciales. A modo de ejemplo: "Pasiones opresivas y profundas" producen la contracción de los músculos superciliares.

En 1862, el Doctor Duchenne de Boulogne publicó su libro Mecanisme de la Phisionomie Humaine, donde él analiza por medio de la electricidad aplicada a los nervios faciales, los movimientos de los músculos de la cara. Escuchemos uno de los fragmentos de su extraordinaria obra: "La fisiología muscular de la cara está íntimamente ligada a la psicología... No podría negarlo cuando me veo atraído por la cara de un cadáver en el cual se reflejan fielmente la mayor parte de las pasiones denominadas y clasificadas por los filósofos"... más adelante dice: "se ha demostrado que existe una especie de jerarquía para los músculos expresivos de la cara humana, es decir, que estos no tienen todos el mismo grado e importancia en el juego de la fisionomía".

Habrían músculos que contrayéndose aisladamente / expresan completamente una pasión o un estado del espíritu y habrían músculos complementarios que se asociarían a otros, de tal suerte que contrayéndose en forma independiente, serían inexpressivos.

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 5 de julio de 2006.

Duchenne adelanta desde sus estudios neurofisiológicos, una de las formulaciones más importantes sobre la idea de las emociones básicas cuando dice que la contracción de los músculos completamente expresivos, generan expresiones primordiales, en tanto que los músculos complementarios originarían expresiones más complejas. Darwin, aceptando el progreso considerable de la obra de Duchenne, formula ciertas críticas sobre el papel expresivo de los músculos primordiales. Sin embargo, Darwin en numerosas ocasiones cita los trabajos de Duchenne reconociendo el alto valor y originalidad de aquellos.

En el resumen de su amplia obra, Darwin establece que los principales actos de los hombres y de los animales son innatos o hereditarios. Por consiguiente no son producto de la educación y ésta es una verdad universalmente reconocida. Los actos de la educación, o de la imitación son muy restringidos. Invoca Darwin las conductas de los lactantes en los cuales se dibuja el rostro de la cólera o del dolor. Los ciegos de nacimiento realizan las mismas expresiones de los videntes. "La herencia, enfatiza, en los jóvenes y en los viejos y en las razas más diversas, tanto en el hombre como en los animales, expresa los estados del espíritu por idénticos movimientos".

Darwin, no niega que hay gestos impuestos por la cultura de ciertos pueblos, pero que la mayor parte son actos innatos, ajenos a la voluntad, para escapar de algún peligro o para satisfacer algún deseo.

Cuando el hombre reprime el llanto o expresa frustración, no sabe qué músculos debe poner en acción, lo cual es prueba de su carácter involuntario.

Darwin, confiesa tener una gran dificultad para hacer una explicación exacta de las palabras: voluntad, conciencia, intención... ciertos actos habituales terminan por hacerse hereditarios.

Darwin insiste en que las principales expresiones afectivas humanas son las mismas en el mundo entero. Esta universalidad prueba que las diversas razas humanas derivan de un ancestro primitivo, que debe haber tenido órganos parecidos a los del hombre y de una inteligencia igualmente grande, en una época anterior a la división en las diferentes razas, con particularidades orgánicas parecidas, que se han adaptado por selección natural.

Termina Darwin sus conclusiones atribuyendo a las expresiones de la cara y del cuerpo una utilidad social muy grande, que comienza en las relaciones de la madre y del niño y se extienden al resto de la vida colectiva. Los movimientos de la expresión gestual dan energía al discurso. A veces, los gestos revelan pensamientos y pasiones en forma más verdadera que las palabras, que pueden ser engañosas.

La teoría de la expresión confirma en cierta medida la concepción que el hombre deriva de algún animal inferior y apoya la opinión de la unidad de las diversas razas.

Darwin enumera emociones básicas y sus expresiones fisonómicas y corporales, pero no intenta definir la emoción. De la lectura de su obra se deduce que cada emoción debe tener un correlato orgánico derivado del proceso evolutivo y selectivo de

las especies. Correspondió a Williams James preguntarse en un artículo publicado en 1884: ¿Qué es la emoción?

Este ensayo contiene una de las teorías más fecundas en la interpretación neurosicológica de las emociones. Por otro lado es un reto a la psicología de su tiempo que solo estudiaba las funciones cognitivas y volitivas del cerebro. Williams James interpela a los fisiólogos contemporáneos preguntándoles: ¿qué teoría cerebral tienen para las pasiones, placeres y dolores? Se responde a sí mismo, que ninguna.

A continuación se interroga acerca de si los procesos emocionales tienen un centro como los asignados a las funciones motoras y sensitivas. La respuesta es ambigua y sugiere que la emoción se parece a los procesos cerebrales sensoriales y que resultan de una combinación de ellos.

James habla, como lo harán los investigadores actuales, de emociones placenteras y displacenteras, de interés y excitación, etc., ligadas a procesos ideacionales.

Deja de lado estas representaciones y estudia la sorpresa, la alegría, el temor, la rabia, el deseo sexual, la avaricia y otros estados mentales que se apoderan de la persona y que producen disturbios corporales.

James afirma que los cambios corporales que siguen directamente a la percepción de un hecho excitante y que los sentimientos evocados por los cambios autonómicos, son la emoción. De tal suerte que si nos sentimos tristes es porque lloramos, rabiosos porque peleamos; aterrados porque temblamos.

“Sin los cambios corporales, la percepción sería puramente cognitiva, informe, pálida, incolora, sin la calidez de lo emocional. Cada emoción produce múltiples alteraciones autonómicas y respuestas musculares. Una emoción que se imita es solamente un vacío.

Williams James agrega: “Si nosotros imaginamos una fuerte emoción y luego tratamos de abstraer de nuestra conciencia todos los sentimientos que caracterizan los síntomas corporales, nosotros nos damos cuenta que nada resta debajo, no hay un entramado mental del cual las emociones pueden ser constituidas. Lo que permanece es una percepción intelectual. ¿Qué clase de emoción de temor puede persistir si las palpitaciones cardíacas, la respiración superficial y acelerada, el temblor de los labios, la debilidad de las piernas, la piel encarrujada y la excitación visceral, desaparecieran?

Para Williams James la emoción comienza y termina con sus efectos o manifestaciones corporales. La vida mental está urdida con nuestra estructura corporal. La violencia, amor, ambición, indignación, orgullo, etc., considerados como sentimientos, son frutos del mismo suelo que las más profundas sensaciones de placer y dolor. James llama a estas sensaciones básicas con el nombre de emociones standard. Hay otros sentimientos que son morales, intelectuales o estéticos, que nos parecen genuinas formas de placer o displacer. Las percepciones musicales o ideas lógicas despiertan de inmediato sentimientos emocionales... estas emociones no surgen de la pre-

sencia de objetos o de la experiencia de sucesos; son, en el lenguaje de James, cerebrales... son juicios sobre la verdad, son actos cognitivos... pero difícilmente estas emociones intelectuales están aisladas, unas son vibrantes, las otras mudas.

La cognición y la emoción son partes inclusive en este último recinto que son las ciencias.

En todas las emociones se da el viejo antagonismo entre el espíritu y la carne... es una lucha que ninguna de las facciones expulsará a la otra del campo.

Un objeto o su representación darán origen a descargas reflejas que alterarán el cuerpo y que reverberando volverán a la corteza, para dar origen a un objeto cargado de emocionalidad.

En resumen, para Williams James los cambios que ocurren son traídos al cerebro en forma recursiva. Subraya que el cerebro es consciente después que se han producido las contingencias corporales. Como expresara Le Doux en su libro "Emotional Brain", la teoría de Williams James dominó la psicología de la emoción hasta 1920 cuando un eminente fisiólogo, Walter Cannon, la impugnó desde sus estudios experimentales en los cambios corporales, que ocurrían en las fuertes emociones inducidas en los animales, por el dolor, hambre, temor, y rabia.

Cannon propuso el concepto de "Reacciones de emergencia", que consistían en respuestas corporales fisiológicas que acompañaban a cualquier estado en el cual era necesario ejercer energía física. De acuerdo a Cannon, la sangre acudía a los músculos y órganos que estaban requeridos en situaciones de emergencia. Así por ejemplo, los músculos sacrificaban el flujo de sangre a las vísceras en las situaciones de lucha. Cannon habló de respuestas "Fighth or Flighth", anticipatorias y participativas en los casos de estados emocionales. Para Cannon estas reacciones eran mediadas por el sistema Simpático. Las respuestas del sistema Simpático eran las mismas, cualquiera fueran los estados emocionales... así se oponía a James, puesto que el sistema nervioso autónomo reaccionaba en forma uniforme a las diversas emociones. Además, Cannon argumentó que las reacciones autonómicas eran demasiado lentas para dar cuenta de los sentimientos tales como amor, odio, temor, alegría, enojo, etc., que surgían en determinadas situaciones. El enigma de las emociones se resolvía en el cerebro.

Concordaba con James en que las emociones eran estados mentales, que involucraban reacciones corporales. La teoría de Cannon fue refrendada por las experiencias de Phillips Bard.

En el Laboratorio de Cannon, Phillips Bard estudió qué regiones del cerebro eran responsables de las expresiones de rabia.

Se sabía que la remoción de la corteza cerebral en los gatos producía expresiones de rabia al menor estímulo. Los gatos se agachaban, arqueaban el lomo, mostraban sus garras y mordían cualquier objeto a su alrededor... Junto a este comportamiento mostraban intensos signos de desorden autonómico dilatando las pupilas, acelerando el corazón y elevando la presión arterial. Estos hallazgos refutaban la posición de

James para quien los sentimientos requerían la corteza cerebral como una reacción reverberante a los cambios corporales periféricos.

Phillips Bard hizo extensas lesiones en los gatos, partiendo de la decorticación y lesionando estructuras subcorticales hasta demostrar que las reacciones de rabia desaparecían si se removía el Hipotálamo o se hacía secciones frontales que aislaban el Hipotálamo de las estructuras rostrales.

Bard y Cannon propusieron que el Hipotálamo eran la piedra angular del cerebro emocional. En los tiempos de Bard y Cannon ya se conocía que el Hipotálamo era el asiento de las reacciones autonómicas, por lo cual era plausible que el Hipotálamo estuviese controlado por el cerebro anterior (forebrain). De acuerdo a Bard y Cannon las informaciones del mundo exterior llegaban al Tálamo y desde allí se distribuían a la Corteza y simultáneamente activaban el Hipotálamo. Si faltaba la Corteza la rabia integraba solamente al Hipotálamo prescindiendo de los estímulos aferentes que habrían llegado a la corteza. Es necesario enfatizar que la experiencia consciente que llamamos sentimiento depende de la corteza cerebral. Por esta razón Cannon denominó los estallidos de rabia de los gatos decorticados como "Sham-rage". Cannon postuló que las emociones no son fenómenos lineales si no paralelos. Las reacciones corporales se generan de la acción combinada de la corteza y del Hipotálamo. Las ideas de Darwin de la existencia de emociones innatas en el hombre dependiendo de formas que primitivamente se expresaban en los animales y que por lo tanto, requerían una interpretación evolutiva, inspiraron la teoría de las Emociones Básicas. Esta corriente de pensamiento ha sido muy fructífera tanto para el estudio clínico y experimental de las expresiones faciales como para la búsqueda de un substrato neuronal que identificara en sistemas separados, las diversas emociones designadas como básicas.

El argumento capital para su reconocimiento reside en la universalidad de su expresión en su sentido antropológico.

También reside en su fundamental manifestación Ontogenética, independiente de las posteriores influencias sociológicas. Son básicas porque han persistido a través de la evolución para permitir la supervivencia, la adaptación y la perpetuación de las especies. Entre los numerosos investigadores que han estudiado las expresiones faciales en las últimas décadas, sobresale Paul Ekman, de la universidad de California en San Francisco.

Las expresiones faciales son el basamento de su teoría de las emociones básicas.

Para Ekman tiene tres significados:

1.- Que hay que admitir que existen emociones separadas y de connotación muy diferente. Desde esta perspectiva, temor, rabia, tristeza, desprecio, si bien son negativas y displacenteras, responden a mecanismos fisiológicos y a respuestas conductuales diferentes. Opuesta a estas emociones negativas surgen las emociones de alegría, satisfacción, orgullo de los logros alcanzados, relajación, que se incluyen en el término de positivas o placenteras. Cada una de ellas es discreta. Este concepto se opone a

la idea que trata a las emociones como si fueran indivisas, unitarias, y solo diferentes en intensidad y agrado.

El segundo significado de básica alude a que son primordiales para la adaptación, para las "Tareas fundamentales de la vida". La felicidad es una meta que se logra, la tristeza es la frustración, la rabia es la pérdida de un objetivo y el temor es la expectación de una amenaza. Tooby y Cosmides 1990, citados por Ekman, expresan que el mundo actual imprime una interpretación del paisaje presente, desde una estructura del pasado... ellos dicen que las emociones son recurrentes sucesos innumerables a través de la historia evolutiva... los sucesos inmediatos son juzgados por experiencias ancestrales. Las emociones son acciones para interactuar con otras personas o animales... son adaptativas para movilizar al individuo. Sin embargo, existen emociones que no se dirigen a los otros y derivan de la imaginación o de la música o de actividades autoeróticas, etc...

Una tercera acepción de las emociones básicas es la más controvertida y se refiere a que ciertos autores las consideran ingredientes o componentes de otras más complejas que denominan "Socio-afectivas".

Las emociones se expresan en la fisonomía. Socialmente podemos inhibir nuestras manifestaciones faciales pero no podemos obtener una sonrisa espontánea. Resulta una máscara, una impostura, un facsímil difícil de lograr. Asimismo, la falta de expresión facial puede constituir una causa de ostracismo social. Como ocurre en la enfermedad de Moebius, donde existe una parálisis congénita de los músculos faciales.

Desde el punto de vista fisiológico hay evidencia que el sistema Nervioso autónomo muestra diferentes "pattern", para la rabia, temor, disgusto o tristeza, que se expresan en la fisonomía.

Estos hallazgos contradicen aquellos autores construccionistas para los cuales las emociones son socialmente aprendidas. Más simplemente las teorías evolucionistas acentúan la historia pasada de las especies asociándolas a reacciones del sistema nervioso autónomo. Las teorías construccionistas son sociales y enfatizan la historia individual. Los evolucionistas invocan que la rabia para luchar, desvía la circulación hacia las manos; la decisión de huir de un predador conduce la sangre hacia los músculos esqueléticos. Se cumple un programa motor preestablecido.

La concomitancia con organizaciones del sistema nervioso ancestral no sólo se cumplirían para las emociones básicas. Debemos admitir que la memoria, la imaginación, la expectación y otras actividades cognitivas deben responder a una determinada organización del sistema nervioso central.

Davidson y col. (1990) han diferenciado diversas actividades cerebrales mediante análisis espectral EEG, cuando el individuo experimenta alegría o expresa en su cara disgusto. Vale decir, se oponen dos mecanismos: aproximación o evitación; positividad y negatividad, Ekman propuso que deben existir mecanismos automáticos de aprehensión de las emociones puesto que las respuestas entre estímulo y reacción se dan

en un plazo muy breve. Por cierto, que la aprehensión no siempre es automática. Otras decisiones son deliberadas o implican cognición. La conciencia es alertada, pero no habría una emoción específica, sería más bien una reacción experiencial difusa. Habría por lo tanto, una aprehensión automática, irreflexiva, inconsciente o preconsciente y otra opuesta, deliberada y consciente.

En la vida civilizada nuestras emociones responden habitualmente a palabras, no a acciones. Los sucesos son complejos e indirectos y demandan conciencia y reflexión. La persona está advertida del sentido... es lo que Lazarus llamó análisis del significado... Aquí participa el aprendizaje social y se establecen diferencias entre los grupos culturales. Las emociones básicas son universales y aparecen tempranamente antes que pueda haber ocurrido el aprendizaje. Darwin describió las emociones de los primates y autores más modernos han señalado las similitudes de expresión de las emociones entre humanos y primates. Por cierto que hay emociones que son privativas del hombre y la capacidad de expresarlas en palabras les confiere una identidad irreductible.

La emoción debe ser rápida y adaptativa, se despliega en el dominio de segundos o minutos. Hay poca conciencia y su expresión conductual y fisiológica es inadvertida. En suma, se desata involuntariamente.

La experiencia subjetiva es el centro de la emoción, se hace de una mezcla de sensaciones físicas y sentimientos. Aquí tiene lugar la retroalimentación (el feedback) que postulaba Williams James. Desgraciadamente el escrutinio de lo subjetivo se hace sobre la base de un cuestionario que emplea o idealiza estereotipos.

Ekman postula que las emociones no son estados afectivos puros, que son familias de estados relacionados... las emociones son temas musicales con variaciones. Los temas son productos de la evolución; las variaciones reflejan el aprendizaje. Así por ejemplo, diversión, rabia, excitación, temor, culpa, orgullo de logros, relajación, tristeza, insatisfacción, placer sensorial y vergüenza. Cada palabra denota una familia. La culpa es considerada por algunos como emoción, otros como un fenómeno cognitivo.

El tedio es afectivo, como es la pena y los celos. Otras muchas emociones no denotan experiencias básicas. Por otro lado el humor es un fenómeno afectivo de larga duración, pleno de emociones, pero no se le considera como Emoción Básica, así como tampoco ciertos rasgos de la personalidad, como la agresividad.

En suma, las emociones básicas según Ekman, son aquellas que participan en las tareas fundamentales de la vida que han sido adaptativas en un sentido evolucionista. Ekman no niega que otras experiencias del pasado individual rijan la conducta y deriven de la memoria y del aprendizaje a través de la vida.

Carroll Izard de la Universidad Delaware, define las emociones como estados de sentimiento o condiciones motivacionales, productos directos e inmediatos de procesos neuronales particulares. Así las emociones son motivacionales pero no motivos, los cuales son metas cognitivas.

Comparte con Ekman la idea de que las emociones básicas son llamadas así por su rol en la evolución, por sus funciones biológicas y sociales y su primacía en el desarrollo Ontogenético.

Tienen, según Izard, un substrato neuronal innato y se les reconoce por sus expresiones faciales. Estas últimas son puestas en marcha por mecanismos cerebrales filogenéticos antiguos. Las expresiones faciales de la emoción son innatas, universales y homólogas a las observadas en los primates no humanos. La emergencia en los lactantes son la demostración de su carácter innato.

Con respecto a la hipótesis de que las emociones básicas sean componentes de emociones más elaboradas, Izard argumenta que las emociones son sistemas organizados sobre la base de procesos adaptativos. Considera inconducente discutir si un ingrediente es más o menos básico. Las emociones no requieren siempre mediaciones cognitivas. Le Doux ha demostrado que el sistema tálamo-amígdala funciona separado del Neocortex. Jacob y Nadel (1985) señalan que la maduración del Hipocampo es temprana. Esta estructura es necesaria para el aprendizaje contextual y para la memoria autobiográfica declarativa. La primacía ontogenética de la emoción es indiscutible. La emoción disociada de la memoria puede explicar lo que se ha llamado motivación inconsciente. Para Izard los estados de sentimientos no cognitivos son probablemente habituales. Esto no está en pugna con su teoría de las emociones diferenciales para la cual las emociones son experiencias ilimitadas. Es la interacción de procesos cognitivos para formar con las emociones una red asociativa de sentimientos, imágenes, pensamientos y acciones.

#### LA HIPÓTESIS DE LOS MARCADORES SOMÁTICOS DE ANTONIO DAMASIO

La reflexión y la toma de decisiones tendrían para Damasio un substrato biológico. Antes de entrar en la demostración experimental de los marcadores biológicos, Damasio expone en su libro, "El error de Descartes", sus ideas sobre el razonar y el decidir. Tan entretrejidados están ambos conceptos que suelen emplearse indistintamente. El que adopta una decisión conoce:

- A.- La situación que la exige.
- B.- La distintas opciones de acción.
- C.- Las consecuencias inmediatas o futuras de cada una de estas opciones.

La memoria de trabajo cumple en la decisión un papel fundamental. Se dará una respuesta a una situación inmediata, pero con un apoyo experiencial de tareas pretéritas que permitirán prever o anticipar el efecto de nuestras acciones presentes... ya veremos la importancia que el lóbulo frontal juega en este proceso que involucra la función total del cerebro. El lóbulo frontal es el eslabón último, en el cual reside la atención y la decisión.

Obviamente no todas nuestras acciones son racionalmente deliberadas, pero en este caso no hablaríamos de estrategias racionales sino de respuestas automáticas que habríamos adquirido por experiencia y que son necesarias para actuar rápidamente en situaciones de emergencia.

No detallaremos los miles de desafíos que nos obligan a adoptar decisiones, anticipar resultados y utilizar un trasfondo de experiencias pasadas. Implícita en estas decisiones está la incertidumbre. Es evidente que el espectro de opciones es infinito; se extenderá desde decisiones próximas personales o sociales hasta resoluciones de alta complejidad intelectual. Desde lo más práctico y concreto hasta lo más abstracto y distante, como sería por ejemplo, una decisión bioética.

Damasio reconoce que hay dos posibilidades, la racional y tradicional que evoca las múltiples opciones para seleccionar lo que parece más ventajoso, y una segunda opción, que deriva lo que nuestro autor denomina "Marcadores somáticos".

Una mala decisión, aunque sea fugaz, produce un sentimiento visceral displacentero... como este sentimiento es corporal, Damasio lo llama "Marcador somático" atendiendo a que es una imagen que repercute en las vísceras o en otras zonas de nuestro cuerpo.

Este marcador es una alarma y permite disminuir las alternativas; puede tener un carácter alarmista o incentivarlos. Los individuos deben formar teorías correctas sobre su propia mente y las de los demás. En el conjunto selecciona lo más relevante y lo hace con un componente emocional. Se aceptan así sufrimientos presentes en aras de un futuro promisor. Hay en la evaluación prospectiva un indudable ingrediente afectivo.

Los marcadores somáticos derivarían de dispositivos neurales que se habrían desarrollado en el proceso de educación y adaptación social, en suma no corresponderían a dispositivos innatos, sino serían el resultado de la interacción del cerebro y de la cultura. Ejemplo de un desarrollo defectuoso de esta doble influencia serían los sociópatas carentes de toda sensibilidad que permanecen impertérritos frente a los delitos que han cometido. En ellos las disposiciones genéticas defectuosas se añadirían a factores adversos del ambiente. Se aproximan a los pacientes neurológicos que han sufrido un daño de las estructuras orbitomediales de los lóbulos frontales y que se convierten al decir de Damasio en sociópatas adquiridos, aunque no sean violentos.

La base neural son los mecanismos homeostáticos que buscan el equilibrio, aspiran al placer y a evitar el dolor.

El medio externo influye en poner castigo o preferencia a nuestras elecciones. Las primeras coerciones son impuestas por los padres; los siguientes constreñimientos los ejercen las normas morales que rigen las sociedades. El fracaso de una elección dejará una huella somática que aparecerá como una campana de alarma en la próxima decisión.

Como se ha insinuado más arriba, el sistema neural que subtiende a los marcadores somáticos reside en los lóbulos frontales. La corteza frontal recibe señales de todas las regiones corticales y está informada tanto de nuestro estado interno como de nuestro entorno. Los sistemas biorregulatorios mediados por los neurotransmisores del tallo cerebral lo controlan permanentemente (Noradrenalina, Dopamina, Serotonina) así como también la Acetil Colina derivada de los núcleos basales. La amígdala, el hipotálamo y el Cíngulo, le imponen la nota afectiva.

El lóbulo prefrontal es una región privilegiada, zona de interfaz entre nuestra afectividad y nuestra capacidad de selección; de nuestra facultad de decisión y de nuestra adaptación social.

Damasio define al Lóbulo Frontal como la región donde se realizan las categorizaciones o clasificaciones de las contingencias vitales, tan propias de cada individuo y que configuran la intransferible perspectiva personal; esta perspectiva define nuestro destino en función de nuestras preferencias.

Damasio propone que las regiones dorsolaterales están más conectadas con las Áreas que informan del espacio y del tiempo y de las que subtienden el pensamiento lógico y el lenguaje. Por el contrario las regiones ventromediales rigen nuestra adaptación social. Además el lóbulo frontal envía señales a efectores del sistema nervioso autónomo y promueve las respuestas químicas relacionadas con la emoción en el Hipotálamo y Tallo Cerebral.

El Marcador Somático, como lo define Damasio, dispone de varios caminos para la acción: unos son conscientes, los otros son subconscientes. Nuestras decisiones comportan emociones y es muy probable que el concomitante corporal haya pasado inadvertido. Lo encubierto son nuestros apetitos que nos acercan, que nos aproximan al mundo, y nuestras aversiones que nos alejan del mundo (siempre la doble oposición: aproximación - alejamiento; apetencia - aversión).

Inherente a la emoción, por lo tanto, es la tendencia a actuar o inhibir la acción. Esto puede degenerar una respuesta positiva o negativa, este mecanismo soterráneo sería la fuente de lo que llamamos intuición, dispositivo misterioso que nos permite resolver un problema sin razonarlo. La intuición vale para las relaciones interpersonales pero también ejerce su influjo en el terreno de las ciencias naturales y matemáticas.

Los marcadores somáticos de Damasio no son percibidos como sentimientos. Son mecanismos encubiertos de atención, de planificación y de atención. Desde una perspectiva evolucionista primariamente permitieron la supervivencia, luego alentaron la vida social y por último engendraron el pensamiento simbólico de las artes y de la ciencia.

Damasio se pregunta: ¿Cómo ejercen su trabajo estos Marcadores Somáticos para que las imágenes que razonamos se mantengan en nuestra mente por un lapso determinado? Cuando el individuo se enfrenta con una decisión el paisaje mental se colma de imágenes, cada una de las cuales representa una opción de acción. Para algunos autores el lóbulo frontal es un "Generador de diversidad" (Changeux), al crear nuevas combinaciones de imágenes que se mezclan con conocimiento previamente adquirido.

La generación de la diversidad exige un amplio repertorio fáctico que debe estar clasificado para anticipar los resultados. Esto según Damasio exige por una parte, una actividad neural que permita la atención a una imagen dada y por otra una memoria operativa que mantenga las imágenes durante un breve lapso.

Ambas son necesarias para razonar y los marcadores somáticos energizan el proceso cognitivo.

Los pacientes con daño de la región ventromedial del Lóbulo Frontal carecen de los marcadores somáticos, por lo tanto fallan en las tareas de selección.

Las pulsiones biológicas, los estados emocionales y las emociones son la base indispensable de la racionalidad. La raíz es biológica y destinada a la supervivencia del organismo. Las pulsiones se han sublimado, para articularse con una sociedad plena de convenciones y normas éticas. Al decir de Damasio: "Se han acomodado por la educación a estándares de racionalidad de esa cultura". "El cuerpo participa en la cadena de operaciones que permite los mayores niveles de razón y creatividad". Damasio parafrasea a Pascal cuando expresa que el organismo tiene "algunas razones que la razón debe absolutamente utilizar".

Damasio y colaboradores estudian el marcador somático explorando el Sistema Nervioso Autónomo y entre las respuestas que estudian, examinan la conductibilidad dérmica... El principio fisiológico es que el cambio de la conductibilidad eléctrica de la piel por efecto de la sudoración que acompaña a las emociones. Damasio estudia pacientes con daño del lóbulo frontal ante estímulos que requerían una evaluación emocional. Los sujetos de experimentación se exponían a variadas transparencias proyectadas en una pantalla. Al azar, entre proyecciones neutras, banales, introducía imágenes inquietantes. Los resultados fueron evidentes: Los pacientes con daño de los lóbulos frontales no presentaban ninguna reacción dermoconductiva. Es importante señalar que los pacientes recordaban las imágenes perturbadoras y las describían como terroríficas, desagradables o penosas, pero estas escenas no generaban alteraciones dermoconductivas. Algunos pacientes admitían que no sentían las emociones como antes, y estaban conscientes que deberían haber reaccionado de otra manera. Como estos individuos habían sido normales podían advertir que algo no funcionaba en su cuerpo.

Para poner a prueba la hipótesis del marcador somático, Damasio y col. diseñaron un experimento que denominaron "Apuestas experimentales". Muy escuetamente este paradigma son apuestas de dinero a cuatro barajas de cartas. Si los individuos apuestan a las dos primeras barajas tendrán utilidades inmediatas mayores, pero en el largo plazo perderán dinero. Habrá una reflexión consciente pero también un proceso inconsciente. El individuo normal examina el juego, hace un balance de costo-beneficios y opta por las barajas que le darán un beneficio seguro en el futuro. El paciente con daño cerebral frontal arriesga en las ganancias iniciales, pero sufre penalidades posteriores que lo llevan a la quiebra. Este experimento se parece a la vida real donde hay castigos y recompensas y donde reina la incertidumbre. A pesar de que, los enfermos comprenden la situación de riesgo persisten en apuestas que envolvían multas.

Estos pacientes optaban por la gratificación inmediata descartando el castigo pecuniario futuro. Lo más notable es que repetido el experimento algunos meses después, con barajas etiquetadas en forma diferente, los enfermos cometían el mis-

mo error. No había por consiguiente predicción atraídos por el riesgo y la ganancia inicial. Parecían insensibles al futuro. Se apuesta al ahora, a lo inmediato y se prescinde del porvenir. Damasio lo expresa diciendo que los pacientes han perdido lo que la socialización y la educación han impreso desde la niñez, es decir, no guían su conducta por los resultados que sus acciones puedan producir.

En términos neuropsicológicos la atención y la memoria de trabajo no operan para imágenes relativas al futuro. Esta predicción actuaría automáticamente en las personas normales.

Hanna Damasio junto a Antoine Bechara completaron estos experimentos midiendo la dermoconductibilidad. Los sujetos normales mostraban cambios dermoconductivos con las recompensas y con los castigos durante el juego. A medida que aprendían que ciertas jugadas podían resultar desventajosas aumentaba su dermoconductibilidad.

Los pacientes con daño frontal no mostraban ningún cambio anticipatorio como si su cerebro no elaborara ningún resultado positivo o negativo.

Damasio postula entre otras posibilidades, que existe una estimación encubierta que precede al acto cognitivo. Las redes neuronales prefrontales actuarían como controles automáticos que sopesarían los buenos y malos resultados.

Jean Paul Sartre aborda la emoción desde un punto de vista fenomenológico. En su ensayo "Bosquejo de una teoría de las emociones" inicia su tesis haciendo una crítica de la psicología, expresando que al pretender un conocimiento positivo los psicólogos se convierten en coleccionistas de hechos, a veces muy dispares, esperando que estos se organicen en una totalidad sintética que revele por sí mismo su significado. Los psicólogos se proponen utilizar dos clases de experiencias, una que proviene de la percepción espacio-temporal y otra, que proporciona la experiencia reflexiva... la noción de hombre es totalmente empírica. Existen en el mundo unos cuantos individuos que presentan caracteres análogos. Es una categoría de seres que viven en sociedad y que dejan testimonio. El concepto de hombre para el psicólogo queda aplazado a la espera de sumar resultados experimentales que le permitan prever la conducta humana.

La psicología reúne hechos dispares, heteróclitos, que no guardan relación alguna entre ellos. Sartre expresa que por "pretender ser una ciencia positiva prefieren lo accidental a lo esencial, lo contingente a lo necesario, el desorden al orden... No se puede alcanzar la idea de mundo, aplicando los métodos de la ciencia de la naturaleza que solo aspira a establecer la posibilidad de ciertos fenómenos generales partiendo de hechos particulares.

El psicólogo admite que el hombre tiene emociones porque la experiencia se lo enseña... Para qué preguntarse qué es la emoción, si precisamente lo que importa es crear situaciones emocionales y estudiar las reacciones corporales, la conducta y el estado de conciencia. Bastarán estas respuestas para formular una teoría de la emoción. Se podría ser intelectualista, es decir, que los estados íntimos producen conse-

cuencias fisiológicas o al revés, ser partidario de una teoría periférica en que “una madre está triste porque llora”. Se buscarán leyes para hechos que se sucedan pero se escapará la realidad esencial del hombre.

La fenomenología busca explicar la esencia de los hechos y la emoción puede cobrar su propio significado, solamente en la reacción del hombre y del mundo; del hombre contra el mundo.

La fenomenología pone al mundo entre paréntesis y estudiará la emoción como un fenómeno trascendental puro que se plasmará en concepto. En una palabra, busca la emoción como un tipo organizado de conciencia.

Heidegger piensa que en la emoción volveremos a encontrar el todo de la realidad humana que se asume a sí misma y que se dirige emocionada hacia el mundo.

Husserl piensa que una descripción fenomenológica (algo que aún no aparezca ya que su realidad es la apariencia) pondrá de manifiesto las estructuras esenciales de la conciencia puesto que la emoción es precisamente una conciencia. El hombre es un ser capaz de emocionarse, y la emoción es parte de la conciencia. Su esencia es tener un significado, el fenomenólogo trata de explicar a través de la conciencia emocionada cuál es la significación de la conducta. La emoción, dice Sartre, no es un accidente, es una forma organizada de la existencia humana. La fenomenología interroga los acontecimientos síquicos puesto que la emoción no existe como un fenómeno corporal. El cuerpo no se emociona porque no le confiere sentido a sus propias manifestaciones.

Sartre objeta la teoría de Williams James y argumenta que diversas emociones originan iguales o análogos cambios corporales. Sartre se pregunta ¿cómo una conciencia aterrorizada puede ser el trasunto de un cambio corporal?, aun más, agrega Sartre, si se percibe como un hecho fisiológico es un acto de conciencia, es un lazo coherente entre el yo y el mundo, tiene un sentido.

Sartre también critica la teoría de Cannon y Bard aduciendo que el trastorno corporal invocado no es comprobable y que no puede dar cuenta del carácter organizado de la emoción.

Sartre se muestra partidario de la teoría de Janet para quien la emoción es el correlato de la conciencia de un fracaso y del comportamiento del fracaso. Es una teoría sencilla, mecanicista, en que la energía nerviosa que no puede adaptarse a una situación superior, deriva hacia una conducta de fracaso de jerarquía inferior.

En los ejemplos de Janet hay una conciencia de esta conducta desajustada. Existe una finalidad, un sistema organizado para disimular, sustituir o rechazar una conducta que no se puede o no se quiere mantener.

Desde el punto de vista fenomenológico la conciencia emocional es ante todo conciencia del mundo.

El sujeto emocionado y el objeto emocionado están unidos en una síntesis indisoluble. La emoción en una manera de aprehender el mundo. Más adelante Sartre

dirá: La emoción en una transformación del mundo... todo es difícil; los caminos están cortados, pero debemos actuar. No se encuentra solución, entonces tratamos de cambiar el mundo o sea, vivirlo como si la relación de las cosas y sus potencialidades estuvieran regidas por procesos mágicos. El verdadero sentido del mundo es la conciencia que pretende negar a través de una conducta mágica, un objeto del mundo exterior.

Puede haber muchas emociones, terrores y tristezas, pero todas forman un mundo mágico que utiliza el cuerpo como conjuro.

La verdadera emoción va unida a las creencias... las cualidades intencionadas sobre los objetos son aprehendidas como verdaderas. La emoción se padece. La conducta emocional es una forma sintética total. No podemos considerar los efectos periféricos aisladamente.

La emoción trastorna la conducta y para creer en las conductas mágicas hay que encontrarse trastornado.

Es necesario recordar que el cuerpo tiene un carácter doble: Por un lado, es un objeto en el mundo y por otro es lo inmediatamente vivido por la conciencia. La conciencia crea, inventa un mundo.

Sartre expresa que cuando todas las vías están cortadas, la conciencia se arroja a la emoción, a un mundo nuevo. Transforma su cuerpo para vivir y aprehender este mundo nuevo.

Las transformaciones corporales pueden tener un sentido deletéreo o un derrotero incremental o favorable.

Así la emoción es una degradación de la conciencia frente al mundo, se acerca al sueño y a la histeria. La conciencia en la emoción es cautiva y se dedica por completo a vivirla. La conciencia se intensifica y se perpetúa en la emoción.

Este concepto de que la emoción es una realidad mágica constituye el eje del pensamiento de Sartre. Él lo denomina cautiverio o esclavización de la conciencia.

Más adelante Sartre dirá que la emoción es una conducta sintética total y el error de la teoría periférica de James es considerar los fenómenos autonómicos en forma aislada. Así por ejemplo, frente al terror puedo dejar de huir pero mis manos seguirán heladas y mi cuerpo temblará. La emoción no es un comportamiento puro, es la conducta del cuerpo en un determinado estado. Mientras más se huye más miedo se tiene. El mundo mágico se esboza, toma forma, se aferra a la conciencia y la abraza.

Todas las emociones son una relación mágica entre las cosas y la conciencia... el mundo puede parecer sórdido, cruel, alegre, etc., pero siempre será mágico. Sartre vuelve a la idea de que el mundo de la emoción es como el mundo de los sueños o de la locura.

Lo horrible es circunstancial, pero le doy un carácter permanente, y amenaza para el futuro. La emoción nos hace padecer y nos rebasa por todas partes.

Las emociones pueden ser intensas o sutiles, pero estas cualidades las imprimen las situaciones... un hecho trivial puede parecernos terrorífico porque nuestra imaginación le confiere tal carácter en un determinado contexto situacional.

La categoría mágica ronda las cosas y las relaciones interpsíquicas entre los hombres. Es una síntesis irracional de espontaneidad y de pasividad. La razón se derrumba y del individuo se apodera la imaginación. El mundo se vuelve inquietante y equívoco. Imaginemos un rostro que aparece súbitamente tras el cristal de una ventana. ¡Cuántos pensamientos nos invaden! Nos imaginamos múltiples amenazas que como las del sueño están dotadas de irrealidad. Para Sartre la emoción es una brusca caída de la conciencia en lo mágico... la emoción en un modo de la existencia de la conciencia. Se desvanece el mundo de las cosas y aparece el mundo de la fantasía... la emoción no es un accidente sino un modo de existencia de la conciencia, una de las formas en el sentido heideggeriano de su "ser en el mundo", la emoción tiene un sentido para mi vida psíquica. El objeto es aprehendido, como conciencia "estoy furioso porque el objeto me parece odioso". Concluye Sartre en el siguiente principio: La emoción remite a lo que significa y lo que significa es la totalidad de las relaciones humanas con el mundo, "el paso hacia la emoción, en una modificación total del ser en el mundo según las leyes particulares de la magia".■

#### COMENTARIOS

AC. ROSSELOT. Creo que es una conferencia muy provocativa y a uno le surgen varias preguntas y el interés por conocer más sobre las emociones. Podemos tener con esta conferencia del Dr. Ferrer una idea de la totalidad de las investigaciones o los estudios que él ha hecho, lo que puede superar con creces el interés que nos ha provocado este tema.

A raíz de la Monografía que escribió el Dr. Goic sobre la Academia, creo que este es uno de los temas que nosotros como Academia deberíamos proponer para una Monografía. Temas de alto interés pueden constituir un tratado o un ensayo en profundidad de un tema, invitarlo a que haga una proposición a la Academia y transformar esto en una Monografía. De esa manera tendría el máximo de provecho y de proyección, no solamente para los Académicos sino que también para, en nuestro caso, la medicina en el país y el estudio de las emociones en general.

AC. FERRER (Relator). Muchas gracias Dr. Rosselot. Al terminar este Simposio que mencioné al inicio de mi conferencia y que costó bastante elaborarlo, porque "la emoción" es un tema difícil. Creo que si existe la posibilidad de publicarlo completo por la Academia sería muy provechoso. Yo podría reunir las tres ponencias que fueron presentadas en dicho Simposio.

AC. MUNDT. Ha sido una conferencia muy interesante y estimulante porque tiene gran aplicación clínica. Cuando nosotros estudiamos Semiología nos enseñaban distintas facies: la facie hipotiroídea, la facie anémica, la facie renal, etc. pero de éste aspecto no se hablaba nada. Quisiera señalar que los artistas del renacimiento ya sabían mucho de esto. En la Gioconda (la Mona Lisa), retrato de una mujer con expresión indefinida, muchas veces me pregunté cuál fue el recurso que usó el pintor y un día tomé la imagen y tapé la boca y los ojos expresaban tristeza, luego le tapé los ojos y la boca expresaba sonrisa; es decir, el pintor combinó sonrisa con tristeza en el mismo rostro y eso dio una expresión indefinida. Ese fue el recurso del pintor.

AC. FERRER (Relator). Me parece que Duchesne hizo lo mismo y fue una cosa casual, descubrir que solamente las cejas podían dar una sola expresión, pero Duchesne sigue elaborando esto y hablaba de expresiones que él llama contradictorias, como por ejemplo, un sujeto que al mismo tiempo debe tener dolor y felicidad, hay un contraste de músculos que están opuestos, incluso él le da un nombre a esta oposición de expresión en el rostro. Hay dos partes de la cara que son las expresivas de verdad, que es la parte superior y la boca y si vamos limitando más son los corrugadores, los elevadores y los cigomáticos, que son de grandes expresiones. Obviamente que no son todos los músculos, porque hay sinergia y hay contradicciones como señala el Dr. Mundt.

AC. ARMAS. Tengo un nieto como de tres meses, es un nieto al que no le resulto indiferente, me ve y se sonríe o me ve y pucherea. La sonrisa puede ser aprendida, pero el puchero no lo había visto nunca ese niño, y el puchereo muy a menudo termina en llanto, nunca termina en risa. De manera que la expresión del puchero es inherente a la especie, ese niño no la aprendió, es muy impresionante, llegó con el puchero a bordo y lo usa cuando él lo estima conveniente. Me impresionó mucho esta conferencia porque hace rato que miro a ese niño y pienso si me va a saludar con sonrisa o con puchero, pero algo significa dentro de él. Hace poco vi en televisión que frente a una tragedia las mujeres lloraban igual que aquí en África también, eso va en la forma de reaccionar frente a la tragedia, va profundamente incorporada en la especie, no se aprendió.

AC. FERRER (Relator). Tiene toda la razón Dr. Armas. Uno puede hacer el ensayo de apagar las voces en la televisión y mirar las caras. Este método de Ekman ha sido tomado por la CIA y por el FBI para reconocer lo que es falaz de lo que es verdadero, porque hay sonrisas que son cortesanías, falsas, el japonés se ríe de todo, pero no es la sonrisa de James, es la sonrisa con plegamiento del párpado, hay gente que tiene esa capacidad mientras que hay otros que no la tienen aunque les estén estudiando las caras. Uno se pega los tropezones, porque a veces piensa, al ver un rostro, en determinadas características espirituales y aparece el lenguaje y es otro ser; esa cara que uno veía sería se convierte en una persona simpática. Por eso que Ekman insiste mucho en que no está estudiando emociones, porque en una segunda parte lo que estudia él son acciones y músculos. Después de entrar a la etapa de las emociones que fue la primera fase del estudio de las caras, las emociones; pero esta otra cosa matemática son acciones musculares para el estudio de la expresión facial.

AC. MARTA VELASCO. Voy a comentar algo un poco superficial y es que la influencia del botox para fines estéticos que se observa en algunas personas que se lo colocan y que realmente es notable lo diferentes que se ven y es por el cambio de la inexpresividad que condiciona el botox. Sobre todo porque la mayoría de los botox se colocan en las partes superiores del rostro, en las cejas, alrededor de la frente.

AC. FERRER (Relator). Hay enfermedades neurológicas que se manifiestan con parálisis congénitas de los músculos, enfermedades Moebius. En este momento tenemos en el hospital niños con Moebius, esos seres están marginados de la sociedad, no tienen expresión facial. Creo que un Parkinson también, no solamente por sus gestos totales sino que por su cara. El enfermo de Parkinson se aísla, no porque se sienta inmovilizado sino que también porque le falta la expresión facial. La gente que se pone botox es como si tuviera un síndrome de Moebius provocado.

AC. DÖRR. Felicito al Dr. Ferrer por esta conferencia tan estupenda, ilustrativa, profunda y que toca un tema que de alguna manera nos atañe a todos. La vida emocional es el primer nivel de la conciencia porque del cuerpo no sabemos nada o no sentimos nada; por ejemplo

uno no siente su páncreas o ni siquiera el cerebro, es mudo. Uno vive a través del cuerpo como dice Sartre y la primera percepción de sí mismo es el bienestar, es sentirse bien o mal, y luego la emoción que lo embarga: tranquilidad, agrado, cólera, irritabilidad, etc.; de manera que es un tema que afecta, quiéralo uno o no, porque es la vida misma.

En segundo lugar quería resaltar esta genialidad de Darwin, hombre tan extraordinario, a mí siempre me impresionan los genios y he trabajado algo en esa línea, viendo la relación entre genialidad y psicopatía, que la hay, y lo insinuó el profesor Ferrer. Darwin era un genio en todo el sentido de la palabra; un genio por la capacidad de intuir las verdades, globales con la consecuencia, como que persigue demostrar esas verdades y luego por su relación con la melancolía y la bipolaridad. Hay una curiosa relación entre melancolía o enfermedad bipolar, como llaman ahora malamente, y genialidad, que ya había sido descubierta por Aristóteles por supuesto, qué cosa no dijeron los griegos antes. Aristóteles dice en el libro 30 de sus problemas ¿por qué todos los hombres geniales son melancólicos?, incluso hace una precisión y dice que en general los genios sufren de estas alteraciones del ánimo, pero que no son exactamente una enfermedad, pero a veces se da el caso en que junto con esta melancolía genial se daría también una patología, y cita a Empédocles que era médico, filósofo, político, poeta, matemático, astrónomo, era un hombre además religioso que atraía a la gente y terminó suicidándose; y muchos siglos más tarde un poeta escribiría tres tragedias sobre la vida de Empédocles. Aristóteles no sólo observó la relación entre genialidad y melancolía, se usaba la palabra melancolía para todas las enfermedades del ánimo, sino también hizo esta distinción entre melancolía de los genios y melancolía como enfermedad grave.

El tercer punto que quería tocar dice relación con el mundo de la emoción y la expresión emocional facial en la psiquiatría. Hay casos muy típicos, la expresión facial del melancólico en la depresión profunda, con la arruga frontal en omega, los párpados de Veragout donde se sube el músculo del párpado en el ángulo interno y se forma una especie de figura triangular exacta. Después está el caso de la catatonía con eso rígido, parecida al Parkinson en origen, pero la diferencia es una mirada de mezcla de terror con amenaza, es angustiada y amenazadora al mismo tiempo, es una mirada como de espadachín; es muy extraño ver a un hombre sin expresión y al mismo tiempo con una expresión terrible.

Por último quería mencionar algo que tiene que ver con lo que planteaba el Dr. Mundt, esta disociación. Hice una observación años atrás, estábamos en un periodo político muy complicado en Chile y no se pudo llevar a cabo la investigación con los medios que requeríamos, filmaciones, etc. Sigue siendo válida la observación y era que la madre de los pacientes esquizofrénicos tiene una total disociación entre toda la musculatura de los ojos y la de la boca. Cuando están serias en la zona orbital están sonriendo con los labios y a la inversa, a veces sonríen con la mirada y están tremendamente serias con la boca. Esta disociación tiene una tremenda importancia; si uno piensa que el niño que va hacer la esquizofrenia después, está expuesto a esta mirada contradictoria desde su nacimiento, entonces empieza a entender muchos de los fenómenos fundamentales de la esquizofrenia, el más importante que es la escisión, es un ser escindido que no ha logrado una identidad, si ustedes le suman a eso la ausencia del padre, entonces exposición permanente dramática de esta madre, contradictoria en su esencia. En la comunicación se descubrió hace ya tiempo, la siquiatria biológica lo olvidó, pero ahora se está volviendo a tocar el tema del doble mensaje, el tipo de comunicación de los padres con los hijos esquizofrénicos, es un estilo de comunicación totalmente contradictorio; en una frase le dicen dos mensajes, un ejemplo mínimo, la madre le dice al niño chico: si te portas mal te pego y si te portas bien vas a poder salir, entonces el niño está en una situación sin salida: o lo liquidan o lo abandonan. Ese tipo de mensajes es permanente, uno lo ve con las

madres a los cinco minutos de estar conversando con una madre llamada esquizofrenógena, uno empieza a sentirse que no sabe quién es. Dicen por ejemplo, mire doctor este niño está insoportable, amenazó a la abuela, quiso prender fuego a la casa, etc.; y uno le contesta señora habría que hospitalizarlo, entonces reaccionan, pero cómo va a hospitalizar al pobrecito y lo va a drogar. Entonces esa misma contradicción en el mensaje lo ha hecho con el niño toda la vida y es coherente con la contradicción de la mímica. Es un ejemplo de la práctica clínica cotidiana de los psiquiatras de la importancia de la mímica, incluso como generadora de patología.

AC. FERRER. En cuanto a la corporeidad del cuerpo, seres que viven en función del cuerpo, sienten todo y otros no sienten el cuerpo, viven en función del espíritu. Como ejemplo, me recuerdo de don René Silva Espejo; fui su médico hasta el final de sus días. Don René estaba paralizado de las cuatro extremidades, una lesión medular estúpidamente tratada; El Mercurio era para él su leitmotiv de su vida, incluso subió a recibir una condecoración portado por cuatro personas, nunca he visto ser, que podía haber tenido los más terribles sufrimientos, vivir en función del espíritu, sin esta corporalización del hipocondríaco que siente hasta el último lugar de su cuerpo. Los poetas, decía Lorca, son tristes, son melancólicos, la tristeza es el atributo de los poetas. El omega clásico, en una oportunidad un colega me llama y me dice veo a un tipo que apenas habla y el acompañante habla hasta por los codos, el otro callado, el cuerpo general, el hipotono, el omega, se va a suicidar, y sugiero: hazle electroshock; no, cómo voy hacerle electroshock, voy a conversar con otro; hazle electroshock, se va a suicidar; en la noche, aun con el cuidado del guardia, se suicidó. De manera que tiene mucha importancia lo que el Dr. Dörr precisaba.

Sobre la recompensa y el castigo, el hombre se condiciona por la recompensa o por el castigo, al niño le ocurren las dos cosas, pero eso referido más que a la vida diaria, más bien a la esquizofrenia, es muy bonito lo que precisó el Dr. Dörr, de que ya en los niños se nota lo que llamó Duchenne presiones discordantes.

AC. GOIC (Presidente). Dr. Ferrer, lo felicitamos cordialmente y le agradecemos la conferencia que ha sido tan brillantemente expuesta.

## NORMAS DE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS DE UNESCO<sup>1</sup>

DR. RICARDO CRUZ-COKE MADRID  
Académico de Número

INTRODUCCIÓN. Durante la última década, la UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencias y Cultura, se ha dedicado preferentemente a desarrollar un programa de defensa de los principios democráticos de la dignidad, igualdad y respeto por las libertades humanas. Ha culminado su tarea con la promulgación de la Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos, que sintetiza toda una larga trayectoria de medio siglo de dictación de declaraciones y códigos sobre esta materia. En efecto, los Derechos Humanos aluden a una serie de valores que reflejan la diversidad de las culturas y de la evolución histórica de los pueblos.

Durante este periodo tuve la oportunidad de participar activamente en esta labor como miembro del Comité Internacional de Bioética (1993-1999) y consejero de la Delegación permanente de Chile ante la UNESCO (2001-2005), lo que me permitió todos los años dedicarme a estudiar con mis colegas de otros países, todos los documentos históricos, filosóficos y científicos sobre estas materias, para lograr redactar los textos de las Declaraciones bioéticas de la UNESCO (1, 2, 3, 4, 5).

El objetivo de este trabajo es el de dar cuenta y analizar estos documentos de bioética y de los derechos humanos, definir y especificar las normas fundamentales destinadas a defender en la conciencia de la Humanidad su dignidad, sus derechos y sus libertades fundamentales en el proceso de la revolución científica.

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El primer reconocimiento jurídico de derechos inalienables de una persona, por el hecho de pertenecer a la especie humana, fue logrado con la firma del Edicto de Nantes, el 15 de abril de 1598 por el rey francés Enrique IV, documento redactado por Jacques de Thou y Gaspard de Shomberg. En efecto, por vez primera una autoridad laica estatal otorgó derechos ciudadanos y libertad religiosa pluralista a los fieles hugonotes y católicos, los que así vieron ganados sus derechos civiles y su libertad de conciencia en un mundo absolutista. Por consiguiente el principio de No discriminación religiosa fue la primera norma de ética y derechos humanos, reconocida jurídicamente por la civilización europea, hace 400 años. (6)

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 2 de agosto de 2006.

Una segunda etapa en la evolución histórica de los Derechos humanos cristalizó en el siglo XVIII, con las revoluciones francesa y norteamericana, cuyas normas combinadas aparecieron por vez primera en el Preámbulo de la Constitución francesa del Año I, 24 de junio de 1793, que estatuyó los cuatro Derechos del Hombre en la sociedad: Libertad, Igualdad, Seguridad y Propiedad, a los que se agregaron los principios generales del Derecho de la ciudadanía, que hoy figuran en todas las constituciones del mundo. (4)

Durante el siglo XIX con el advenimiento del positivismo, liberalismo y del marxismo, se fueron identificando nuevos derechos de orden social, económico y de solidaridad, que se introdujeron en las legislaciones de los Estados europeos y americanos. Sin embargo una compilación internacional de la suma de todos los derechos reconocidos no se logró obtener sino hasta la promulgación en 1948 de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos de la UNESCO. La creación de la UNESCO ha permitido unificar las actividades internacionales de educación, ciencia y cultura para dictar nuevas Declaraciones y códigos de defensa de los Derechos humanos sobre temas de genocidio, discriminación racial, derechos de la mujer y del niño, concepto de raza, diversidad cultural, discapacidad, acceso a la educación y a las ciencias y las tecnologías. Y en la última década del siglo XX, asociándose con las organizaciones científicas, médicas y humanísticas internacionales, la UNESCO tomó la iniciativa de crear un Comité Internacional de Bioética destinado específicamente a proteger los derechos humanos frente a las consecuencias sociales de la revolución científica y tecnológica de nuestra época. (4)

#### EL COMITÉ INTERNACIONAL DE BIOÉTICA

La UNESCO, bajo la dirección de su Director General Federico Mayor, formó en 1992 un grupo de reflexión integrado por destacados científicos, filósofos, juristas y profesionales para preparar documentos de trabajo y estudiar las consecuencias éticas, sociales y humanas originadas por el explosivo desarrollo de las ciencias biológicas y médicas, particularmente del descubrimiento del genoma humano. En septiembre de 1993 se efectuó en la sede de UNESCO en París, la primera sesión anual del nuevo Comité Internacional de Bioética, con el objetivo de elaborar un instrumento normativo internacional, para la protección de la persona humana, la salvaguardia de la especie, y la identificación de los peligros que pudieran afectar la dignidad y los derechos fundamentales de la Humanidad. (4)

El Comité presidido por la Sra. Noelle Lenoir, del Consejo Constitucional de Francia, estaba compuesto por 45 personalidades de 30 países con una amplia gama de profesiones; juristas, filósofos, biólogos, médicos, bioquímicos y sociólogos. Los idiomas de trabajo fueron el francés y el inglés. La agenda interdisciplinaria abordó los siguientes temas: genoma humano, raza, patrimonio genético, neurociencias, privacidad, legislación biológica, genética, bioética, ética médica, derechos humanos, desarrollo científico, respeto de la persona humana. Se acordó elaborar un anteproyecto de Declaración sobre el genoma humano y los derechos humanos con un calendario de trabajo por tres años, con sesiones anuales en 1994, 1995 y 1996. Se

formó un subcomité jurídico para elaborar el documento y subcomités de genética, ética y educación. Después de tres años de trabajo un Comité Intergubernamental formado por 40 representantes nombrados por los países miembros, revisó el anteproyecto de la Declaración. El texto final fue redactado en 1997 por un comité de 14 miembros entre los cuales estaba Chile. La versión final de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos fue aprobada el 25 de julio de 1997 y promulgada por la UNESCO en noviembre del mismo año. (2)

Posteriormente el Comité continuó estudiando en sus sesiones anuales los nuevos problemas de aplicación de los principios bioéticos y preparó una segunda Declaración sobre los principios bioéticos de datos genéticos humanos, que aclaraban y reforzaban detalles técnicos y legales sobre las prácticas contrarias a la dignidad humana. Esta segunda Declaración Universal, que complementaba la primera, fue aprobada por un Comité Intergubernamental en que participé en junio de 2003 y que fue promulgada por la Asamblea General de la UNESCO en octubre del mismo año. (5)

Considerando que diversas organizaciones internacionales de Naciones Unidas, de Estados europeos y asociaciones científicas, habían aprobado instrumentos relativos a la Bioética, la UNESCO, bajo la dirección de Koichiro Matsuura, decidió también preparar un anteproyecto de Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Esta tercera Declaración del Comité de Bioética fue revisada y aprobada por dos reuniones intergubernamentales de expertos de 85 Estados miembros, en que también participé, en abril y junio de 2005. La versión final adoptada el 24 de junio, después de 5 días de agotadoras sesiones generales, fue refrendada por el Consejo General de UNESCO el 19 de octubre de 2005. (8)

#### OBJETIVOS DE LA NUEVA DECLARACIÓN UNIVERSAL

La nueva Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO es un instrumento de difusión, información, educación y promoción del debate bioético, que ofrece un marco universal de principios que deben ser respetados por todos los Estados, las naciones y los ciudadanos para defender la dignidad de los seres humanos. Define todos los principios éticos y bioéticos que han sido descritos y difundidos por la UNESCO y otras organizaciones internacionales de Bioética y Humanismo y que han sido aceptadas por consenso universal. Estos principios deben ser aplicados con profesionalismo, honestidad, integridad y transparencia por todos los dirigentes políticos, profesionales y científicos. Reconoce los beneficios derivados de los adelantos científicos y tecnológicos, promoviendo un acceso equitativo a ellos. Reconoce el respeto a la biodiversidad y protege los intereses de las generaciones actuales y las futuras.

Esta Declaración está compuesta por seis partes: Preámbulo, Disposiciones generales; Principios; aplicación de los principios; promoción de la Declaración y Disposiciones finales, que se extienden en 28 artículos. El cuerpo principal son las disposiciones de los principios éticos que entramos a analizar.

## PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Principio es una norma o idea fundamental que rige un pensamiento o conducta. El Juramento Hipocrático definió los primeros principios clásicos de la ética médica, que ha permitido en la historia de la humanidad, establecer reglas de protección de las personas en base a Principios. Al definir los diversos Principios se pueden evaluar algunos fundamentales y otros derivados de estos. Pero todo Principio representa una distinta justificación racional a las acciones humanas, pero en verdad, ninguno de ellos ofrece una justificación preponderante.

La Declaración enumera y presenta a los Principios de modo que determinen obligaciones y responsabilidades al ser aplicados gradualmente respecto a la propia persona humana; respecto a otro ser humano; respecto a las comunidades humanas; respecto a la Humanidad en su conjunto; y por último respecto a todos los seres vivientes y la biosfera. En total se enumeran en 15 artículos de la Declaración todos los principios que se deben respetar en el proceso de aplicación de ellos, para resolver los dilemas bioéticos. En este sentido, los redactores del anteproyecto de la Declaración definen a la Bioética como el estudio sistemático, pluralista e interdisciplinario en la solución de los problemas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y las ciencias sociales aplicadas a los seres humanos y a la relación de estos con la Biosfera.

Sin querer jerarquizar estos principios, la Declaración los agrupa en tres órdenes para facilitar su descripción: Los principios relacionados con la Dignidad: autonomía, derechos humanos, libertades fundamentales, consentimiento y confidencialidad. Los principios relativos a las relaciones entre los seres humanos: solidaridad, equidad, justicia, responsabilidad social y diversidad cultural; los principios que relacionan a los seres humanos con otras formas de vida y con la Biosfera.

## LA DIGNIDAD HUMANA

Al contemplar durante el siglo pasado las generalizadas violaciones a los derechos humanos, se reafirmó el pensamiento Humanista secular del reconocimiento de la grandeza y dignidad del hombre, como categoría moral para expresar la dimensión ética de la persona. Por tanto la dignidad humana es un lugar primario en la apelación ética, tanto a nivel religioso como en una ética civil fundada en la autonomía de la razón humana. (9)

Considerando estas definiciones, el Principio inicial en esta Declaración trata sobre el pleno respeto a la dignidad humana, a la protección de los Derechos Humanos, el respeto a la Vida y a las libertades fundamentales. Por consecuencia el bienestar y los intereses de la persona tienen prioridad sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad. En este tema básico se encuentran los conceptos de Ética y de Derecho, que son disciplinas distintas, pero que en este aspecto se armonizan para ofrecer una unidad de propósitos para defender la dignidad humana y el respeto a la vida.

### LAS LIBERTADES FUNDAMENTALES

La libertad del hombre fue el primer principio de Derecho enunciado por la Revolución francesa, y en esta Declaración se incluyen aquellas libertades relacionadas con los problemas bioéticos, como ser la libertad de investigación científica, la libertad de pensamiento, la libertad de expresión, que están implícitas en la diversidad cultural, el pluralismo y la privacidad personal. Todos estos principios libertarios se consignan en diversos artículos de la Declaración. Sin embargo no se incluyen la mayoría de las libertades fundamentales definidas en las Constituciones de los Estados, como ser la libertad de reunión, la libertad de trabajo, la libertad de empresa, y los derechos de asilo, de propiedad y de extradición, porque no tienen relación directa con la Bioética. (7)

### IGUALDAD Y EQUIDAD

La igualdad, el segundo principio enunciado por la Revolución francesa, se refiere a la igualdad de tratamiento de las personas en situación semejante. Su definición clásica es que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y deben comportarse fraternalmente. Este concepto se comparte con la Equidad que es la facultad discrecional que permite corregir la igualdad formal, teniendo en cuenta las circunstancias especiales de casos particulares. Además de estar implícita la dignidad humana, la Igualdad y la equidad están relacionadas con la Justicia, el principio normativo básico de la Sociedad, lo que debe hacerse según derecho y razón, que es además, una de las cuatro virtudes cardinales.

La Declaración ubica como centro de referencia de los principios fundamentales a esta tríada de Igualdad, Equidad y Justicia en un solo artículo. De este modo se refuerzan los principios derivados como ser: Solidaridad, cooperación, No discriminación, No estigmatización, vulnerabilidad humana, beneficencia y no maleficencia, (traducidos en esta Declaración como Beneficios y efectos nocivos), los que se distribuyen en otros artículos de la Declaración. Toda esta enumeración de principios cubre completamente la defensa absoluta de los derechos humanos ante las agresiones de la revolución tecnológica y de las ciencias.

### LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

La formulación del principio de responsabilidad social tiene por finalidad la necesidad que las autoridades sanitarias diseñen políticas que implementen Justicia y Equidad en la promoción de la salud y desarrollo social de los pueblos vulnerables. Los progresos científicos y tecnológicos de la medicina deben tener una dimensión social que ponga esos beneficios al alcance de todos. Dentro de este contexto la Declaración señala la necesidad de tener acceso igualitario a la salud materno-infantil, eliminación de la marginación y exclusión de los pacientes, y el aprovechamiento compartido de los beneficios resultantes de la investigación científica y de los medicamentos vitales para la prolongación de la vida.

La Declaración afirma que el principio de la responsabilidad social también tiene una dimensión protectora de generaciones futuras en la prevención de los efectos nocivos que la revolución tecnológica pueda tener en la generación actual. Finalmente existe una responsabilidad de los seres humanos para con otras formas de vida, por lo que debemos proteger el medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad respetando los recursos biológicos y genéticos de nuestro planeta.

#### APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS

Esta Declaración Universal aborda en forma extensa y detallada en los diez últimos artículos, los problemas prácticos para aplicar estos principios que están interrelacionados y se complementan entre ellos. Se detalla cómo deben adoptarse las decisiones sobre dilemas éticos, la estructura de los comités de ética, y la evaluación de los riesgos de mala práctica. En un extenso artículo detalla los problemas políticos y económicos de las prácticas transnacionales en que participan las instituciones públicas y privadas, para impedir la explotación de poblaciones vulnerables, el bioterrorismo y las manipulaciones del material genético.

Para promover la difusión de la Declaración que no es vinculante, se recomienda una óptima cooperación internacional entre los Estados para adaptar las legislaciones nacionales a las recomendaciones de UNESCO para impedir que sean rechazados algunos principios en las leyes y decretos nacionales. Por último el texto de esta Declaración finaliza con un artículo que expresamente señala una salvedad en cuanto a que ningún artículo de esta Declaración pueda interpretarse erradamente para cometer actos contrarios a los Derechos Humanos.

#### COMENTARIOS PERSONALES

Después de haber descrito y analizado los principios de esta magna Declaración Universal deseo hacer algunos comentarios personales basados en mi experiencia por haber participado en la redacción de los tres documentos bioéticos de UNESCO. Fui nombrado miembro del Comité de Bioética de UNESCO, en mi calidad de Presidente del Programa Latinoamericano del Genoma Humano, formado en 1990 por iniciativa del Director de UNESCO Federico Mayor y el Profesor Jorge Allende de la Universidad de Chile. De este modo durante 15 años fui testigo de la compleja tarea de producción de los anteproyectos de las Declaraciones de Bioética en los comités de trabajo en la sede de UNESCO en París. En el trabajo de Comisiones me reunía con filósofos, juristas, biólogos, sociólogos, científicos y diplomáticos para buscar consenso en torno a los documentos que analizábamos. En las sesiones plenarias se discutía con representantes de países africanos, asiáticos, europeos, americanos que también representaban a todas las religiones del mundo. Esto me permitió vivir la experiencia del pluralismo, la tolerancia, el consenso, la diplomacia, y aprender las virtudes de las disciplinas de Humanidades. En la Delegación de Chile fui apoyado por los embajadores ante la UNESCO, Gonzalo Figueroa y Jorge Edwards, Jaime Lavados y los diplomáticos Jaime Contreras, Raúl Fernández, Beatriz Rioseco, y Jorge Vera-Castillo, a quienes agradezco sus consejos.

Como miembro del Comité compartí con los colegas de los países de la Unión Europea sus principios hipocráticos y deontológicos de la filosofía kantiana que habían sido aprobados en la Convención Biomédica del Consejo de Europa en el siglo pasado. Estos colegas eran los más destacados intelectuales europeos; los premios Nobel, Jean Dausset, Christian de Duve, Rita Levi-Montalcini, Sydney Altman y Presidentes de Cortes de Justicia, Presidentes de Institutos, de Academias, líderes políticos y Profesores de Filosofía, Derecho, Genética y de Ciencias.

Mis colegas latinoamericanos eran todos profesores de Derecho, genética, bioética o de ciencias y tuvieron un rol destacado en los debates. El profesor Gros Espiell, de Uruguay, presidió el subcomité jurídico y la Asamblea. (10)

En estas actividades multidisciplinarias, elaboramos varios informes de especialidad. Con Harold Edgard, Profesor de Leyes de la Universidad de Columbia, presentamos un trabajo sobre la Ética de investigaciones en seres humanos, una revisión crítica de los problemas y defectos de las Declaraciones éticas internacionales. (11) En una mesa redonda sobre Ética y Medicina Preventiva presenté la situación chilena junto a colegas de Alemania, China, Francia, Holanda, Italia, Estados Unidos e Israel. En el debate se discutieron las profundas diferencias culturales y jurídicas y las posibles concordancias para un documento de consenso para defender los derechos humanos. (12)

Durante los debates en los comités intergubernamentales, se discutieron los aspectos religiosos de la Bioética, y los representantes de todas las religiones del mundo presentaron sus planteamientos. Yo tuve oportunidad de compartir con los delegados del Vaticano, Monseñores Jean Marie Mpendawatu, Francesco Follo y Gonzalo Miranda y el presbítero chileno, actual obispo Fernando Chomalí, los esfuerzos por tratar de introducir en el texto del documento el principio del Derecho a la Vida (13). En efecto, en la Constitución Europea, la carta de los Derechos fundamentales define a la Dignidad conjuntamente con el Derecho a la Vida, a la integridad de la persona y rechaza la clonación, la tortura y la esclavitud. (Art. II; 61-65) (14) Se logró meter la frase "velando por el respeto a la vida" en el art. 2 de los Objetivos de esta Declaración Universal. Así mismo muchos conceptos filosóficos espirituales controversiales lograron introducirse en el largo Preámbulo, que de este modo quedó formado por 22 considerandos. Este debate de los aspectos religiosos de la bioética occidental, fue interpretado por Qui Ren Zong, filósofo chino, como característico de la naturaleza de la Civilización Occidental, que tenía una base judeo-cristiana innata que sufría el ataque de las herejías, representada por los opositores laicos materialistas.

## CONCLUSIÓN

Si un lector académico se toma un buen tiempo para leer todo el texto bioético exhaustivo de este Documento Universal, encontrará algunas repeticiones, discrepancias, omisiones o errores en la presentación de las ideas. Sin embargo, en su defensa, este documento no es un texto Constitucional o un tratado filosófico redactado por especialistas. Se trata de un documento basado sobre un anteproyecto acadé-

mico, modificado y alterado por la participación de centenares de delegados intergubernamentales, en una asamblea internacional integrada por hombres y mujeres de todas las culturas y religiones del mundo, que se reunieron con espíritu fraternal durante cinco días, en la sede de la UNESCO en París, para adoptar por consenso un documento internacional no vinculante, en la diversidad de la globalización, destinado a defender los derechos fundamentales del Hombre frente a la Revolución Científica y Tecnológica de nuestra época.■

## REFERENCIAS

- 1.- Cruz-Coke, R.- Introducción de la Bioética en la medicina contemporánea. Rev.med.Chile 1995; 123 ; 363-367.
- 2.- UNESCO Declaración Universal del Genoma Humano y los Derechos Humanos Rev. med. Chile 1997; 125; 1485-1489.
- 3.- Cruz-Coke, R. Normas bioéticas de UNESCO para evitar prácticas eugenésicas en investigaciones biomédicas Rev med Chile 2000; 128; 679-682.
- 4.- Cruz-Coke, R. Informe sobre las actividades del Comité Internacional de Bioética de UNESCO (1993-1999). Seminario Regional de Bioética. Oficina Regional de UNESCO, México, Mayo 2002.
- 5.- Cruz-Coke, R. Principios bioéticos sobre datos genéticos humano. Rev. Derecho y Genoma 22003; N 19: 31-40.
- 6.- Martin, Henry. Histoire de France Tome X; Guerres de Religión; 423-431 Furne Editeurs, París, 1857.
- 7.- Tulard, J., Fayard J.F., Fierro, A. Histoire et Dictionnaire de la Revolución Francaise Robert Laffon, París, 1987.
- 8.- Cruz-Coke, R. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos UNESCO Rev.med.Chile 2005; 133; 1120-1122.
- 9.- Vidal, Marciano. Moral de Actitudes. Moral de Personas y Bioética teológica. Editorial Covarrubias, Madrid, 1991.
- 10.- UNESCO. Internacional Bioethics Committeé. Second session List of participant Proceedings IBC. París. 1995.
- 11.- Edgard, H. & Cruz-Coke, R. Considerations regarding access to experimentations on human subjects. Proceedings 4<sup>th</sup> session, IBC. UNESCO. París, 1996.
- 12.- UNESCO. International Bioethics Committee Ethics and preventive medicine. Proceedings 5<sup>th</sup> session IBC, UNESCO, Noorwick,Holland, 1998.
- 13.- Cruz-Coke, R. Problemas éticos en la transmisión de la vida. Rev.med.Chile, 1975; 103; 250-255.
- 14.- Duhamel, Olivier. La Constitution Europeenne (Parties I, II, IV). Editeur Dalloz, Armand Colin, París, 2005.

## COMENTARIOS

AC. ROSSELOT. Agradezco al Dr. Cruz-Coke esta informativa e interesante conferencia y relato de cuáles han sido sus vicisitudes en estas discusiones, especialmente en UNESCO. Es indudable que se ha progresado mucho en reconocimiento de los derechos humanos y en el camino de las disposiciones bioéticas para regular una serie de problemas que aparecen hoy día, y que surgen justamente del conflicto entre tecnología y principios bioéticos que tienen que ver con la salud de los hombres. A mí me incomoda un poco la terminología que se usa en esto, en el sentido de hablar, por ejemplo, que se trata a través de estas declaraciones, de defender al ser humano frente a los ataques de la tecnología y de los avances científicos, creo que eso es una expresión peyorativa que no se concilia también con el respeto que debemos tener sobre los avances científicos. Me imagino que esto se discutió intensamente durante las

sesiones: la forma de darle expresión a ese concepto, y no estamos aportando nada nuevo, esto debe haber sido discutido y seguramente aprobaron en definitiva esa versión, pero creo que hay que tener cuidado con lo que eso puede implicar. Así como para mí es un contraste y una contradicción lo mucho que se habla sobre derechos humanos y lo poco que se respetan; día a día estamos viendo los crímenes que en virtud de la libertad y del ataque al bioterrorismo se ataca a pueblos, como lo que se está viviendo hoy en la frontera entre Palestina e Israel, como lo que ha ocurrido en Irán, como lo que ocurre en Irak y en otros países. De tal manera que está bien que los principios que se adoptan en las declaraciones de la UNESCO no sean vinculantes pero debe insistirse en que deben ser orientadores, que se trata de establecer una serie de principios y disposiciones en los cuales los pueblos, en general, deben tratar de atenerse o tratar de seguir esas disposiciones de las Naciones Unidas y de todos los pueblos democráticos.

AC. GARCÍA DE LOS RÍOS. Agradezco al Académico Dr. Cruz-Coke que nos traiga un tema el cual era muy ajeno y desconocido para mí. Lo que me preocupa es cómo los acuerdos que logran grupos de tan alta trascendencia y de alto pensamiento, influyen finalmente en los gobiernos y qué fuerza tienen para que los gobiernos puedan hacer suyos estos acuerdos. Lo vemos en el caso particular de Chile en que actualmente se está discutiendo una ley en el Parlamento la que incluso entre los partidos que nos gobiernan, hay pensamientos tan dispares como puede ser en algunos de los grupos Socialistas o Demócrata Cristianos frente a hechos tan trascendentes como es, incluso, la eutanasia.

AC. CRUZ-COKE (RELATOR). Los europeos tienen una visión de tipo imperialista, ellos comunican sus principios y se cumplen todas las protecciones de los derechos humanos, pero en el resto del mundo no. Se hace una declaración y se establecen normas para tratar de difundir estos principios, por ejemplo concretamente, este texto se lo entregamos al Ministerio de Educación, a la comisión de colaboración con la UNESCO, el Ministerio debiera editar esta declaración y distribuirla en las Universidades y esa labor no se ha cumplido. Hay muy pocos países que distribuyen los textos para que sean conocidos, como no es vinculante no le dan importancia, pero de eso se trata la lucha, intentar que estos textos lleguen masivamente a la población. Incluso para la comunidad de especialistas en bioética, que tiene definiciones claras, ya que ésta es una representación de un pensamiento aceptado por los chinos, los islámicos, los hindúes; es la cúpula directiva de la comunidad internacional que está de acuerdo, pero hacerlo llegar a las bases de los gobiernos es un problema, lo que lo hace muy poco conocido. También por eso decidí presentar este tema en la Academia para que por lo menos se sepa en nuestra institución, los esfuerzos que estamos haciendo algunos por tratar de defender estos principios.

AC. ARMAS. Quiero preguntarle a Ricardo lo de no vinculante, puesto que él insistió mucho y yo lo veo como una parte central del asunto. La declaración de los Derechos Humanos, que ya lleva tantos años, y que es simplemente una declaración que no pasa de ser una recomendación por el hecho de no ser vinculante, además de lo que estamos viendo hoy día, de las presiones de Estados Unidos en el Tribunal Internacional para que el respeto de los Derechos Humanos no se aplique a los americanos, es algo terrible. ¿Fue esto de no vinculante, una decisión previa o se llegó a eso como conclusión de lo que se estaba elaborando?

AC. CRUZ-COKE (RELATOR). Esto se hizo en 1993 cuando se reunió la primera comisión, todo el grupo jurídico explicó a todos los delegados, la diferencia de los documentos de la UNESCO, en qué consisten y la diferencia entre vinculante y no vinculante. Las convenciones son de carácter político. Del punto de vista religioso, filosófico, no es posible hacer una declaración obligada, tiene que ser desvinculante. Partimos trabajando diciendo que se iba a decir

todo lo que se pensaba pero que todo era una recomendación pero que era importante cumplirla; y ahí se presenta el problema entre las relaciones de la bioética y el derecho. Desde el inicio se dijo que no iba a ser vinculante.

Quería agregar sobre el comentario del Dr. Rosselot lo siguiente. Algunos analistas dicen que hay sectores científicos que son agresivos, se habla del bioterrorismo como algo conocido, en Europa hay muchos laboratorios en los que se está trabajando y no hay ningún control sobre ellos, entonces se piensa en el bioterrorismo, pero eso no se puede trasladar a América Latina porque aquí no tenemos laboratorios para hacer bioterrorismo, pero siempre hay que pensar en la posibilidad futura de tenerlos, por eso es que se pone la posibilidad de la agresión.

AC. GOIC (PRESIDENTE). Lo que parece claro es que en el plano de las ideas o de los conceptos éticos ha habido un progreso universal, en el sentido de que las naciones se han puesto de acuerdo en ciertos principios fundamentales; se ha logrado a través de los decenios llegar a una aceptación de esos principios. Tal vez la más clara manifestación de aquello es la Declaración de los Derechos Humanos en el año 1948. El hecho que sea vinculante o no es otro problema. Es muy difícil que en una reunión internacional, donde concurre gente de tan diversos orígenes e ideas, se pueda imponer a todos los gobiernos determinadas cosas. El Consejo de Seguridad de las Naciones es un buen ejemplo de la imposibilidad de lograrlo, en asuntos que son muy concretos, muy terribles o muy dramáticos. Pero creo que sirve mucho como punto de referencia; no hay ningún país en el mundo a quien se le acuse de violar los derechos humanos que no le importe la acusación; a todos los países de cualquier color no les agrada nada que le digan: mire en su país no se respetan los derechos de la personas. Entonces como concepto aceptado universalmente, como punto de referencia crítica para la conducta específica violatoria de los derechos humanos, creo que tiene mucho valor aunque no sea vinculante para los gobiernos.

El otro comentario que quería hacer es sobre esta referencia que se hace a la biosfera. Me recuerda al Dr. Albert Schweitzer, quien antes de ser médico fue doctor en filosofía y en teología; él estudió todos los preceptos éticos y publicaciones que a la fecha se habían publicado en el mundo y él pensaba que algo faltaba en esos planteamientos éticos, y lo descubrió en su pensamiento de un modo más o menos casual. Fue precisamente, que a su juicio la ética no sólo tenía que ver con las relaciones entre las personas o los grupos humanos o las sociedades, sino que con cualquier forma de vida: animal, vegetal, etc., y él elaboró su doctrina ética que él llamó "la reverencia por la vida". Esa fue la expresión que utilizó y que la conducta ética era no sólo respetar a los seres humanos sino que respetar a cualquier animal, insecto, flor, planta, etc., que hay en el planeta. Es interesante cómo ese concepto de reverencia por la vida de alguna manera, está expresada en la referencia a la biosfera que hace la Declaración de la UNESCO.

AC. PARROCHIA. Quiero felicitar al Dr. Cruz-Coke por la labor desarrollada todos estos años en estas reuniones. Quisiera preguntarle ¿nunca se debatió la posibilidad de que algunos de estos principios fueran vinculantes, los más importantes y otros tuvieran carácter sólo de recomendaciones? En eso no importaría cuál es la religión, ni cuál es el régimen político, etc.

AC. CRUZ-COKE (RELATOR). Es una pregunta muy importante. Hay un comité jurídico, que discutió ese punto y concluyó que desde el punto de vista jurídico, no se puede poner que algunos principios sean vinculantes y otros no, porque participaron teólogos, filósofos y se armó una discusión muy grande en la que no hubo posibilidad de ponerse de acuerdo en hacer una lista que señalara las diferencias entre los principios vinculantes u obligatorios y

otros no. Además hay un artículo que dice que todos los principios están relacionados entre sí; es tan importante el de la solidaridad como el de defensa a la vida. Por lo tanto no fue posible, desde el punto de vista formal de los juristas, quienes tienen sus visiones muy diversas.

AC. GOIC (PRESIDENTE). Se traslada la discusión a cuáles son los más importantes y entonces no es posible llegar a un acuerdo ya que todos tienen una idea diferente de cuáles son los principios más importantes.

AC. PARROCHIA. La verdad que el Dr. Cruz-Coke, a quien estimo mucho, no me convence en este aspecto, porque es lo mismo que en el fútbol hubiera reglamentos y principios que no fueran vinculantes y que cada equipo se le ocurriera interpretarlo a su antojo, ¿cómo se decidirían los penales, los corner, etc?

AC. GOIC (PRESIDENTE). Los reglamentos al fútbol son lo que las constituciones a los Estados, esa es la comparación.

AC. SEGOVIA (SECRETARIA). Pienso que a medida que el mundo progresa debieran cambiarse algunas cosas, no se puede estar peleando por no ser vinculantes ciertos acuerdos.

AC. GOIC. Lo que importa es el progreso moral que pareciera ir algo más retrasado que el progreso material.



## PASIÓN POR LA VERDAD: LOS INVESTIGADORES QUE ESTUVIERON DISPUESTOS A INMOLARSE<sup>1</sup>

DR. PEDRO ROSSO R.  
Académico de Número

A modo de introducción, quisiera compartir con ustedes la cita siguiente:

«Aunque hubiera fallecido como resultado del experimento, habría mirado a la muerte con serenidad, por no haber sido mi acción una locura o un suicidio. En ese caso, se habría tratado de la muerte de un soldado en el campo del honor al servicio de la ciencia. Salud y vida son dioses grandes, pero no los principales para el hombre, que si desea elevarse sobre los animales, debe entonces sacrificar aquéllos por ideales más altos».

La frase pertenece a Max von Pettenkofer, destacado epidemiólogo e higienista alemán, y se refiriere al *experimentum crucis* mediante el cual pretendía demostrar inequívocamente que el microorganismo aislado por Koch no era el agente patógeno del cólera. Su experimento consistió en la ingesta de un caldo de cultivo que contenía vibrión colérico en altas concentraciones. Como sabemos, Pettenkofer salvó indemne de su temerario desafío.

El caso de un investigador médico que se transforma en sujeto de estudio para probar una hipótesis propia, aun a riesgo de su vida, no es infrecuente en la historia de la medicina científica. Algunos, como Daniel Carrión o Jesse Lazear, no sobrevivieron la experiencia a la que voluntariamente se sometieron, otros –como el hematólogo estadounidense Harrington– estuvieron en serio riesgo vital. Finalmente, está el grupo de los que sólo sufrieron bastante malestar, entre estos últimos se cuenta el australiano Barry Marshall, uno de los ganadores del Premio Nobel de Medicina 2005.

La pregunta que muchos se hacen al analizar estos casos es la motivación consciente o subconsciente de cada uno de ellos. ¿Debemos creer, como nos propone Pettenkofer, que se trata de “soldados al servicio de la ciencia”, es decir, personas dispuestas a inmolarse por amor a la verdad científica y a la humanidad? Sin duda, esta es una posibilidad real, tan noble como romántica, pero también hay quienes creen que algunos de estos mártires reales o potenciales pueden haber tenido motivaciones menos trascendentes, como ansias extremas de reconocimiento, desapego a la vida, espíritu de aventura e, incluso, frustración extrema por la oposición de la comunidad científica a sus ideas. De alguna manera, vemos en ellos encarnado el

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 6 de septiembre de 2006.

mismo espíritu y arrojo que animó a los grandes exploradores o a los pioneros de la aviación.

Tratando de responder a estas interrogantes y, al mismo tiempo, interesado por los alcances éticos de estos actos médicos de auto-experimentación, he analizado algunos de los casos más conocidos de los últimos 150 años. Como ustedes podrán apreciar, los resultados de esta indagación no son concluyentes, pero arrojan algunas luces sobre esta interesante realidad.

## I

Los invito entonces a volver al caso de Pettenkofer, cronológicamente el más antiguo de los que presentaré hoy. Este notable médico alemán, considerado uno de los fundadores de la epidemiología y de la higiene, era el más conspicuo exponente de la teoría miasmática. A partir de esta visión y de una serie de observaciones empíricas, fue uno de los grandes impulsores de iniciativas como la captación de fuentes de “agua limpia” para las ciudades, el aseo de las calles, los sistemas de alcantarillado y la creación de parques, a los que consideraba “pulmones” de las zonas urbanas. Todos estos adelantos los puso en práctica en la ciudad de Munich, donde residía, la que se benefició con una caída sostenida de la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas. Otros aportes de Pettenkofer a la ciencia fueron el estudio de las sales biliares y la dosificación semi-cuantitativa del anhídrido carbónico del aire.

En 1854, con ocasión de un brote de cólera que afectó a Hamburgo, Munich y otras ciudades alemanas, Pettenkofer hizo extensos estudios sobre la epidemiología de esta enfermedad, los que publicó un año después en un largo tratado en el que contrastaba sus observaciones con aquellas de John Snow en Londres. Básicamente, en este tratado argumentaba que las observaciones del inglés eran insuficientes para concluir que la transmisión del cólera se producía a través de agua contaminada. Según él faltaba un paso clave, no considerado por Snow: el contacto del germen causal con la tierra. Nació así su famosa *Bodentheorie*, la teoría del suelo, según la cual el agente responsable del cólera, venido de la India y aún no identificado, al cual llamó factor “x”, debía unirse con un factor “y”, presente en el suelo. La suma del binomio (x + y) era igual a “z”, el verdadero “veneno colérico”, siendo los dos factores inofensivos si estaban separados.

En 1884, el anuncio de Robert Koch de que su equipo había aislado el *Vibrio comma* durante la epidemia de Egipto no hizo vacilar a Pettenkofer. En sus palabras: “El descubrimiento del bacilo comma no altera nada y, como es bien sabido, no era inesperado para mí, pues sólo es el factor x”. Lógicamente, esto generó una considerable controversia en la cual Pettenkofer no estaba solo, dado que sus ideas eran compartidas por otros destacados científicos.

El enfrentamiento decisivo de ambas visiones llegaría en 1892, durante una nueva epidemia de cólera en Hamburgo. Viendo en la situación la oportunidad de zanjar de una vez para siempre su larga controversia con Koch, Pettenkofer, que ya tenía 74 años, decidió realizar un experimento concluyente: ingerir *vibrio comma* para demos-

trar la inocuidad del germen mientras éste se mantuviera aislado del “factor y”. Utilizando para sus propósitos un cultivo enviado por el propio Koch, el cual desconocía las intenciones de su rival científico, un día 7 de octubre, en presencia de asombrados testigos, y tras neutralizar su acidez estomacal con bicarbonato, Pettenkofer ingirió socarronamente un ml. de ese cultivo. Otro tanto hizo su discípulo y leal colaborador Rudolph Emmerich.

Los resultados de estos “experimentos” fueron algo dispares. Mientras Pettenkofer experimentó borborismo y una ligera diarrea que duró menos de un día, Emmerich sufrió un síndrome diarreico con deposiciones líquidas cada hora durante dos días. Informado de estos hechos el sorprendido Koch afirmó que sus rivales científicos habían sufrido formas moderadas de cólera, a lo que Pettenkofer desdeñosamente replicó: «Me alegro de proporcionar a mis adversarios este placer, pero no puedo aceptar, sobre bases epidemiológicas, que  $x + z$  basten para una epidemia de cólera, en ausencia de  $y$ ».

La excelente salud de Pettenkofer le permitió vivir hasta los 83 años, una edad más bien excepcional para su época. Desgraciadamente, sus últimos años fueron muy dolorosos, ya que sufrió la pérdida sucesiva de su esposa y tres hijos. Solitario y deprimido, en la noche de su último cumpleaños, el anciano higienista se quitó la vida con un disparo en la sien.

## II

Otro de los casos que quisiera compartir con ustedes es el de Daniel Carrión, estudiante de medicina peruano que demostró con su vida la vinculación entre la fiebre de La Oroya y la verruga peruana, hoy denominadas en su honor Enfermedad de Carrión. Reuniendo material que serviría para su tesis de titulación, Carrión pidió ser inoculado con la sangre de un botón verrucoso, contrayendo la enfermedad que le causaría la muerte. Mientras sus fuerzas se lo permitieron, con gran entereza apuntó detalladamente los síntomas de su enfermedad y después, hasta poco antes de morir, dictó sus observaciones a los amigos que lo acompañaban.

Hijo natural del médico y abogado ecuatoriano doctor Baltasar Carrión de Torres y de doña Dolores García, Daniel Alcides Carrión nació en la ciudad de Cerro de Pasco, Perú, el 12 de agosto de 1857. Comenzó sus estudios primarios en la escuela municipal de esa ciudad, pero la muerte accidental y trágica de su padre lo dejó huérfano a la edad de 8 años, debiendo continuar sus estudios en la ciudad de Tarma, al cuidado de un familiar materno. A los 14 años de edad se trasladó a la ciudad de Lima e ingresó al Colegio Nacional Nuestra Señora de Guadalupe, donde cursó de 1873 a 1878 la enseñanza secundaria y media con excelente rendimiento. Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, Lima, estudios que interrumpió para participar en la Guerra del Pacífico. Carrión fue practicante de medicina en el ejército de su país, participando en esa calidad en la batalla de Miraflores.

Terminada la guerra, reanudó sus estudios en la Universidad de San Marcos de Lima, y sus prácticas en el Hospital "Dos de Mayo", institución donde tuvo la oportunidad de observar numerosos enfermos con las clásicas verrugas peruanas, en su mayoría procedentes del Valle de La Oroya. Estos casos generaron su interés por la entidad, al punto de usarla como tema de tesis para obtener el grado de bachiller en medicina. Con el título de *Apuntes sobre la verruga peruana* redactó una detallada monografía de todas sus lecturas y observaciones, planteando la hipótesis, compartida por otros médicos peruanos, que la verruga y el síndrome febril eran etapas de una sola entidad nosológica.

La Enfermedad de Carrión existe en forma endémica en algunas áreas montañosas de Perú, Ecuador y Colombia. Sabemos hoy que su agente causal es la *Bartonella bacilliformis* una bacteria gram negativa sensible a una variedad de antibióticos. Las bartonellas son pequeñas bacterias, móviles y polimorfas, que constituyen la única especie dentro del género *Bartonella* y el único microorganismo de significación médica humana en esa familia de gérmenes.

Los síntomas iniciales de una infección causada por *Bartonella bacilliformis* son fiebre y dolores osteo-musculares. Pasada esta etapa el paciente desarrolla en algunos días, o incluso meses, una de las dos variedades típicas y muy diferentes de la enfermedad: la fiebre de La Oroya y la verruga peruana. La fiebre de La Oroya puede ser letal y se caracteriza por un síndrome febril acompañado de anemia hemolítica intensa. Muchos de los síntomas y signos son producidos por la hemólisis, que es rápidamente progresiva, y por la severa anemia resultante.

La verruga peruana se caracteriza por la presencia de verrugas angiomatosas, localizadas o generalizadas, que varían en dimensión y grado de superficialidad. Estas lesiones dérmicas de color rojo intenso pueden alcanzar varios centímetros de diámetro. Se acompañan de fiebre moderada, mialgias y malestar general. La erupción no tratada suele durar 4 a 6 meses y, excepcionalmente, hasta dos años.

La infección por *Bartonella bacilliformis* induce una respuesta inmunológica que confiere diversos grados de resistencia a las infecciones posteriores. Por lo mismo, se considera que la fiebre de La Oroya ocurre en el individuo susceptible, mientras que la verruga peruana en alguien con inmunidad parcial. Ambas formas pueden ser exitosamente tratadas con diversos antibióticos.

En 1870 se produjo un hecho muy importante en la historia de esta *bartollosis*, al ocurrir un brote de la misma, con alta letalidad, en el personal que trabajaba en la construcción del ferrocarril que uniría a Lima con La Oroya. Por su gravedad y consecuencias económicas, este brote epidémico motivó el comienzo de los estudios científicos. Por primera vez los médicos limeños tuvieron la oportunidad de observar a un gran número de enfermos trasladados a las clínicas y hospitales de la capital peruana. Entre los hechos que pudieron constatar fue el desarrollo de verrugas en algunos de los sobrevivientes de la fiebre de La Oroya, lo que sugería una vinculación entre ambas entidades. Esta era la hipótesis que Daniel Carrión quería someter a prueba como trabajo de tesis y que, finalmente, le costó la vida. Tal como consignó

en esta frase dictada a un amigo, la comprobación de que su idea era correcta ocurrió para él dos días antes de su muerte: «Hasta hoy había creído que me encontraba tan solo en la invasión de la verruga, como consecuencia de mi inoculación, es decir, en aquel período anemizante que precede a la erupción; pero ahora me encuentro firmemente persuadido de que estoy atacado de la fiebre de que murió nuestro amigo Orihuela; he aquí la prueba palpable de que la fiebre de La Oroya y la verruga, reconocen el mismo origen».

Aunque el aporte de Carrión fue decisivo, sólo en 1926 los estudios de Hideyo Noguchi, eminente investigador japonés radicado en los EEUU, permitieron comprobar bacteriológicamente la tesis del joven peruano. Trabajando con muestras enviadas desde el Perú, Noguchi aisló microorganismos idénticos de muestras de sangre de personas con fiebre de La Oroya y de verrugas extirpadas de pacientes con la forma eruptiva de la enfermedad. Con microorganismos cultivados de cualquiera de las dos fuentes pudo producir verrugas en monos y reaislar el microorganismo en cultivos puros, provenientes de las lesiones de dichos animales.

### III

Otro médico dispuesto a experimentar consigo mismo es el estadounidense Jesse William Lazear. “Creo que estoy en las huellas del verdadero germen” escribió Lazear a su esposa, el 8 de septiembre de 1900, 17 días antes de fallecer a los 34 años de edad, víctima de la fiebre amarilla. La gran diferencia, sin embargo, entre este joven médico y los miles de otras víctimas de esa enfermedad es que él mismo se había sometido a la picadura de un mosquito infectado. La experiencia fue parte de un estudio que buscaba precisar la vinculación del mosquito *Aedes egypti* con la fiebre amarilla.

El Dr. Lazear nació en Baltimore, Maryland, en 1866 y se tituló de médico en la Escuela de Medicina de la Universidad de Columbia, en Nueva York. Uno de sus compañeros de estudios fue Arístides Agramonte, un cubano con el que entablaría una perdurable amistad y lo acompañaría durante sus últimos días. Después de una experiencia clínica de dos años en el Bellevue Hospital de Nueva York y un viaje de perfeccionamiento que le permitiría conocer los grandes centros universitarios de París y Berlín, Lazear se incorporó a la nueva Escuela de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins, en su ciudad natal. Aquí ocupó los cargos de Instructor en Medicina Clínica y Jefe de los Laboratorios Clínicos. Su primer trabajo científico fue sobre un método original de tinción para el parásito de la malaria.

A inicios del año 1900, su interés por las enfermedades tropicales lo motivaron a trasladarse a la Sección de Sanidad del Ejército, unidad que le ofreció hacerse cargo del laboratorio de Camp Columbia, un hospital ubicado a pocos kilómetros de La Habana. Lazear hacía parte de un equipo encabezado por el Dr. Walter Reed e integrado también por los doctores James Carroll y su viejo amigo de la escuela de medicina Agramonte. La misión de este grupo era descubrir el mecanismo de transmisión de la fiebre amarilla. Entre las posibilidades a investigar estaba la hipótesis del médico cubano Carlos Finlay, el cual creía que el vector era el mosquito *Aedes aegypti*, pero

no había podido demostrarlo. Durante su estadía en Johns Hopkins, Lazear había efectuado algunos estudios con mosquitos *Anopheles* y, por lo tanto, tenía experiencia en esta área y estaba interesado en poner a prueba la idea del científico cubano.

Poco después de llegar a Cuba, el joven médico tuvo la oportunidad de discutir largamente este tema con el propio Finlay, quien le entregó larvas de *Aedes* cultivadas en su laboratorio. Sin embargo, la primera tarea que Reed le dio a su equipo fue investigar la relación entre la fiebre amarilla y el *Bacillus icteroides*, idea propuesta por el bacteriólogo italiano Giuseppe Sanarelli. Su poca fe en el resultado de estos estudios fue manifestada por Lazear a su esposa en una carta escrita en el mes de julio del mismo año, en la que confiesa: “No tengo ningún interés en esto, quiero trabajar en algo que nos conduzca al descubrimiento del verdadero organismo”.

Este deseo fue cumplido poco después, ya que en agosto, habiendo sido descartada la pista del bacilo *icteroides*, Lazear comenzaría a explorar la hipótesis de Finlay. Con este fin, Reed obtuvo permiso del ejército para utilizar voluntarios como sujetos de estudio. Lazear comenzó a criar e infectar mosquitos hembras con la sangre de enfermos de fiebre amarilla. La pista que seguía Lazear era la posibilidad de que existiera algún período crítico de tiempo entre la picadura y el contagio, aspecto que Finlay no había explorado.

Carroll y un soldado de nombre William Dean fueron los primeros voluntarios. El insecto utilizado había picado 12 días antes a un enfermo de fiebre amarilla. Sabemos ahora que ese es el período necesario para que el virus se multiplique en las glándulas salivales del mosquito hembra. En pocos días tanto Carroll como Dean comenzaron a desarrollar un estado febril que, con las horas, fue diagnosticado como fiebre amarilla. ¡Era lo que Lazear había estado buscando!

Cada uno de los hechos y observaciones quedó cuidadosamente registrado en una libreta que Lazear llevaba a todas partes. Sin duda, había una relación causal entre la picadura y el desarrollo de la fiebre, pero asustado por las consecuencias que el estudio había tenido para su amigo Carroll, Lazear pensó que era más adecuado reemplazar los voluntarios por algún animal de experimentación. Carroll comunicó sobre su mejoría y las evidencias que estaban reuniendo a Reed, el cual le respondió con una nota que incluía como P.S. la pregunta clave: did the mosquito do it? Lazear estaba organizando el primero de sus estudios en animales, cuando el día 17 de septiembre él mismo comenzó a sentirse febril. Eran los primeros síntomas de la fiebre amarilla que en el lapso de una semana acabaría con su vida.

El encargado de enviar a la viuda de Lazear las pertenencias de éste fue el teniente Truby, quien no resistió la curiosidad de leer la libreta de notas del médico, descubriendo que Lazear hablaba de tres casos de fiebre contraída tras picadura de mosquitos: Carroll, el soldado Dean y él mismo. La información fue entregada a Walter Reed, quien durante esas semanas se encontraba en el continente. A partir de las observaciones de Lazear, Reed diseñó el estudio en voluntarios que terminaría por aclarar la incógnita. Desgraciadamente, la preciada libreta de Lazear se extravió

dos años más tarde desde la oficina de Reed, después que éste muriera a consecuencias de una apendicitis.

El estudio de ese documento habría permitido aclarar algunas dudas posteriores sobre las circunstancias exactas que rodearon la muerte de Lazear. Según Agramonte, Lazear le habría confidenciado, en una conversación sostenida en los primeros días de su enfermedad mortal, que los casos de Carroll, Dean y el suyo demostraban que el mosquito era el vector de la fiebre amarilla. Sin embargo, mientras la picadura de los primeros había sido provocada, en su caso se habría tratado de una picadura involuntaria. Admitió que había visto cuando un mosquito “desconocido” lo picaba, pero un mes antes se había hecho picar por un mosquito infectado sin ninguna consecuencia y, por lo mismo, pensó que había desarrollado inmunidad para la fiebre amarilla...

La historia resulta poco convincente. Es posible que cuando Lazear conversó con Agramonte era consciente de la gravedad de su estado y, por lo mismo, haya pensado dejar a su esposa el mensaje, algo más consolador, que su enfermedad habría sido accidental. Pero eso nunca lo sabremos.

#### IV

Otro caso notable es el de William J. Harrington, quien en 1951, a los 28 años de edad, publicó un elegante trabajo demostrando la naturaleza inmune del Púrpura Trombocitopénico Idiopático (PTI). Fue un aporte muy significativo. El gran Wintrobe describió a Harrington como la nueva estrella del firmamento hematológico norteamericano. A los 31 años fue nombrado Jefe del Departamento de Hematología de la Universidad de Washington en Saint Louis, lugar donde había realizado los estudios que le dieron la fama. Las escuelas de medicina más prestigiosas le ofrecieron jefaturas de laboratorios o departamentos. Sin embargo, a los 40 años Harrington optó por trasladarse a la Universidad de Miami, una escuela de medicina relativamente nueva y sin mayor prestigio. De acuerdo con su visión, podría crear allí un gran centro de investigación y de atención de pacientes que, además, irradiaría sus conocimientos a toda Latinoamérica. Sin duda lo logró. Partiendo prácticamente desde cero, construyó un departamento como el que había planeado, atrayendo importantes investigadores y creando diversos programas. Entre ellos uno de los primeros programas de MD-PhD de los Estados Unidos. También creó fuertes lazos con la comunidad académica de nuestra región, entrenando a numerosos hematólogos latinoamericanos. Una de sus frases favoritas: “es mejor ser el arquitecto que el guardián de una obra”....

Harrington fue, por sobre todo, un gran clínico, muy cercano a sus pacientes y querido por ellos. En importante medida ese cariño lo condujo a su gran descubrimiento. Siendo un residente en el Massachussets General Hospital, le tocó atender a una adolescente con una severa metrorragia. Había sido referida al hospital con el diagnóstico de un posible aborto provocado, pero Harrington descubrió inmediatamente que se trataba de un púrpura. Este diagnóstico fue corroborado por los exá-

menes hematológicos posteriores. Desgraciadamente, la paciente falleció pocos días más tarde, hecho que se grabó fuertemente en el recuerdo y sensibilidad de Harrington, motivándolo a estudiar esa enfermedad.

Aprendió entonces que existían varias teorías para explicar el PTI. Una de ellas suponía que los fagocitos esplénicos eran responsables de la destrucción acelerada de plaquetas. Otros pensaban que el daño podía ser causado por alguna sustancia tóxica que, simultáneamente, alteraba la pared capilar e inhibía la síntesis medular de plaquetas. Finalmente, en boga con el nuevo conocimiento sobre el sistema inmunológico y el descubrimiento de la existencia de enfermedades autoinmunes, algunos planteaban que el PTI pudiera deberse a un trastorno de ese tipo. Consistente con esta última posibilidad, existía un PTI transitorio en recién nacidos de madres que habían sufrido episodios de PTI.

En 1950 el Dr. Harrington se trasladó a la ciudad de Saint Louis, Missouri, para realizar una residencia en hematología. Aquí conoció y compartió sus inquietudes sobre las causas del PTI con otro residente de su especialidad llamado James William Hollingsworth. Ambos crecieron en la convicción, bastante intuitiva, que la trombopenia asociada al PTI se debía a un problema de antígenos y anticuerpos. Es más, pensaban que si estaban en lo correcto, era concebible que la inyección de sangre de un paciente con PTI pudiera producir trombopenia en un sujeto normal... Pero también era muy probable, que por una serie de otras variables, por ejemplo la cantidad de sangre administrada o la etapa de la enfermedad, pudieran obtener resultados negativos o anodinos...

Harrington y Hollingsworth debatieron el tema muchas veces y estudiaron largamente la lógica de un experimento como el que pensaban realizar, hasta concluir que valía la pena intentarlo. Total, no había nada que perder y poco que arriesgar... El diseño era muy simple. Se trataba de inyectar la sangre de un paciente con PTI en un sujeto sano con un grupo sanguíneo compatible y observar lo que ocurría en cuanto a recuento plaquetario y eventuales signos de púrpura. Ambos residentes estuvieron dispuestos a ser los sujetos de ese estudio.

Pocas semanas después una paciente con PTI fue admitida al Hospital, tenía grupo 0, el mismo de Harrington. Por esta razón a él le tocaría servir de receptor de la sangre. La paciente accedió a donar 250 ml de sangre para el estudio y recibió a cambio la misma cantidad de sangre de Harrington. Antes de la transfusión Hollingsworth le había tomado a su amigo la muestra de sangre necesaria para hacer un recuento plaquetario y, además, una muestra de médula de esternón. El muestreo periódico de ambas variables siguió cada hora. Al principio con alguna duda, pero luego con regocijo Hollingsworth constató que el recuento plaquetario comenzaba a descender. A las seis horas de realizada la transfusión Harrington comenzó a tener todos los signos clásicos de PTI y su recuento plaquetario continuaba descendiendo... Hollingsworth no tuvo otra alternativa que contarle la gran y seria noticia al Jefe del Departamento de Hematología.

Bueno, el resto es historia. Aunque Harrington llegó a tener 0 plaquetas en algunos recuentos y, por lo mismo, estuvo en una situación de grave riesgo de sufrir algún tipo de accidente vascular, se recuperó sin ninguna secuela. Poco tiempo después pudo realizar el estudio que lo hizo famoso. Básicamente, repitió la experiencia, inyectando esta vez plasma de pacientes con PTI a un grupo de voluntarios sanos, usando eso sí una cantidad mucho menor que la del estudio original.

## V

Relataré ahora la experiencia del Dr. Barry Marshall, ganador junto con Robin Warren del Premio Nobel 2005 de Medicina. Ambos son australianos y colaboraron durante muchos años en el Hospital Reina Isabel II de Perth. El Dr. Marshall como gastroenterólogo y el Dr. Warren como patólogo. Ambos se conocieron por un mutuo interés en la patogenia y tratamiento de las úlceras gastroduodenales. En las piezas quirúrgicas de pacientes ulcerosos o con gastritis crónicas, Warren había observado unas misteriosas bacterias de forma espiral que nunca estaban presentes en las paredes estomacales de pacientes sin este tipo de lesiones. ¿Había alguna relación de causalidad entre esos hallazgos? Esa fue la pregunta que cautivó a Marshall. Se trataba de una posibilidad que contrastaba con los conocimientos médicos de la época. Numerosos estudios indicaban que las úlceras gastro-duodenales estaban asociadas a un exceso de secreción gástrica y, a su vez, ésta ocurría en un contexto de stress y dietas inadecuadas. También se pensaba que ninguna bacteria podría reproducirse en un medio tan ácido como el estómago.

Marshall realizó un exhaustivo meta-análisis de todos los trabajos disponibles en la literatura médica en la cual se mencionaba hallazgos de úlceras y bacterias helicoidales, posteriormente bautizada *Helicobacter pylori*. Sorprendentemente, este estudio aportó evidencias que apoyaban las observaciones de Warren, pero nadie había prestado mayor atención a las curiosas bacterias. Incluso, esa revisión reveló que el uso de medicamentos con bismuto producía una mejoría pasajera de la enfermedad ulcerosa y la desaparición consiguiente de las bacterias.

Los investigadores australianos se propusieron como su próximo objetivo cultivar las bacterias sospechosas, logro que demandó un considerable esfuerzo. Tal como sugería la literatura y las observaciones clínicas que ellos mismos habían podido reunir, estos gérmenes eran muy sensibles al bismuto. En el año 1982 esos hallazgos merecieron una carta a *The Lancet* que, sin embargo, no despertó mayor interés en la comunidad médica. Marshall y Warren realizaron entonces un ensayo clínico relativo al uso del bismuto en el tratamiento de la úlcera, observando efectos favorables, pero pasajeros. Al presentar estos resultados en un congreso internacional, Marshall obtuvo como respuesta manifestaciones de un marcado escepticismo con respecto a la relevancia de su línea de investigación. Claramente, debía intentar demostrar, en forma concluyente, que entre la presencia de las bacterias helicoidales en la mucosa gástrica y las úlceras existía una relación de causalidad.

Marshall inició entonces una serie de experimentos rigurosos para poner a prueba su teoría, usando como modelo experimental la rata y el cerdo, pero no logró que la bacteria infectara estas especies y produjera úlceras. Claramente, debía realizar sus estudios en seres humanos. Entre 1985 y 1987 los australianos estudiaron el efecto del uso de antibióticos en el tratamiento de la úlcera gástrica y descubrieron que hasta el 80% de los pacientes podía curarse completamente una vez erradicada la bacteria. Por lo tanto, un número creciente de evidencias apoyaban la hipótesis de trabajo de los australianos, pero faltaba el experimento crucial: la demostración que introduciendo *Helicobacter pylori* en seres humanos se producía daño estomacal. Marshall decidió realizar esa experiencia en sí mismo.

La prueba consistió en la ingesta de un cultivo de *Helicobacter pylori* después de una endoscopia y biopsia control, que mostraron una mucosa gástrica normal. Al cabo de siete días Marshall comenzó a sufrir vómitos y malestar general. La endoscopia control, realizada una semana más tarde, demostró una mucosa muy inflamada y una biopsia control reveló la presencia de *Helicobacter* en la mucosa gástrica. Esa era la prueba que necesitaban. Inició entonces un tratamiento con el antibiótico tinidazol y sus molestias pasaron en un par de días.

En los años siguientes, muchos estudios fueron realizados para refutar la teoría y hallazgos de Marshall y Warren pero no hicieron más que confirmar los resultados obtenidos por estos investigadores.

## CONCLUSIONES

¿Qué sentimientos mueven a los investigadores médicos dispuestos a arriesgar sus vidas mediante la auto-experimentación? Es una pregunta que han tratado de contestar diversos autores, entre ellos Franklin y Sutherland, en 1984, en una obra titulada *Guinea pig doctors* y, más recientemente, Altman en su libro *Who goes first? The story of self-experimentation in medicine*. Sin duda, se trata de personas movidas por el apasionado deseo de esclarecer un enigma. Al someterse ellos mismos a la auto-experimentación están dispuestos a correr riesgos de enfermedad, muerte o secuelas, pero intentarlo les resulta irresistible.

En todos ellos parece existir un sentimiento común de profunda convicción con respecto a la certeza de la hipótesis postulada. Este es uno de los rasgos esenciales del auto-experimentador médico. Pero la segunda característica parece ser genuino altruismo: el deseo de evitarle riesgos a terceros o, como en el caso de Lazear, compartirlos con otras personas.

Desde un punto de vista científico la auto-experimentación tiene ciertas ventajas prácticas, como las de adherir estrictamente al plan de trabajo o confiar en la calidad del registro. Pero, implica también problemas considerables. En primer término, el hecho de que se trata de observaciones logradas en un solo sujeto, lo que puede dar a los hallazgos un carácter meramente anecdótico y, por cierto, la pérdida de objetividad tan necesaria en la ciencia.

También hay que considerar algún componente de mera vanidad. Ciertos escritos o declaraciones de algunos de los médicos que he presentado, inducen a pensar que los deseos de obtener reconocimiento o fama tuvieron algún papel motivador.

Enfrentado con una proposición formal de auto-experimentación, ¿en qué elementos de juicio debiera basar su decisión favorable o desfavorable un Comité Institucional de Ética? Sin duda, la auto-experimentación representa un ejercicio de autonomía por parte del investigador y, por lo mismo, no es en sí un acto condenable. En consecuencia, su aprobación o desaprobación debe basarse en otros aspectos, principalmente los siguientes: la intencionalidad y relevancia potencial del estudio; la carencia de otras alternativas de investigación; el riesgo potencial; y la validez científica del estudio propuesto.

Veamos lo que implica cada uno de estos aspectos. En cuanto a intencionalidad y relevancia, el investigador debería demostrar que su motivación es un serio intento por lograr el avance del conocimiento y no una manera efectista de llamar la atención sobre un problema o sobre el mismo investigador. Además, es necesario que fundamente en forma adecuada la eventual relevancia de los resultados que podría generar.

En cuanto a la carencia de alternativas, se trata de probar que la experiencia propuesta sólo adquiere significación cuando se realiza en seres humanos y hay razones válidas para no intentarla en otros sujetos, por lo menos en una primera instancia. Obviamente, lo anterior implica que no es posible realizar ninguna experiencia *in vitro* o en modelos animales capaz de responder la pregunta que se formula.

En cuanto al riesgo, debería existir una fundada y razonable probabilidad de que el investigador no corre un riesgo vital ni de sufrir secuelas serias y permanentes como consecuencia del estudio que desea efectuar en su propio cuerpo.

Finalmente, desde una óptica metodológica, el diseño del estudio propuesto debe ser conducente a la obtención de resultados científicamente válidos. Esto para asegurar que junto con los riesgos hay seguridad de obtener algún beneficio real.

A partir de la aplicación de estos criterios ¿cuáles de los casos que he descrito podrían ser reprobados o aceptados por un Comité Institucional de Ética? Entre los reprobados está en primer lugar el experimento de Pettenkofer. Aunque las evidencias disponibles sobre el papel del vibrión cólico no eran totalmente concluyentes, existía una base muy razonable de que Koch pudiera estar en lo cierto. Por lo mismo, ingerir esta bacteria significaba un riesgo muy alto de enfermar, e incluso morir. Por lo mismo, el estudio resulta inaceptable.

En el caso de Carrión, un Comité institucional de ética tomaría una decisión parecida. Si ambas formas clínicas eran manifestaciones de una misma entidad, una de las cuales tenía una alta mortalidad, la inoculación voluntaria de verrugas parece una temeridad insensata. Alternativamente, el Comité podría haber objetado la necesidad de la inoculación por razones metodológicas, ya que el ensayo en algún modelo animal habría permitido poner a prueba la hipótesis sin riesgo para nadie. Esto es lo que hizo Noguchi muchos años después.

El aspecto riesgo también hace reprochable la experiencia de Lazear. Antes de exponer a un grupo de voluntarios a picaduras de mosquitos potencialmente infectados con fiebre amarilla, habría sido más lógico intentar primero el desarrollo de un modelo animal, incluyendo primates. Por lo demás, hoy no se considera plenamente "voluntario" a un miembro de una fuerza armada invitado a participar en un estudio clínico organizado por sus superiores jerárquicos.

Más atendible, incluso aceptando un grado de riesgo no menor, parece ser el caso de Harrington. Sin embargo, también parece válida la exigencia de una exploración inicial en algún modelo animal o, alternativamente, investigar si se producía alguna alteración plaquetaria *in vitro* al unir sangre de pacientes con PTI y la de sujetos normales. Sólo después de que ambas vías de indagación hubieran sido descartadas parece legítimo plantear un estudio en humanos, incluyendo la auto-experimentación del tipo realizada por Harrington y Hollingsworth.

Más atendible, y sin duda lícito como exploración piloto, principalmente por consideraciones de riesgo inmediato menores, parece el estudio de Marshall. A su haber tiene, además, el intento fallido de desarrollar un modelo animal y un cúmulo considerable de evidencias indirectas sobre las consecuencias que la ingestión de *Helicobacter* podría acarrear.

Aun así, cuando se trata de adentrarse en lo desconocido, hasta la auto-experimentación que en teoría parece inocua puede acarrear consecuencias negativas insospechadas de corto o largo plazo. Por lo mismo, siempre habrá un margen para la incertidumbre y, por lo mismo, para la aventura.

Como hemos visto, el investigador osado, dispuesto a experimentar en su propio cuerpo, es parte de una larga tradición en la historia de la medicina científica. Sin duda, la investigación clínica contemporánea no favorece esas iniciativas. La mayor sofisticación en materias de diseño experimental, uso de tecnología y análisis de resultados, junto a la cautela institucional de los aspectos éticos, han cambiado profundamente el contexto. Algunos creen que todo lo anterior ha despojado a la investigación médica de su humanismo y romanticismo. No comparto esa opinión. Aun más, creo que en este campo el progreso ha sido notable. Sin embargo, hay algo en la naturaleza de la profesión médica que siempre empujará a algunos, movidos por altruismo y la pasión por conocer, a hacerse a sí mismos lo que no harían a otros. ■

## COMENTARIOS

AC. VERDAGUER. Felicito al Dr. Rosso por esta exposición muy bien estructurada y fascinante y sólo quisiera agregar algunos detalles de alguna conexión chilena en relación a la verruga peruana. Esto se refiere al Profesor Dr. Vicente Izquierdo Sanfuentes quien fue profesor de histología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y posteriormente Decano de esa Facultad. Al estallar la guerra del Pacífico el Dr. Vicente Izquierdo se encontraba en Alemania estudiando histología y Patología con el Dr. Van Deir, era su discípulo preferido, pero al estallar la guerra su padre le escribe una carta y le dice "hijo, nuestro país está en guerra, tienes que volver" y don Vicente Izquierdo junto con el Dr. Borgoño y otros becados

chilenos que estaban en Alemania regresaron, e inicialmente se instaló un hospital para heridos de guerra en la calle Lira gracias a la generosidad de la familia Matte, y ahí atendió él y Borgoño e introdujeron la asepsia y la antisepsia que hasta entonces no eran conocidas. Posteriormente el Dr. Sanfuentes fue enviado al teatro de operaciones y llegó hasta Arica y Tacna, cuando ya las tropas chilenas habían conquistado esa zona y lo que él describe era una cosa espantosa: cadáveres no enterrados, un olor insoportable, pero entre los habitantes de Tacna encontró algunos que tenían verruga peruana y él hizo un estudio histológico y demostró que no era una enfermedad, no era una proliferación, sino que era una afección inflamatoria e incluso describió un bacilo y eso lo publicó en la literatura alemana, eso pasó un poco al olvido. Después viene toda la historia del Dr. Carrión y finalmente el que identificó la bacteria fue el Dr. Barton, que viajó a Lima, tomó muestras y hace el diagnóstico de esta bartonella que tiene muchas especies, muchas variedades; algunas como la enfermedad del arañazo y nosotros seguimos acordándonos del Dr. Barton. Quería hacer un recuerdo de la contribución de don Vicente Izquierdo Sanfuentes al estudio de la verruga peruana, todos estos estudios son previos a lo que ha descrito el Profesor Rosso.

AC. ROSSO (RELATOR). Le agradezco mucho el comentario y le agrego el hecho de que Carrión habría tenido la oportunidad de presentarle al Dr. Izquierdo su teoría y algunas de las razones por las cuales él creía que se trataba de una sola entidad nosológica. Izquierdo desechó las teorías de Carrión y por lo tanto con algún sesgo es presentado también como el mártir de la ciencia peruana, en un contexto de guerra.

AC. CUBILLOS. Complementando el comentario del Dr. Juan Verdaguer T., recuerdo que el Prof. Vicente Izquierdo Sanfuentes publicó en Alemania un estudio histopatológico sobre la "verruga peruana", antes que se descubriera su agente patógeno, demostrando que no se trataba de una verruga, sino de una proliferación de tipo inflamatorio del tejido conjuntivo dérmico y subcutáneo (Archivos de Virchow, 1885). En esa época -recién concluida la Guerra del Pacífico y la Campaña de la Sierra- se polemizaba si dicha verruga y la fiebre de Oroya eran dos enfermedades distintas o eran manifestaciones de una misma enfermedad.

Como el Prof. Izquierdo (chileno) se inclinaba por la primera alternativa y el estudiante de Medicina señor Alcides Carrión (peruano), por la segunda, este último en un osado gesto de inquietud científica y de patriotismo se autoinfirmó la enfermedad y logró demostrar que su opción era la verdadera, aunque le costó la vida.

En cuanto a la conferencia del Dr. Rosso, me permito felicitarlo por su brillante presentación y sobre todo por sus claras y sólidas conclusiones frente al tema, que desde el punto de vista ético, destacan el valor y la dignidad de la vida humana.

A través de los tiempos, el quinto Mandamiento de la Ley de Dios: No matar (y no matarse) mantiene su validez. Sin embargo, admitimos como loable, cuando generosamente se entrega la vida por un fin sublime y trascendente, como lo hizo N.S. Jesucristo para redimir la Humanidad, como lo hicieron los mártires por no claudicar a su Fe, como lo han hecho y lo hacen muchos médicos al arriesgar su salud y sus vidas al tratar enfermos infectocontagiosos y muchas otras situaciones similares.

Por el contrario, es reprobable cuando se expone la vida, con peligro de muerte, con el fin de sobresalir en deportes ("juegos locos") o situaciones de riesgo de diversa naturaleza, a fin de satisfacer los egos y la vanidad y cosechar el aplauso mundano. Recordemos solo la reciente muerte del australiano Steve Irving, osado cazador de cocodrilos. También es rechazable que una persona se quite la vida por cobardía para afrontar un problema (suicidio) o para protestar llamativamente ante una injusticia (abrasión "a lo bonzo"), etcétera.

Recordemos que la Vida es un don de Dios, y nuestra responsabilidad es cuidarla, usarla y administrarla solo con fines nobles y trascendentes.

AC. CASANEGRA. Quiero felicitar a nuestro Rector porque en cierto modo vuelve a investigar temas que son de gran interés. Creo que estos casos representan una especie de sacrificio voluntario y consciente de poner en riesgo sus vidas; afortunadamente no todos sucumbieron producto de su imaginación, sus deseos o sus ambiciones. Si tiene tiempo el Dr. Rosso podría darnos su pensamiento respecto a lo que pasa todos los días: en que los médicos parecen disponer de los pacientes, de los seres humanos, de pseudos voluntarios para hacer investigación con riesgo de enfermedades y de la vida de los pacientes. A mí me preocupa lo que pasa en el uso de fármacos que están en etapa de investigación, donde varias veces hemos sido testigos de que los fármacos parecen buenos y resultan ser ineficaces, peligrosos y producir la muerte. Ahí las comisiones de ética tienen una función fundamental dentro de las instituciones de los distintos países. El hecho de que se comercialicen fármacos que tienen distinta utilidad desde el punto de vista de respuesta de los pacientes, el hecho de que haya compañías que venden fármacos que son de menor categoría que otros.

AC. REYES. Me adhiero a las felicitaciones al Dr. Rosso por la claridad y profundidad de su exposición. Las experiencias que mostró el Dr. Rosso son casi unipersonales, de un individuo, dos o tres que dieron origen a un conocimiento que hasta ese momento no había sido posible tener por diversas razones, una de las cuales era porque las otras especies no son susceptibles de desarrollar las mismas enfermedades que la especie humana, entonces no existen modelos para hacer experimentos en vivos, en ese momento una o dos personas permitieron dar la respuesta definitiva a un problema insoluble hasta ese momento por la especie humana, con gran repercusión para la salud pública posterior en todas estas enfermedades. Esto en claro contraste con experimentos en que han participado lamentablemente un gran número de médicos que todos recordamos en la época del nazismo en Europa, donde tal vez miles de individuos fueron sometidos a experimentos que llevaron a la muerte de todos estos individuos, sin dejar detrás de ellos ningún real conocimiento y aquellos pocos conocimientos que dejaron habrían sido posibles de obtener en especies de animales menores.

El segundo aspecto se refiere a la dificultad actual para la experimentación animal. Los comités de ética en humanos son extraordinariamente estrictos y están haciendo una gran labor en el mundo pero también están frenando tremendamente muchos de los intentos de investigación que requieren mayor rapidez que la que tienen en estos momentos los comités de ética para evacuar sus autorizaciones. Recuerdo un manuscrito del Dr. Franz Ingelfinger, un hombre que representa para la gastroenterología un hito en la historia, se titulaba "La no ética de la ética médica" y se refería al hecho de que analizando 20 de sus propios trabajos de los cuales él había sido investigador responsable retrospectivamente, alrededor de 18 de ellos habrían tenido que ser rechazados por comités de ética, de modo que no podrían haber sido hechos y esos son los que lo llevaron a él a ser profesor en Harvard. En la actualidad en las especies relacionadas, particularmente los monos, antropoides, es mundialmente muy difícil conseguir hacer experimentos en ellos, primero tuvieron un costo enorme. Los antropoides más parecidos a la especie humana son los gorilas y los orangutanes, entre los cuales es muy difícil de encontrar voluntarios. Los menores que son más fáciles de sujetar y convencer, alcanzaron un precio enorme en el universo. Monos llevados de África a Marlburg en Alemania transmitieron una enfermedad, creo que era un virus de una letalidad enorme entre la gente que trabajaba en los laboratorios de experimentación y en el hospital donde fueron atendidos estas mismas personas, se difundió rápidamente la enfermedad que no era de la especie humana y que había sido llevada desde estos monos que habían sido trasladados de África.

Entonces surgieron restricciones que incluyeron, que animales de experimentación importados en un país tienen que ser sometidos a un proceso de cuarentena, costosísimo, con una serie de análisis hasta demostrar que esa especie que no es propia del país no va a transmitir un agente que sea maligno para el país al cual se lleva y luego una vez que están autorizados los experimentos por los comités de ética en experimentación animal, viene el problema de que los estudiantes universitarios, las organizaciones de defensa de derechos de los animales, levantan su bandera y llegan a ponerle barreras al ingreso de los laboratorios y esto se ha producido incluso en nuestro país, con gran sufrimiento por parte de los investigadores que han sido asaltados prácticamente por los periodistas, entrevistas de televisión, artículos en la prensa, etc.; es gente que no está acostumbrada a este tipo de relaciones con la opinión pública, tiene que defenderse de situaciones muy delicadas y desagradables. De modo que la experimentación en animales en este momento tiene dificultades que tenemos que tener en cuenta.

AC. BEAS. Extraordinariamente interesante y atractivo el análisis que hace el Dr. Rosso en su presentación. Estoy de acuerdo con la mayoría de las opiniones que se han dado. Quisiera señalar que desde el punto de vista de la observación de cuál es el pensamiento que tuvieron los investigadores en la medida que iban haciendo sus propias investigaciones. El criterio que se fue aplicando en la validez de sus resultados, criterios que son los que tuvimos nosotros durante todo el siglo XX, se me ocurre que irá cambiando en los próximos años. Me refiero a dos fenómenos importantes que se les exigen a los investigadores, que utilicen el pensamiento de causa-efecto, pero si uno va viendo la vida de ellos aparecen otros fenómenos del pensamiento que nosotros no aceptamos y que producen rechazo, me refiero por ejemplo a la intuición, me refiero a la sincronicidad que son fenómenos del pensamiento que a nosotros nos han rechazado en nuestra formación en las Facultades de Medicina. La mayoría de los planteamientos que hacen estos investigadores son casi intuitivos, no estoy proponiendo que los resultados de las investigaciones sean en base a la intuición, pero hay que tener cuidado y tomar en cuenta qué es lo que está sucediendo con el proceso intuitivo del pensamiento y yo lo puedo certificar con 45 años de investigación. Para terminar voy a contar una anécdota de un Profesor cuando yo me encontraba en Estados Unidos, estábamos sentados discutiendo unos resultados de un experimento que habíamos hecho, todos estábamos de acuerdo menos él, de cuáles eran los procedimientos que teníamos que seguir para aplicar el método de causa-efecto y él eligió otra línea y me atreví a preguntarle, pero por qué, traducéndolo al castellano me contestó: porque me tinca. Por eso creo que la exposición del Dr. Rosso es extraordinariamente interesante, además de todos los puntos de vista que se han discutido aquí, en que de alguna manera nosotros vayamos pensando en lo que en el proceso de la formación científica nuestra y de las futuras generaciones, empecemos a conversar que hay otros elementos y otros sistemas del pensamiento racional que enriquecerían la investigación.

AC. RODRÍGUEZ. Quiero agradecer al Dr. Rosso por su interesante conferencia que me hace reflexionar en por qué este tipo de autoinmolación en aras de la verdad se dio en ese tiempo, especialmente en el siglo XIX y hasta la primera guerra mundial y después se ha dado muy esporádicamente y seguramente las motivaciones de cada uno que lo hizo, de los que presentó el Dr. Rosso y de otros han sido extraordinariamente variadas, pero no se puede dejar de reconocer que el sentimiento subyacente que había en ese tiempo era el del triunfo del positivismo. El positivismo de Comte fue el que inventó la palabra altruismo como la pasión por el otro, la entrega al otro y consecuente con esto que significó un gran avance de la ciencia, también dentro de los científicos este concepto de altruismo fue uno de los que motivaron a los experimentadores a ofrecerse ellos mismos como sujetos de experimentación y eso coincidió también con el ocaso de este altruismo, después de la primera guerra mundial y el resurgi-

miento del subjetivismo que estaba un poco olvidado en el siglo XVIII con el utilitarismo, por eso entonces el altruismo, entendido así, ha tendido a desaparecer. No sé si además hubo otras motivaciones y quería preguntarle al Dr. Rosso si habría una motivación por ejemplo de tipo religioso en algunos de estos investigadores, para esclarecer la verdad o eran solamente científicos altruistas.

AC. ROSSO (RELATOR). Lo que recuerdo es que ninguno de ellos en cuanto a sus escritos o en relación a la autoexperimentación manifiestan algún sentimiento religioso, sin perjuicio de que lo pudieran haber tenido. Diría que de todos ellos el que ha seguido más de cerca todos los pasos de la investigación de un problema, que finalmente a uno lo lleva a concluir fehacientemente que hay una relación causal de dos variables, es lo de Barry Marshall. Ahí ya estamos en el contexto contemporáneo en cuanto a comités de ética, a lo que es o no aceptable, no conozco detalles, quizás el Dr. Valdivieso que ha estudiado en profundidad esto nos podrá decir, si alguien dentro del hospital formalmente sabía que se iba a intentar esto o si lo hizo con su grupo de trabajo solamente. Es altamente probable que hoy pudiera aceptarse autoexperimentación dependiendo de alguno de los criterios que yo he mencionado a partir de un ejercicio racional de la autonomía del investigador y las otras condiciones que anuncié; creo que si es aceptable y probablemente como pasa a veces dar ese paso entre lo Cartesiano y la mera intuición de que este con ese resultado, podría justificar que ampliáramos la serie y que pudiéramos reclutar voluntarios para hacer algo metodológicamente adecuado.

AC. VALDIVIESO. Le agradezco al Dr. Rosso mucho su conferencia tan extraordinariamente bien organizada e interesante en muchos conceptos. Referente a este caso particular, me parece que lo más probable, aunque no tengo antecedentes, es que nadie haya conocido oficialmente el experimento de Marshall, ni aun su socio Warren. Hay una fuerza que mueve a todas estas personas y que talvez de puro mencionarla se puede considerar como subalterna si se le compara con el valor de la vida, pero que tiene una fuerza tremenda de grande y es la curiosidad. Creo que todas estas personas en distinto grado compartían la curiosidad de saber qué había a la vuelta de la esquina en que no se podía ver si no era de acuerdo a lo que ellos pensaban en ese momento, sino que a través de un experimento de esa naturaleza. Marshall tenía grandes ventajas porque, si ustedes piensan, si la frecuencia del *Helicobacter pylori* en Chile, por ejemplo, es del 70% en la población adulta y que las consecuencias que eso tiene son bastante escasas, el riesgo para él era menor; había visto una gran cantidad de pacientes; había sido testigo que la úlcera péptica podría retroceder con el tratamiento con bismuto, de modo que él estaba muy bien apoyado para hacer su autoexperimento. Tampoco hay que dejar de señalar y el Dr. Rosso lo hizo ver en algún momento, que la situación enfrentaba un cambio de un paradigma por otro y como está descrito los defensores del paradigma existente hasta ese momento, tenían en muchos casos sus propias carreras en juego, de modo que tenían que ser capaces de usar cualquier tipo de argumento con tal de desacreditar el punto de vista del nuevo paradigma y creo que esa, en el caso de Marshall, fue una tremenda fuerza también.

AC. MUNDT. Muy interesante su conferencia, Dr. Rosso, en realidad con ella tocó aspectos éticos. Pertencí al Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso y se estaba realizando un trabajo multicéntrico sobre una droga nueva contra el virus del herpes y había un profesor que iba a participar en esto, en el comité rechazamos el protocolo por razones éticas y metodológicas; resulta que el protocolo no lo había realizado el profesor que iba hacer la experiencia sino que lo había realizado el laboratorio Novartis, que estaba interesado en esto y el protocolo estaba diseñado para demostrar que el producto era bueno, o sea que en esto están interviniendo intereses financieros, lo que tenemos que tener muy

presente. Esto de auto usarse para un experimento, creo que hay un aspecto ético, nadie tiene derecho a atentar contra su propia vida, esto toca el problema de la eutanasia solicitada, estaría pisando ya ese terreno. Quería señalar cómo los intereses financieros hoy día están influyendo en estas decisiones.

AC. GOIC (PRESIDENTE). Felicitamos al Dr. Rosso por su conferencia. Creo que ha sido muy ilustrativa y muy informativa, porque toca aspectos históricos, biográficos, epidemiológicos, propiamente médicos y éticos de gran relevancia. Quería comentar brevemente este último punto porque tengo la impresión que a partir del desarrollo de la bioética y su universalización en los años setenta, ha habido en nuestro país un progreso enorme respecto a la supervisión de los proyectos de investigación y su análisis del punto de vista ético. Además, la prestigiosa Revista Médica Chilena, también exige que los trabajos que se envían hayan sido aprobados por los comités de ética. Hace 50 años que los médicos no requeríamos con tanta rigurosidad como hoy la autorización de los pacientes para hacer nuestras investigaciones. Creo que la mayoría de las Facultades de Medicina, tienen hoy día comités de ética de la investigación en seres humanos. Me toca presidir la respectiva Comisión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y hemos tenido algunos de los problemas que aquí han sido mencionados y que han dado lugar a difíciles resoluciones. Desde luego hay investigadores que se enojan y nos acusan de retrasar o impedir la investigación científica. Hemos tenido problemas con trabajos que se realizan en instituciones militares, no propiamente con reclutas pero sí con personal administrativo de esas instituciones en determinados lugares geográficos. En ocasiones nosotros en el Comité invitamos a los investigadores a conversar sobre los proyectos y les decimos que nuestras observaciones éticas tienen por objeto defender la dignidad y derechos de las personas, ese es el punto central. Los aspectos metodológicos en la mayoría de los proyectos que nosotros vemos son revisados por FONDECYT; ellos hacen el análisis más exhaustivo desde ese punto de vista. Nosotros también los miramos si hay errores groseros, pero nuestro interés y énfasis está dado en los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y los derechos de los pacientes.

Los criterios que planteó el Dr. Rosso y otros documentos de uso internacional son los que guían las resoluciones que estos Comités tienen que adoptar. Dr. Rosso, muchas gracias por su conferencia, esperamos verlo no sólo en la presentación de Conferencias sino que en las reuniones regulares de la Academia, nos sentiríamos muy honrados y contribuiría usted a enriquecernos con sus opiniones.



## LOS IDIOMAS NATIVOS Y EXTRANJEROS EN LA TOPONIMIA A LO LARGO DE CHILE<sup>1</sup>

DR. ERNESTO MUNDT F.  
Académico Correspondiente.

Desde nuestra tierna infancia estuvimos acostumbrados a manejar dos lenguas y un dialecto. Mi padre, alemán inmigrado en 1905 y mi madre de padres suizos, también inmigrados, hablaban entre ellos en alemán y lo mismo ocurría entre mi padre y yo; el castellano, bueno, era el idioma oficial del país y mi madre hablaba con una hermana suya y conmigo en el dialecto suizo del Cantón de Berna. Esto nos obligaba a un constante cambio de vocablos y de sintaxis para expresar las mismas ideas. Esto lleva a la creación de diversos programas en esa computadora que todos llevamos encerrada en una caja ósea sobre nuestros hombros. Alcanzada la edad escolar, aprendimos el francés y el inglés. En 1957 visitamos Europa con una beca del Prof. Carlos Jiménez Días en Madrid. A la ida y a la vuelta hubo un tiempo disponible para visitar, muy de paso, Portugal, Francia, Italia, Alemania, Suiza, Holanda, Bélgica y Londres. Ahí nos dimos cuenta de la inconmensurable utilidad que es ser políglota, pero el criterio utilitario, bien luego se transformó en interés intelectual por las lenguas y sus orígenes.

Las lenguas unen a los hombres y lo primero que debe hacer un inmigrante es aprender el idioma del país que lo acoge para poderse asimilar y poder comprender a la gente y la cultura del pueblo con el cual va a convivir en el futuro.

En Chile hemos vivido hasta el día de hoy en constantes roces y choques con los mapuches. Pensamos que fue un error no haber dejado el mapudungún como segunda lengua nacional. No ocurrió así en Paraguay, país de habla castellana pero donde todo el mundo conoce el guaraní. Un día encontramos en una librería el Idioma mapuche, la gramática de dicha lengua, descubierta por dos misioneros apostólicos capuchinos de la Araucanía: Padre Félix José de Augusta y el Padre Ernesto Wilhelm de Moesbach; ambos alemanes de Baviera y el Padre Moesbach, médico por añadidura. Elaboraron un diccionario, agotado en las librerías pero que logramos refotocopiar de un ejemplar fotocopiado que estaba en poder de una persona conocida. Encontramos, además otros libros referentes a dicha lengua que mencionamos en las Referencias al final.

Algunos han querido ver en esta lengua nativa un dialecto pero eso es falso porque tiene una verdadera gramática lo que la hace un verdadero idioma; además tiene su literatura poética y su música de transmisión oral. Los que descubrieron la

---

<sup>1</sup> Resumen de la Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 4 de octubre de 2006.

gramática Mapudungún declararon que, de haber tenido escritura, sería un idioma a la misma altura de cualquiera de los idiomas cultos que hay en el mundo.

Los idiomas tienen fonemas que forman el alfabeto, bastante común a todas las lenguas. Con la unión de fonemas se forman los vocablos con los que se denominan las cosas materiales y las inmateriales. La unión de vocablos sirve para la expresión de las ideas y para esa unión cada lengua tiene sus reglas que son la sintaxis que es la forma de pensar en cada lengua.

Con respecto a los fonemas debe señalarse que el Mapudungún carece de la B, de la J, de la X y de la Z. En cambio tiene fonemas propios como la NG (como en ngürü = zorro) gutural como el francés, tiene la SH como el inglés y un fonema propio, la TSR (como en wentsru = hombre). Además comparte con el alemán y el francés las vocales modificadas: la O intermedia entre O y E y la U intermedia entre U e I. Son la Ö y la Ü del alemán y la EU y la U pronunciadas en francés. Al carecer de la B y de la J no pueden decir caballo ni reloj y dicen, en cambio, CAWELLU y RELOSH.

A su vez, las lenguas se influyen mutuamente; nosotros hemos adoptado muchos anglicismos; los mapuches adoptaron los nombres de los animales traídos a América por los españoles. Del Mapudungún también hemos tomado expresiones a saber: llamamos CURICHE a uno que tiene la piel negra (de curü = negro y che = gente); decimos AÑUÑUCAR a una criatura (de ñuke = madre); decimos armar cahuín (de CAHUIN = fiesta con bastante bebida alcohólica, y decimos PIRQUINERO (de pillquen = trabajo de minero en mina pobre).

Con el uso los idiomas se van modificando por el uso popular y así nacen los dialectos que, no obstante, se mantienen dentro de las reglas de la gramática del idioma base.

El origen del Mapudungún no se conoce pero es posible que provenga del mongólico. En efecto, tribus mongólicas pasaron por el estrecho de Behring hacia Alaska y es lo más probable que desde ahí hayan ido migrando hacia el Canadá, el resto de América del Norte, Méjico, Centroamérica y América del Sur. Si supiésemos cómo piensan los esquimales, cómo pensaban los pieles rojas y cómo pensaban los mayas podríamos tener un argumento para afirmar que el Mapudungún proviene de lenguas mongólicas.

Chile fue invadido tres veces; primero por esos pueblos que venían del Norte y que desde la pampa argentina pasaron por la Cordillera a nuestros valles. En el siglo XV el inca Tupac Yapanqui invadió desde el norte no pudiendo sobrepasar el Maule por la resistencia que le ofrecieron las tribus residentes en Chile, que los inca, por esa feroz resistencia, denominaron PROMAUCAES lo que viene de quechua PURUMA = salvaje y ANCA = enemigo, o sea, gente salvaje enemiga y rebelde. A su vez, los nativos de Chile hablaban de PU INCA = LOS INCA. Finalmente vino la invasión española y los nativos les aplicaron a ellos el término HUINCAS, derivado de pu inca.

Después de este preámbulo y antes de entrar en la materia de este trabajo debemos señalar que en la denominación Mapudungún de localidades entran con gran

frecuencia tres vocablos: co = agua, cura = piedra y hue = lugar o paraje, y esos vocablos se unen, frecuentemente, a las condiciones del terreno, a la flora y a la fauna del lugar.

#### LOS IDIOMAS NATIVOS Y EXTRANJEROS EN LA GEOGRAFÍA DE CHILE

CHILE (Ay!) de chilli, chillimapu = país o pueblo lejano; nombre dado en el Perú, especialmente a las zonas boreales y central, conquistadas por Inca Tupak Yapangui en el siglo XV. Valdivia ya lo encontró aplicado al valle de Aconcagua.

Chile fue invadido repetidas veces. Primero por pueblos venidos del norte; unos directamente a Chile y otros que pasaron la cordillera desde la pampa argentina. El origen común de todos esos pueblos que invadieron las dos Américas, bien podría ser mongólico. Después tuvo lugar la invasión Inca a Chile y, finalmente, la española.

Todos estos pueblos traían sus lenguas propias y dejaron sus huellas con ellas en la geografía y, lingüísticamente se influenciaron mutuamente. Ha sido un fenómeno muy natural y que en todas partes y en todos los tiempos ha ocurrido.

La mayoría de los nombres de localidades a lo largo de la geografía de Chile son los mismos que le dieron los pueblos nativos y nos hablan de las condiciones geográficas locales, de la flora y fauna existentes en esa época. La minoría de los nombres es de origen español, y en las regiones más australes muchos nombres son los de los navegantes y exploradores que se aventuraron por esas regiones.

Haremos una revisión de los nombres registrados en la geografía de Chile de Norte a Sur, por Regiones, señalando cada vez el origen lingüístico con Q=quechua, Ay=aymará, C=cunza, M=mapudungun y Ch=chango. At=atacarqueño, E=español, T=tehuelche, F=fueguino, P=portugués, Extr.=extranjeros, en su mayoría anglosajones, ??=origen no definido. Con eso se podrán ver los territorios dominados por cada lengua, el grado de su influencia y cuáles fueron los límites donde se entremezclaron. De 540 ciudades y pueblos revisados, sus nombres eran de origen Español en un 55.9%; en un 33,7% de raíz Mapudungun, Tehuelche o Fueguino; en un 8% Quechua, Cunza o Aymará y el 2,4% no tenían origen bien definido.

En la imposibilidad práctica de describir la raíz lingüística de cada una de las ciudades y pueblos a lo largo del país, a modo de ejemplo, nos remitimos a señalar el origen relativo a la primera y segunda regiones.

#### PRIMERA REGIÓN

*Denominación:* TARAPACÁ (Aymará) de *tara* = árbol del Norte y *pacac* = encubrir = tapado con árboles tara

*Capital:* IQUIQUE (Aymara) de *iquiqui*= el mentiroso

*Provincias:* ARICA (Quechua o Cunza) de *arisca* = estrenar, bahía nueva

PARINACOTA (Quechua) de *parihuana* = flamenco y *coche*= laguna = laguna de flamencos

Iquique...ver capital

*Comunas, localidades, ríos, etc..*AZAPA (Aymara) de *sappa* = sano = quebrada sanaLLUTA (Aymara) de *llutay* = tapar con barro = Valle tapado de barroPISAGUA (Quechua o Aymara) de *pisi* = poco y *ahua* = urdimbre = urdimbre deficienteMAMIÑA (Aymara) de *mami* = pupila y *ñaña* = curado de enfermedad = pupila curadaTIRANA (Quechua) de *tiray* = arrancar el pelo y *na* = instrumento = pinza para arrancar la barbaPICA (Quechua) de *ppikay* = coger (flores, frutos) del árbolHUARA (Aymara) de *huara* = estrella

## SEGUNDA REGIÓN

*Denominación:* ANTOFAGASTA (Quechua) de *anta* = cobre y *pacay* = escondrijo = escondrijo de cobre*Capital:* ANTOFAGASTA vide supra*Provincias:* TOCOPILLA (Quechua) de *toco* = ventana, alacena y *pillan* = volcán = ventana (cráter) del volcánEL LOA (Aymara o Chango) de *lun* = el que almuerza

ANTOFAGASTA vide supra

*Comunas, localidades, etc.*

TOCOPILLA vide supra

TALTAL (Mapudungun ¿?) de *taln*, *taltaln* = ronquear (como el grito ronco del traro)CHUQUICAMATA (Aymara) de *chuqui* = lanza y *kamatha* = medida = medida de lanzaQUILLAGUA (Quechua) de *quilla* = luna y *hua* = conjunción = conjunción de luna

LOA vide supra ■

## REFERENCIAS

Padre Felix José de Augusta, «*Idioma Mapuche*» Imp. «*San Francisco*» - Padre Las Casas. Padre Ernesto Wilhelm de Moesbach: (médico) Revisó y completó la obra del P. de Augusta. María Catrileo, «*Diccionario Lingüístico-Etnográfico de la Lengua Mapuche*». Edit. Andrés Bello.

Arturo Hernández Sallés, Nelly Ramos Pizarro y Carlos Cárcamo Luna «*Diccionario Ilustrado Mapudungun Español-Inglés*»; Imp. Talleres de Salesianos S.A., Santiago de Chile.

Aldo Vidal Berrera y Ana María Oyarce Pisani; «*El Campo Léxico del Cuerpo Humano en Mapudungun: Esquema Semántico y Cognitivo*» P.U.C. Temuco (cf. CYHSO Vol.3, N°1, Abril de 1986, CIRSE, PUC Temuco).

## COMENTARIOS

AC. CRUZ-COKE. Agradezco y felicito al Dr. Mundt por traernos un tema que es muy apasionante. La pregunta es por qué todas las ciudades y todos los pueblos de Chile tienen tantos nombres locales y tan pocos nombres españoles o europeos. En otros países como Argentina o México hay muchos nombres de lugares con los nombres de las ciudades españolas; por qué los españoles no introdujeron sus nombres en los pueblos o ciudades.

La segunda pregunta es sobre el nombre "Vitacura", siempre entendimos que Vitacura era el nombre de un Cacique que vivía en la zona del alto Mapocho, por qué dicen que es una mezcla cuando en el fondo este es un nombre de una persona que se llamaba Vitacura.

AC. MUNDT (Relator). Sobre la primera pregunta; la influencia española no fue tan chica, de las 540 localidades que revisé, 302 tienen influencia española y 76 influencia inglesa, alemana o francesa. En las últimas dos regiones, fueron los navegantes que se metieron por ahí. Es decir el 41% de las localidades tienen origen español en su nombre, lo que no es poco.

AC. JARPA. Quisiera preguntarle si ha estudiado usted la fonética de Chiloé, especialmente las localidades chilotas. Le hago la pregunta porque en la Historia de Chile aparece que Chiloé está formado por indios chonos, indios huilliches y después españoles que no eran indios. Resulta que el "ao" es totalmente polinesio y muy probable que, tanto de la Polinesia Francesa como de Isla de Pascua, hayan venido por el Pacífico con las corrientes de este a oeste, hayan llegado a Chiloé y se explicaría así tantos vocablos en Chiloé que tenían "ao". ¿Usted ha estudiado este problema?

AC. MUNDT (Relator). Ese problema también me ha hecho meditar y preguntarme si hubo inmigración polinesia... Si miramos el mapa tenemos el sistema de corrientes de Humboldt que suben hasta el Ecuador y ahí doblan hacia el oriente y de ahí bajan y forman una corriente a lo largo de la costa norte de la Antártica y de ahí se transforma en otra corriente. Los polinesios eran muy navegantes y lo hacían en grupos, varios barcos, y cuando los barcos de un extremo veían tierra avisaban inmediatamente para que los de la otra punta supieran y se juntaran. Una de las cosas que más atraía a los polinesios eran aquellas tierras donde podían plantar la palma cocotera, porque le sacaban muchísimos usos, hasta alcohol hacían con ella; los cocos les daban el agua, madera; las hojas para techar, etc.; eso lo menciona el general Pinochet que fue profesor de geopolítica en la Escuela Militar y en su libro menciona que los polinesios siempre buscaban dónde tener la palma cocotera. Así que lo más probable es que navegantes polinesios hayan llegado arrastrados por las corrientes al extremo sur de Chile y se hayan establecido en los canales donde estaban los yaganes, los onas, etc.; ahí encontraban abundante pesca, moluscos. No hay datos históricos sobre eso, pero quizás sería interesante un estudio genético. En el número antepasado de la Revista Médica de Chile sale un estudio genético mediante el cual demuestran que las etnias de Latinoamérica provenían de la Amazonia, hay cierta ligazón. No está el Dr. Etcheverry porque si no le recordaría el caso del grupo DIEGO. Esto fue una transfusión de sangre que se hizo no recuerdo si en Venezuela o en Colombia que provocó una reacción de incompatibilidad, entonces buscaron al dador de sangre y sueros de ese dador lo mandaron a distintos países de Latinoamérica y encontraron que ese grupo era un subgrupo hematológico, se encontraba en distintos países e incluso lo mandaron a Asia y vieron que allá también se encontraba.

AC. CUBILLOS. Deseo felicitar al Dr. Mundt por esta documentada e interesante exposición que amplía nuestro horizonte cultural. A modo de contribución deseo señalar que los religiosos jesuitas en Chile, durante la época de la Colonia y para un mejor cumplimiento de su

misión evangelizadora, exigían a sus novicios el aprendizaje del Mapudungún. Para la enseñanza de esta lengua los padres jesuitas editaron gramáticas y vocabularios. Dentro de éstos sobresalen las obras del Padre Luis de Valdivia, en el siglo XVII y de los Padres Andrés Febrés y Bernardo Havestadt en el siglo XVIII, antes que esta Orden religiosa fuese expulsada de Chile. A estas obras, se debe agregar el importante estudio filológico del Abate Juan Ignacio Molina titulado "Idea de la lengua nativa chilena" que se encuentra en su libro "Ensayo sobre la Historia Civil de Chile" y que escribió durante su exilio en Bolonia-Italia. Este estudio fue traducido al castellano por el Profesor Rodolfo Jaramillo B., quien me proporcionó esta información. En dicho estudio, Molina concedió a esta lengua nativa el valor de fuente histórica y exaltó la riqueza y la enorme variedad de la formación de vocablos del mapudungún y dedujo que el pueblo mapuche tuvo en algún momento una mayor cultura, la que se ha degradado a través de los tiempos. En el siglo XX han aparecido diversas obras de esta lengua; se citó la obra de los Padres Capuchinos Félix José de Augusta y Ernesto Wilhelm de Moesbach. También el profesor Rodolfo Lenz se preocupó de este tema. Especial mención merece actualmente el acucioso trabajo del Dr. Juan Grau Vilarubias sobre "Voces Indígenas de uso común en Chile", cuyo último volumen está destinado a la toponimia, el que constituye un valioso punto de referencia para quienes tienen interés en conocer nuestras tradiciones lingüísticas.

Para finalizar, recuerdo que la motivación por el estudio de las toponimias, para comprender mejor la terminología médica, se refleja en las obras "Lingua Latinas ad Usum Medici" y "Griego para Medicina" de nuestro distinguido Académico, el Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt (Q.E.P.D.).

AC. ARMAS. En el Hospital San Juan de Dios vemos mucha gente de origen mapuche que vive en la zona y tienen los dos o un apellido mapuche, generalmente les pregunto de dónde vienen y casi todos saben de dónde vienen sus antepasados pero muy pocos conocen la zona, no han tenido recursos para volver, pero saben de Nueva Imperial o Gorbea y muy pocos hablan el idioma Mapudungún, lo perdieron. Pienso que eso es producto de que en Chile se ha subestimado al indígena sistemáticamente a lo largo del tiempo. En los últimos años del Servicio Nacional de Salud, en la época del comienzo del gobierno de Pinochet, René Merino, Director General del Servicio de Salud de la época, mandó a un grupo de médicos a hacer unas indagaciones a la zona sur; en ese viaje iba el Dr. Mario Herrera, el Dr. Eduardo Cassorla y Yo. Inolvidable, llegar al hotel Frontera de Temuco, había una india vendiendo alfombras en la puerta y don Eduardo Cassorla le habló en el mejor idioma mapuche y la mujer le contestó y el Dr. Cassorla me dijo en un tono de lo más normal, dice que no va a llover. El Dr. Cassorla era oriundo de la zona y comenzó su educación en la Escuela Pública de uno de los pueblos chicos cercano a Temuco y aprendió el idioma y no lo olvidó más. Tengo una pequeña cabaña en el Volcán Villarrica y quise poner una placa en Mapudungún que anunciara mi casa y le pregunté a los mapuches y también a un lingüista de la Academia de la Lengua y me dijeron que Ruca Tralka sería el nombre, que significa casa de Armas. Yo creía que Tralka era trueno y no, lo que pasa es que los mapuches no conocían las armas de fuego y entonces la escopeta, el fusil lo incorporaron como trueno, así que cuando pasen por ahí y vean Ruca Tralka, pasen no más.

AC. GOIC (Presidente). Dr. Mundt muy agradecido por su conferencia que nos ha ilustrado en un tema que los chilenos debíamos conocer mejor. Me acordé de una anécdota que me produjo mucha gracia sobre esto de adoptar nombres extranjeros; una vez llevé al taller el auto porque tenía un problema con el foco delantero, entonces el mecánico me dijo hay que cambiar el *silbin*, y le dije y qué es eso, bueno esa cosa plateada que va en el foco, y cuando compré el repuesto y leí la caja, decía *sealed beam*, es decir rayo sellado, pero el mecánico te dice el *silbin*.

Muchas gracias Dr. Mundt.

AC. MUNDT (Relator). Tengo un paciente de apellido mapuche y cuando llegó a mi consulta la primera vez me dijo con orgullo: yo soy mapuche y vengo de Gorbea, después fue a verme una hija de él que se llama Rayén que significa flor.

AC. PARROCHIA. Quería comentar que este tema sólo nos preocupa del punto de vista intelectual. Yo soy de Arauco, de Malleco, de Cautín, me crié sólo con mapuches. Pediría que una parte de este interés se cristalizara y lo otro que pediría es que no se hable más de la conquista de Arauco, ni de la pacificación de Arauco porque esas fueron guerras atroces que todavía son la base de este problema tan grave que tiene Chile y que no ha sido medido en su real significación. Cuando yo era joven se decía que habían alrededor de doscientos mil mapuches y ahora resulta que hay más de un millón y medio y son esos que viven en las periferias de nuestras ciudades, muchas veces en medio del mayor descuido y de la mayor pobreza. Creo que los mapuches se merecen esta conferencia y además muchas otras.



## ¿QUÉ ES MEDICINA INTERNA?<sup>1</sup>

DR. HUMBERTO REYES B.  
Académico de Número

### UN PROBLEMA DE IDENTIDAD

El nombre "Medicina Interna" dado a una de las especialidades de la profesión médica tiene significado confuso para el público general, incluyendo a los pacientes. Lo mismo ocurre al calificar como "internistas" a los especialistas que la practican. En los médicos, ambos términos despiertan imágenes más precisas: es fácil distinguir el quehacer de los internistas con el de los pediatras, obstetras o cirujanos. Pero cuando se les pide una definición de "Medicina Interna" su respuesta es notablemente imprecisa, lo que resulta anecdótico cuando se propone a becados en el tercer año de formación en Medicina Interna, que la definan o al menos describan sus características distintivas.

Para explicar algo que fluya del intelecto y se integre a la cultura es necesario contar con una definición. Según el Diccionario de la Lengua Española, una definición es una proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de algo material o inmaterial (1). En este Diccionario no existe una definición para "Medicina Interna", pero sí la hay para "Internista" (adjetivo): *Dicho de un médico: Que se dedica especialmente al estudio y tratamiento de enfermedades que afectan a los órganos internos.*

Llama la atención que en textos dedicados a Medicina Interna, no figure su definición. Sin embargo, la variedad de temas que abordan refleja lo propio de la preocupación e interés de los internistas.

Para facilitar un análisis, propongo una definición que se basa en datos recopilados por los Dres. William B. Bean, en 1982 (2), y Paul B. Beeson, en 1986 (3), más la reflexión del autor de esta presentación.

### DEFINICIÓN:

"Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención."

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 8 de noviembre de 2006. Texto publicado como Artículo Especial en la Revista Médica de Chile, noviembre de 2006.

Esta definición resalta dos características fundamentales: 1° Separa el campo de acción del internista de las otras especialidades clínicas básicas originales: cirugía, obstetricia-ginecología y pediatría; 2° Explicita que la atención del enfermo es integral (en inglés "comprehensive"), lo cual distingue la acción del internista de quienes ejercen las "subespecialidades" o "especialidades derivadas" de la Medicina Interna. El subespecialista tiende a concentrarse en solucionar un problema atingente a su subespecialidad y deriva el paciente a otros médicos para resolver problemas clínicos que considere ajenos a su área de experiencia. En cambio, el internista atiende integralmente al paciente y solicita la ayuda de otros especialistas cuando algún problema clínico alcanza una complejidad diagnóstica o terapéutica que haga razonable contar con su mayor experiencia, o requiera una tecnología de su dominio.

La Medicina Interna tiene otra característica, no explícita en esta definición y que la distingue de la Medicina General: intenta incorporar al conocimiento clínico de las enfermedades y a su tratamiento los progresos de las ciencias. Para cumplir con el concepto de "atención integral", a las ciencias biológicas se suman los avances en psicología y en ciencias sociales que contribuyen al propósito integrador.

#### HISTORIA DE LA MEDICINA INTERNA

A fines del Siglo 18 y en la primera mitad del Siglo 19 los centros de influencia de la medicina occidental estaban en países europeos. Para la práctica profesional las opciones principales eran la CLÍNICA MÉDICA y la CIRUGÍA, con fronteras bien identificadas. La clínica médica distinguía entre PATOLOGÍA INTERNA y PATOLOGÍA EXTERNA, cuyas fronteras eran más difusas. La enseñanza y la práctica de la clínica médica se aplicaban al diagnóstico de las enfermedades por sus síntomas y signos físicos, más el conocimiento sobre su historia y evolución natural, y los aportes de la anatomía patológica, que había alcanzado la cúspide de su desarrollo. La terapéutica médica era esencialmente empírica. Para aprovechar en beneficio del enfermo este conjunto formado por la semiología, la historia natural de las enfermedades, su anatomía patológica y el tratamiento médico empírico, eran fundamentales la experiencia del médico, su capacidad de observación (el "ojo clínico" mencionado por A. Castiglioni en su Historia de la Medicina) (4) y su buen juicio. Ello se reflejaba en los textos y en las revistas médicas, cuyos contenidos eran esencialmente descriptivos. Sobre la naturaleza de las enfermedades, sus causas y fisiopatología, se sabía muy poco. Lo que se decía, hacía, escribía y enseñaba tenían mucha subjetividad y poca ciencia.

En la segunda mitad del Siglo 19 progresaron notablemente la bacteriología, la química y la física. Sus descubrimientos empezaron a relacionarse con la clínica médica y nació la medicina experimental, que adoptó el método de las ciencias biológicas. Este proceso cultural causó efectos en Alemania, donde provocó una acción favorable para incorporar a la clínica médica las novedades que ofrecían las ciencias para investigar la naturaleza íntima de las enfermedades, adoptar nuevos recursos tecnológicos que facilitarían o precisarían el diagnóstico semiológico, ensayar nuevos tratamientos y juzgar objetivamente los méritos e inconvenientes de los tratamientos antiguos y los nuevos. Entre los cambios que se produjeron, la fisiología y otras cien-

cias biológicas dieron origen a la fisiopatología. En el ambiente médico germánico nacieron, alrededor de 1880, los términos “Medicina Interna” e “internista”. Una reunión realizada en Wiesbaden, en 1882, se denominó por primera vez “Congreso de Medicina Interna” (Tabla 1). Dos años después la revista médica alemana “Boletín de Medicina Clínica” cambió su nombre a “Boletín de Medicina Interna”, indicándose como propósito difundir lo que la literatura mundial ofreciera en el campo de la Medicina Interna (2).

Tabla 1. Hitos en la historia de la Medicina Interna

1882	Congreso Médico en Wiesbaden, Alemania: “Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin”
1894	La revista “Zentralblatt für Klinische Medizin” cambió su nombre a “Zentralblatt für Innere Medizin”
1901	Texto de medicina de J. von Merin, editado en Jena: “Lehrbuch der Inneren Medizin”
1906	En EE UU de NA se publicó un texto de medicina (Forschheimer) en cuyo título se incluyó el término “Medicina Interna”
1907	Se fundó la revista “Archives of Internal Medicine”, editada por la American Medical Association
1927	Se fundó la revista “Annals of Internal Medicine”, editada por el American College of Physicians (Sociedad Americana de Medicina Interna)
1936	En EE UU de NA se creó el “Board” de Medicina Interna

Apenas una década después, J. von Merin, autor del primer texto que empleó el título de “Medicina Interna”, profetizó el inminente nacimiento de las subespecialidades:

“El territorio de la medicina interna, gracias a la suma de las más variadas disciplinas experimentales, ha alcanzado tal extensión que una sola persona ya no puede abarcar con autoridad todas sus ramas. Solo el investigador tiene competencia para evaluar críticamente la acumulación sin fin de detalles, de modo de poder ofrecer lo mejor a los estudiantes y a los clínicos”.

A comienzos del Siglo 20 el concepto de la Medicina Interna se extendió en Europa y de allí al resto del mundo. Aunque el término “Medicina Interna” no se universalizó, fue adoptado en los EE UU de NA (3).

Hasta la Primera Guerra Mundial, las ciencias y la medicina en Norteamérica se nutrieron con conocimientos y tecnología importados de Alemania y Austria y, en menor proporción, de Inglaterra y Francia. El conflicto bélico hizo sentir a los norteamericanos la importancia de hacerse autosuficientes y el desmantelamiento tecnológico de los imperios de Europa Central causó que el liderazgo científico y médico se trasladara a la ribera occidental del Atlántico Norte, donde alcanzó su cúspide a comienzos de la Segunda Guerra Mundial (3).

En Norteamérica el nombre “Medicina Interna” figuró por primera vez en 1906, en el título de un texto con temas de esta especialidad (Tabla 1). En 1908 empezó a publicarse la primera revista dedicada explícitamente a Medicina Interna y veinte años después se fundó la segunda. En 1936 se creó el “Board” o examen nacional para certificar a sus especialistas. Hace poco más de una década, el *American College of Physicians* adjuntó la aclaratoria de ser la “Sociedad Americana de Medicina Interna” y lo mismo hizo en Chile la *Sociedad Médica de Santiago*, nombre histórico de la Sociedad Chilena de Medicina Interna.

#### EL “FENÓMENO OSLER”

La concepción de la Medicina Interna como un ámbito para relacionar los progresos científicos con la clínica médica tradicional fue captada por médicos notables a fines del Siglo 19 y comienzos del Siglo 20. Su paradigma fue el Dr. William Osler, nacido en Canadá, prestigiado como clínico y docente en la Universidad McGill de Montreal. Se trasladó a los Estados Unidos donde alcanzó gran prestigio y terminó su carrera profesional en la Universidad de Oxford, Inglaterra, distinguido por la corona británica con el título nobiliario de “Sir”.

En 1890, Osler tenía 41 años y era el clínico más destacado en Norteamérica, Profesor de Medicina y Médico Jefe en el Hospital de la Universidad de Johns Hopkins, en Baltimore. Le incomodaba la escasez de textos que mostraran la experiencia de los clínicos norteamericanos y criticaba la forma en que estaban organizados los pocos disponibles, porque se basaban en criterios anatomopatológicos para agrupar enfermedades con naturaleza disímil. Además, repetían conocimientos clínicos clásicos sin considerar las novedades que aportaban las revistas científicas. A uno de esos textos le criticó, por ejemplo, el que negaba que la fiebre tifoidea fuera causada por una bacteria lo que, según el autor, era fruto de la imaginación humana. Eberth, en Alemania, había comunicado recientemente el aislamiento de una bacteria distinta al bacilo coli y que cumplía los postulados de Koch para atribuirle causalidad en la fiebre tifoidea. Pero los médicos norteamericanos –salvo Osler y otros pocos– no leían revistas en idioma alemán ni procuraban sus traducciones.

Osler criticaba también la polifarmacia empírica y basaba sus propios tratamientos en las medidas de higiene y confort del paciente y en su alimentación e hidratación adecuadas, tratando de que la naturaleza y la energía vital del paciente fueran la fuente de su mejoría. Por ejemplo, en sus lecciones sobre fiebre tifoidea, el capítulo dedicado al tratamiento empieza así:

“La profesión médica ha demorado demasiado en aprender que la fiebre tifoidea no es una enfermedad que deba tratarse principalmente con drogas. Una enfermería cuidadosa y una dieta controlada son esenciales en la mayoría de los casos” (5).

Esto lo escribió décadas antes de que se descubrieran los sulfamidados y luego la cloromicetina. Sin embargo, sería difícil desechar esas enseñanzas, aunque en el curso del Siglo 20 se desarrollaron herramientas formidables que han permitido ser más eficientes en la curación y la prevención de las enfermedades.

Estimulado por sus colaboradores y por una gran empresa editorial, Osler escribió su tratado sobre “Los Principios y la Práctica de la Medicina”, donde volcó su experiencia y una recopilación del conocimiento clínico, fisiológico y fisiopatológico de su época. En pocos meses fue el texto más popular en Norteamérica y se extendió al mundo. Osler lo actualizó en 7 ediciones, hasta 1909 (6). Después de su muerte, sus discípulos publicaron hasta la edición N° 16, en 1947, traducida al francés, alemán, español y chino. El libro de Osler reflejó la quintaesencia de la Medicina Interna: el conocimiento médico abarca no sólo las características clínicas de las enfermedades sino también su epidemiología y relaciones con la salud pública, incorporándole los descubrimientos atinentes de la medicina experimental, la microbiología, la bioquímica, etc.

#### LAS SUBESPECIALIDADES DE LA MEDICINA INTERNA

En las primeras décadas del Siglo 20 nacieron una a una las subespecialidades de la medicina interna, ante la necesidad de circunscribir la dedicación de los internistas en ámbitos en que pueden profundizar su experiencia. Esta necesidad se hizo más obvia cuando apareció una tecnología de alta complejidad, que solo puede dominarse dedicándole mucho tiempo. Nadie concebiría en el Siglo 21 a un médico capaz de manejar la endoscopia digestiva, la cardiología intervencional, la ecocardiografía, controlar procedimientos de diálisis extracorpórea y los laboratorios de inmunología y de hormonas. Una gran proporción de internistas se incorporó a este fraccionamiento progresivo del quehacer profesional. Esta proporción ha variado según la época histórica, en países y regiones dentro de un país, influida por las necesidades de la población, la disponibilidad local de tecnología compleja y otros factores económicos y sociales.

#### DESARROLLO DE LA MEDICINA INTERNA EN CHILE

Los grandes clínicos chilenos de la primera mitad del Siglo 20 captaron la concepción de la Medicina Interna en sus visitas a países europeos. Transformaron sus Servicios hospitalarios en escuelas para internistas y, al corto tiempo, estimularon a discípulos destacados para que adquirieran en Norteamérica o en Europa conocimientos adecuados para organizar en Chile las nascentes subespecialidades. Sin embargo, ejercieron su autoridad para que los subespecialistas continuaran desempeñando algunas funciones como internistas generales, al menos en las Cátedras universitarias. Esto aminoró el efecto de la subespecialización prematura y excluyente.

En los Servicios de Medicina de los hospitales docentes (entendiendo por tales a los hospitales universitarios y a los del sistema público en que existen departamentos universitarios y docencia de pre y post título) se instalaron laboratorios de hematología y coagulación, de bioquímica hepática y renal, microbiología y parasitología, inmunología, etc., en que participaban los subespecialistas respectivos y otros profesionales. Esos laboratorios formaban parte del Servicio y ampliaban su labor clínica contribuyendo al diagnóstico de los pacientes y a la investigación clínica. Esta nueva organización emulaba a los cambios ocurridos en Norteamérica y Europa, reflejando la naturaleza de la Medicina Interna.

Una nómina de los “padres de la Medicina Interna en Chile” debería incluir al menos (en orden alfabético) a los Dres. José Manuel Balmaceda, Ricardo Donoso, Exequiel González Cortés, Armando Larraguibel, Ernesto Prado Tagle, Joel Rodríguez, Ramón Valdivieso Delaunoy, Ramón Vicuña Herboso, en Santiago; Eduardo Muñoz Montt, en Valparaíso; y Guillermo Grant Benavente, en Concepción. En ese conjunto resaltarían las personalidades médicas más notables en la primera mitad del Siglo 20: Rodolfo Armas Cruz, Alejandro Garretón Silva y Hernán Alessandri Rodríguez (Figura 1).



Figura 1: Los Drs. Rodolfo Armas Cruz, Hernán Alessandri Rodríguez y Alejandro Garretón Silva, en el Centenario de la Sociedad Médica de Santiago, 1969.

Esos médicos formaron la Medicina Interna en Chile, modelaron la educación médica y marcaron hitos para el progreso del ejercicio profesional. Fueron, además, fundadores de las Sociedades de subespecialistas de su época: Cardiología,

Gastroenterología, Hematología, Reumatología, Nefrología, Infectología, Endocrinología, Diabetología. Sus discípulos las perfeccionaron y las generaciones actuales impulsaron las más nuevas, como la Medicina Intensiva y la Geriátrica.

#### MEDICINA INTERNA: LA RUTA NATURAL HACIA SUS SUBESPECIALIDADES

En países desarrollados la formación de subespecialistas de la Medicina Interna comienza después de su certificación como internistas. Ello se basa en la necesidad de brindar al paciente el máximo beneficio tecnológico y científico disponible, pero protegiéndolo del riesgo que le haría correr la tecnología aplicada por personas que desconozcan la complejidad de los problemas clínicos, que sobrepasa lo científico y tecnológico.

Un desafío que no ha encontrado solución es el equilibrio entre la proporción de internistas y subespecialistas. Las razones para preferir las subespecialidades son varias. Primero, un factor personal: es más cómodo manejarse con problemas clínicos repetitivos, donde las novedades y la tecnología se pueden aprender con rapidez. Segundo, un factor económico: el dominio de una tecnología especializada, para diagnóstico o terapéutica, permite al subespecialista obtener ingresos en menor tiempo. Tercero, un factor económico institucional: el ambiente administrativo privilegia al subespecialista que maneja tecnología y genera ingresos a la institución, sobre el clínico puro, aunque muchas veces sea éste quien decide cuáles pacientes la necesitan. Cuarto, el campo laboral real: las instituciones de salud previsional, que atienden a una proporción importante de la población, contratan muchos subespecialistas y pocos internistas generales; así, en Chile el campo laboral de los internistas generales queda confinado a algunas instituciones públicas (ej: hospitales nivel B), consultas ambulatorias en FFAA y municipalidades, y las consultas privadas. Quinto, un factor social: la cultura pública favorece la concepción de que para cada problema clínico el médico más apropiado es el subespecialista que suponen más relacionado con el problema y recurren a él en primera instancia. Sexto, los programas de formación de internistas privilegian la imagen de los subespecialistas: en las calificaciones finales los becarios deben dar exámenes prácticos con sucesivos subespecialistas, muchos de los cuales les exigen conocimientos similares a quienes terminan una beca en esa subespecialidad. Séptimo, los cursos y congresos organizados por sociedades médicas científicas tienden a enfocarse en los temas novedosos de cada subespecialidad y pocas veces se adaptan a un auditorio de internistas.

El equilibrio internistas/subespecialistas está parcialmente controlado en los países cuyos sistemas de salud exigen que para acceder a la atención por subespecialistas debe haber una solicitud de referencia extendida por un internista o médico general. Si quisiéramos aplicar una legislación similar en nuestro país, deberíamos contar primero con información precisa sobre la proporción de consultantes cuyos problemas pueden ser resueltos por internistas (7) (En el mismo número de *Annals of Internal Medicine* indicado en la referencia 7 se publicó un suplemento sobre "El futuro del generalismo en Medicina").

## EVOLUCIÓN DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA INTERNA.

La naturaleza de la Medicina Interna y su rol en el progreso de la ciencia y el arte médicos son los mismos desde que se conformó esta especialidad. Pero en las últimas décadas hemos vivido cambios en el ejercicio de la Medicina Interna y sus subespecialidades, en los recursos tecnológicos y la forma en que los médicos adaptamos nuestro quehacer profesional.

En la década 1960-1970, era frecuente que los Servicios de Medicina Interna atendieran jóvenes de 18 años con enfermedad reumática activa y carditis grave, varones de 40 años con úlcera duodenal perforada o sangrante, mujeres con insuficiencia renal aguda por septicotemia por *Clostridium perfringens*, secundaria a aborto provocado. Y, en el verano, pacientes de ambos sexos con fiebre tifoidea.

Cuarenta años después la situación es diferente, entre otras razones porque la expectativa de vida de la población ha aumentado. La mediana de edad de los pacientes hospitalizados ha crecido progresivamente: en 1986 bordeaba los 50 años; en 1993 estaba en los 60 y en 2006 se acerca a los 70. En los hospitales públicos las camas suelen estar ocupadas por ancianos con patología múltiple y el deterioro general propio de la senectud. Este panorama enfría el entusiasmo de estudiantes y médicos jóvenes por aprender una especialidad en el ambiente hospitalario, pero podría encontrarse un equilibrio razonable perfeccionando la atención secundaria ambulatoria, adaptándole la docencia de pre y post-título.

Otro cambio importante se vivió en la distribución horaria del trabajo. Hace 40 años era habitual que los médicos (no solamente los internistas, sino en todas las especialidades) emplearan sus mañanas, de lunes a sábado, en un hospital público o docente (entendiendo por hospital docente a los que pertenecen a las universidades y a los del sistema público en que existen departamentos universitarios) en Santiago y Concepción, y en los hospitales locales en otras ciudades. En las tardes se contrataban, con horarios limitados, en otras instituciones: FFAA, el extinto "Sermena" (Servicio Nacional de Empleados), municipalidades, mutuales etc. La práctica privada de los internistas tenía horario variado y muchos dedicaban las tardes enteras al ejercicio profesional independiente. En materia de clínicas y hospitales privados, su disponibilidad de camas de hospitalización y espacios para consultas ambulatorias eran restringidos, de tal modo que con frecuencia se atendía en un hospital público a beneficiarios de otras instituciones y a pacientes privados. Mucha tecnología emergente fue adquirida primero por los hospitales docentes, donde los especialistas aprendieron a manejarla. Por varios años la diálisis extracorpórea estuvo disponible solo en hospitales docentes, como lo fueron los trasplantes de riñón, la cirugía cardíaca y la circulación extracorpórea. El prestigio de los hospitales docentes y su atractivo para los médicos jóvenes no tenían parangón en otras instituciones.

Actualmente la dedicación de los médicos en los hospitales públicos ha declinado, trasladándose a los hospitales de otras instituciones y a clínicas privadas que se multiplican, crecen en tamaño y recursos tecnológicos, son ahora las primeras en

importar tecnología que renuevan continuamente, brindan condiciones ideales para que los subespecialistas practiquen sus procedimientos e, incluso, les permiten organizar actividades de difusión y perfeccionamiento profesional. Estos cambios han modificado el interés de muchos médicos en desmedro de los hospitales públicos. En los hospitales docentes también ha disminuido la dedicación horaria de especialistas y subespecialistas que encuentran mejores recursos tecnológicos en otras partes, con una remuneración más satisfactoria. Así ha crecido el número de especialistas que trasladaron su ejercicio profesional por completo a clínicas privadas; otra proporción de médicos interrumpieron la regularidad de la jornada en los hospitales docentes y comprometieron al menos un día de la semana para otras instituciones. Esta situación se da en todas las especialidades de la medicina. En el caso de la Medicina Interna, ha modificado el ambiente académico en los centros hospitalarios que sostienen los programas de formación de especialistas.

Otro cambio notorio en las últimas décadas está en que el ejercicio privado de la profesión ha declinado. Hace 40 años el internista atendía su consulta como profesional independiente, a veces instalándola en su domicilio; si la compartía con otros médicos, lo hacía con especialistas ajenos a la Medicina Interna. Este estilo, denominado por los norteamericanos "solo practice", está en declinación, particularmente en las grandes ciudades y podría desaparecer. En la actualidad los médicos tienden a formar grupos con otros de la misma especialidad o con subespecialidades afines. En Alemania, Norteamérica y otros países, estos grupos médicos otorgan un sistema de cobertura en que los profesionales se reemplazan mutuamente durante las vacaciones, asistencia a congresos, fines de semana y ausencias por otros motivos. Otra proporción de médicos renunció al ejercicio privado de su profesión para contratarse como empleados de entidades prestadoras de atención en salud.

Hace 40 años, en Chile teníamos tres Escuelas de Medicina. Hoy tenemos veinte, en su mayoría en formación y sus campos de docencia clínica se han extendido a hospitales públicos de la periferia de las grandes ciudades, los hospitales de las FFAA, consultorios municipales y clínicas privadas. Analizar este nuevo panorama de la educación médica en Chile escapa al propósito de esta conferencia.

La Medicina Interna ha estado obviamente inserta en los cambios de la medicina y la educación médica en nuestro país. Probablemente se ve más afectada que otras especialidades, sobre todo en lo que atañe a la educación médica de pre-título porque mundialmente se le reconoce un rol protagónico en la formación clínica de los estudiantes de medicina.

#### MENSAJE FINAL:

La evolución de la Medicina Interna y el rol del internista en nuestra sociedad, tiene causas complejas; algunas vienen de fuera de la profesión médica, muchas fueron inevitables y probablemente todas son universales. En lugar de rechazar una realidad porque la sentimos ajena a nuestra historia y a nuestras preferencias, debemos estimular la calidad de la formación del internista y su vocación durante este

período crucial. Necesitamos dar ejemplos que motiven a los jóvenes para elegir entre una carrera profesional como internista o en una subespecialidad. Si se hacen subespecialistas, que su formación previa haya sido sólida y les permita conservar la capacidad y el interés por atender a sus pacientes con el criterio amplio y el propósito integrador que son característicos de la Medicina Interna.■

## REFERENCIAS

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española, Vigésimo Segunda Edición, 2001. Editorial Espasa-Calpe S.A., Madrid.
2. Bean Wb. Origin of the term "Internal Medicine". N Engl J Med 1982; 306: 182-3.
3. BEESON Pb. One hundred years of American Internal Medicine. A view from the inside. Ann Intern Med 1986; 105: 436-44.
4. CASTIGLIONI A. Historia de la Medicina. Salvat Editores S.A., Barcelona-Buenos Aires, 1941, pág 857.
5. Osler's Textbook Revisited. A McGehee Harvey and Victor McKusick, Editors. Appleton-Century-Crofts, Meredith Publishing Co., 1967, pág 99.
6. OSLER W. The Principles and Practice of Medicine. D Appleton and Co. New York, 1892.
7. LARSON EB, ROBERTS KB, GRUMBACH K. Primary care, Generalism, Public Good: Déjà vu? Again! (Editorial). Ann Intern Med 2005; 142: 671-4.

## COMENTARIOS

AC. CUBILLOS. Felicito al Dr. Humberto Reyes por su documentada y didáctica conferencia, sobre la cual me permito hacer algunas consideraciones.

A propósito de la definición de Medicina Interna, el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland (1966), dice que es la "rama de la Medicina que trata de las enfermedades que no pueden ser tratadas quirúrgicamente."

Desde este punto de vista y también lingüístico, el concepto de Medicina Interna actualmente es anacrónico. Fue comprensible en la época prelisteriana, cuando al cirujano le estaba vedado penetrar al interior del cráneo, del tórax y del abdomen para resolver patologías de sus correspondientes vísceras, por el grave riesgo de complicaciones sépticas, con frecuencia mortales.

En esta perspectiva, el médico "internista" trataba de solucionar los problemas internos de órganos intracavitarios en forma no invasiva, y los problemas externos, que afectaban a la superficie corporal, los órganos superficiales y las extremidades, eran del resorte del cirujano. Aún, a comienzos del siglo XIX, se hablaba de la Patología Interna, que era del dominio de la Medicina y de la Patología Externa, que correspondía a la Cirugía. A modo de ejemplo, cito el libro "Manual de Patología Externa" del Profesor E. Fogue, en el que se estudiaba Cirugía.

Hoy, esta diferencia ha perdido sentido, ya que el cirujano puede entrar a todas las cavidades corporales y el médico "internista" considera en su ejercicio al individuo en su totalidad, incluyendo, por cierto, los problemas que afectan los tegumentos, los órganos superficiales y las extremidades.

En consecuencia hoy debiera hablarse -primaria y unitariamente- de Medicina, en forma simple, agregándose el nombre de la especialidad que sirve a cada uno de los aparatos o sistemas, atendida por equipos multidisciplinarios.

AC. FERRER. Felicito al Dr. Reyes por su excelente presentación. En relación a la definición que hiciera el Dr. Reyes pensé cuál era el papel que le correspondería a la neurología. Cuando me inicié en la neurología lo hice con dos maestros muy importantes, el Dr. Brinck y el Dr. Lea Plaza, quienes nos orientaron fundamentalmente hacia la neuropsiquiatría, los que éramos alumnos de ellos no sabíamos si éramos neurólogos o si éramos psiquiatras y después se agrega el Dr. Roa que hace psiquiatría y lleva a algunos de nosotros al hospital psiquiátrico a trabajar. Pero después en mi estada en el extranjero me di cuenta que el neurólogo estaba íntimamente relacionado con la medicina interna y ahí nació mi interés por muchas enfermedades que no había tomado en cuenta, por ejemplo, todas las enfermedades del colágeno y su relación con el sistema nervioso, los trastornos hepáticos, etc. Es la especialidad más integral y más difusa también porque es como una cabeza de medusa que se extiende dentro de la medicina interna y hacia la psiquiatría. Hace 20 años cuando llegué al Hospital del Salvador me di cuenta que no había neuropatología y fue una lucha casi mortal con el Dr. Concha para crear el laboratorio de neuropatología, porque se cumplía el concepto de ese precioso libro de Foucault "El Nacimiento de la Clínica". No hay más clínica que la anatomía patológica, ahí se inicia la clínica, no antes y con el tiempo de esta transparencia de la anatomía patológica se llega a una inanología tremendamente desarrollada, a la neuroquímica y a la bioquímica en general y hoy día a la biología molecular, obviamente eso lleva a una superespecialización. Hoy me sorprende que un neurólogo, en un reciente congreso internacional, dijera yo soy neurólogo de músculo, me pareció ridículo, puede que se tenga una especial inclinación de la totalidad neuropsiquiátrica que se proyecta a toda la medicina interna y se proyecta a la psiquiatría, pero no puede ser un neurólogo de músculo como se autodenominan, eso es más bien grotesco. Esto pasa en la fragmentación total y lapidaria para la medicina interna como él la concibe, pero lo general va quedando en unos cuantos dinosaurios que se están perdiendo, incluso en las distintas especialidades.

AC. VALDIVIESO. Me ha parecido excelente la revisión que hizo el Dr. Reyes respecto de la medicina interna. Quisiera hacer algunas reflexiones sobre un punto que él analizó en profundidad y que es este del equilibrio entre la medicina interna y sus subespecialidades. En la definición que él propuso la palabra clave, como lo hizo ver, es la atención integral y es eso, me parece a mí, lo que los residentes de medicina interna siguen aprendiendo en sus programas. Una vez que casi inevitablemente un internista que sale de un programa universitario, se dedica a una subespecialidad, uno puede en forma bastante rudimentaria, dividir su futuro porque hay subespecialistas que de ahí en adelante se convierten en tecnólogos de su sector y de su disciplina y otros en cambio siguen siendo clínicos. Creo que lo que distingue a los internistas de hoy, cualquiera que sea la subespecialidad que hayan elegido, es que continúan dando la atención integral del paciente. De modo que a mi manera de ver, no es que los internistas hayan desaparecido, están ejerciendo sus habilidades clínicas de manera integral dentro de algunas de las disciplinas, en esas mismas disciplinas se codean todos los días con personas que son fundamentalmente técnicos de esas disciplinas y que se dedican a algún procedimiento o tratamiento especializado, y a eso dedican la mayor parte de su tiempo y de sus esfuerzos. Esa situación corre el riesgo de llevar a una simplificación muy conveniente para los alumnos y es que, recién egresados, en vez de formarse como internistas se formen directamente como subespecialistas. A mi juicio si eso no ha sucedido, ha sido fundamentalmente por el rol que ha jugado la Asociación de Facultades Medicina y CONACEM en esa materia; porque ambas instituciones mantienen a la medicina interna como un prerrequisito, como un programa indispensable para poder entrar a una especialidad derivada. Sé de muchos alumnos que terminando sus estudios de pregrado quisieran que ese prerrequisito desapareciera, porque en el pregrado han perdido la oportunidad de entenderlo en profundidad.

Quería resaltar en esta materia la responsabilidad que les cabe a los servicios públicos y privados en salud, lo que ha sucedido con el internista, además de los muchísimos y muy buenos argumentos que mencionó el Dr. Reyes, es que ha perdido un nicho ecológico que se le debiera haber otorgado y que el Dr. Reyes definió como el paso del servicio de medicina indiferenciado de un hospital al centro de referencias de salud, que hoy día existe, donde debiera haber internistas no subespecializados que vieran los problemas del adulto que vienen de la atención primaria. Eso no se ha concretado, existe como esquema desde 1990 en el Ministerio y se han creado centros de referencias de salud pero no cuentan con internistas; porque en la práctica encontrar un internista es muy difícil, no hay gente que quiera dedicarse a eso mientras no se les cree un nicho ecológico que les permita ejercer la medicina interna en su totalidad, en forma digna y suficientemente remunerada. Lo mismo sucede en el sector privado que prefiere crear programas para recién egresados como médicos generales, pero no crea los programas necesarios para quienes dominan la medicina interna desde un punto de vista integral. Hay una situación actual, coyuntural que ya lleva varios años que es de carácter no solamente técnico, para nosotros clínicos, sino que también político y es en lo que esta Academia probablemente podría influir.

AC. CRUZ-COKE. Felicito al Dr. Reyes por su excelente presentación, también desde el punto de vista histórico de la medicina interna. Quisiera complementar esta excelente confidencia agregando algunos datos históricos de la crónica que yo viví, debido a mi antigüedad en esta Academia, me tocó vivir precisamente con los grandes fundadores de la medicina interna en Chile, los grandes Maestros Drs. Garretón, Alessandri y Armas Cruz, trabajé con ellos, en la comisión de docencia de la Facultad en 1948, entonces yo presencié la discusión entre Alessandri y Garretón con los viejos Maestros Prado Tagle y González Cortés, ellos querían hacer una única cátedra de medicina, entonces ellos juntaron las cuatro cátedras que existían en los años 30; las cátedras de Semiología, de Patología, Clínica Médica y Terapéutica. Alessandri era profesor de Semiología, Garretón era profesor de Patología, Valdivieso era profesor de Terapéutica y Prado Tagle era profesor de Clínica Médica. La Unificación de la medicina en estas cuatro cátedras fue fundamental para el desarrollo de ésta.

AC. ARMAS. Agradezco al Dr. Reyes porque ha sido una conferencia audaz en un tema difícilísimo de abordar. Creo que el problema de los límites de la Medicina Interna no tiene solución, no se ha terminado de escribir, no sé adónde va a llegar. Osler aparece como el modelo del inicio y siempre se dice que el padre de la medicina interna fue Osler, pero Osler hacía sus autopsias a domicilio, era parte de su oficio terminar con la autopsia, entonces no usaba la anatomía patológica, la hacía él. Era una medicina interna muy distinta a la que estamos entendiendo nosotros y él enseñaba anatomía patológica. Luego al poco tiempo vinieron las especialidades derivadas ¿y dónde quedaba el límite? Siempre miré como una actitud llena de paradojas la que tenía mi papá que creaba especialidades derivadas y amaba la medicina interna, había una asimetría; él creía en el médico internista, era médico internista, manejaba con mucho orgullo su calidad de no especialista, sin embargo creaba y estimulaba el desarrollo de los especialistas. Eso ocurría en todas partes. Respecto al alcance que hizo el Dr. Ferrer sobre la Neurología, llegó a tanto que en el Hospital San Juan de Dios había esmero que no fuera a haber un Servicio independiente de Neurología porque debía ser parte de la medicina interna y ese es un punto de vista que sostuvo el Dr. Parrochia con mucho entusiasmo, que yo veía que era insostenible en el tiempo y que iba a tener que saltar la neurología, porque ya estaba ocurriendo en otras partes. Viene después el desarrollo de la medicina general, el médico de la atención primaria, el médico del consultorio y éste es un internista. ¿O debería tener una formación especial para médico general que no abordara toda la medicina interna? Se perdió la identidad de la medicina interna; se disgregó entre la subespecialidad, el

médico general, y el American College of Physicians hizo una tremenda campaña por recuperar el prestigio de la medicina interna. La campaña fue rarísima porque publicaron en todas las revistas de vida social de Estados Unidos fotografías de una persona mirando un teléfono con un dial “si usted alguna vez usó uno de estos es hora que vea su internista”, “si usted usó alguna vez una de estas” y mostraban una máquina de escribir con teclado, es hora de que vea a su internista, etc. Es decir se iba confundiendo la medicina interna con la geriatría. El resultado de esta situación es que hoy día no hay docentes para la medicina interna, nadie quiere enseñar medicina interna, porque nadie quiere que lo distraigan del endoscopio, del catéter, de las máquinas. Nosotros tenemos grandes problemas para encontrar docentes y si pedimos un cargo para desarrollar nuestra disciplina de subespecialidad, se nos dice que no porque se privilegian los cargos a los residentes que quieren dedicarse a medicina interna, y ellos quieren dedicarse a la medicina interna mientras consiguen entrar a una especialidad derivada, es una forma de quedarse en el sistema. De manera que la pérdida de la identidad es un gran problema. En alguna medida hemos visto que los médicos que se han mantenido en medicina interna y que no han entrado a alguna especialidad se les va deformando su oficio y se van poniendo médicos dedicados a la “rarología”. Quizás la solución va a estar en mantener la formación integradora de la medicina en todos los especialistas, crear un carácter del médico internista que más que una disciplina sea una forma de abordar la medicina y que estén todas las especialidades derivadas, que sea un muy buen internista ese nefrólogo; que sea un muy buen internista ese cardiólogo; y que ese cardiólogo y nefrólogo por seguridad integradora sea diferente a las otras especialidades. Esto entra en pugna con la organización de los servicios y esta organización en el área pública y en el área privada apunta mucho más a la eficiencia que al carácter integrador o que a la vocación, o que a la relación médico-paciente. A todas esas características que uno quisiera que tuviera el médico internista.

Creo que es un tema en el que estamos a mitad de camino y en algunos años más me gustaría nuevamente escuchar una conferencia sobre la medicina interna.

AC. CASSORLA. Una reflexión, Dr. Reyes, en el sentido de que lo que usted alude como los desafíos de la medicina interna, desgraciadamente se dan en una serie de otras especialidades madres. Por ejemplo, la Pediatría es casi un calco, es decir, cuántos pediatras generales tenemos y cuánto subespecialistas tenemos que practican más bien procedimientos y técnicas y no tienen esta formación integral. En ese sentido lo que el Dr. Reyes ha mencionado sobre la medicina interna es enteramente aplicable a la especialidad que yo practico y otras que están acá representadas, va más allá de la medicina interna, es un problema mucho más complejo y más macro. Creo que en esto la Academia tiene una misión: el concepto de defender la formación integral de los profesionales y como dijo el Dr. Valdivieso, se transformen en verdaderos médicos integrales dentro de su especialidad, que curiosamente son aquellos que habitualmente destacan, son aquellos médicos subespecialistas que con una formación integral, que les ha permitido ver al paciente –sea un niño, sea un adulto– en forma más completa y no perder la formación tan básica, la que tanto ASOFAMECH, como CONACEM y presumiblemente la Academia tiene que defender. El bastión de defender las especialidades derivadas como derivadas de una especialidad madre, tiene una importancia fundamental por lo que ya se ha aludido. Los ejemplos que tenemos en el resto del mundo, en el cual esto no ocurre, son trágicos. Cuando nosotros vemos colegas de países a veces vecinos que se han transformado por ejemplo en diabetólogos, sin haber sido jamás internistas, ni pediatras u otro tipo de especialista, realmente el manejo puede ser terrible. En esto hay una misión de nosotros como Academia en decir que hay un concepto fundamental macro importante, en el cual no se puede transar; el médico especialista tiene que venir de un tronco común, tiene que tener una visión integral del paciente y de ahí podría derivar a un subespecialista con visión

integral. Tenemos que defender este concepto, este principio filosófico porque de alguna manera la evolución de la medicina chilena tiene algunos riesgos, en que esto en un futuro no tan distante podría no ocurrir y lamentablemente eso va a tener un enorme impacto sobre la atención de nuestros pacientes.

AC. VALDIVIESO. Respecto del tema que trata el Dr. Cassorla, reitero mi solicitud a la Academia para elaborar algo en defensa de la medicina integral y quiero recordar que en la ley que recientemente apareció de acreditación de la calidad de la enseñanza superior, no sólo la medicina queda como obligatoria o como una carrera que requiere de una acreditación sino que también lo quedó el postítulo. De modo que hoy día a través de ese instrumento legal nosotros podemos seguir defendiendo una estructura para los postítulos en medicina, lo que no es un detalle.

AC. FERRER. Pregunté qué es esto de la geriatría, dónde está la cátedra de geriatría, me dijeron tal cosa no existe, pero corresponde al concepto de atención integral, estamos preparando geriatras como médicos de familia. La población tiene muchos viejos que atender pero yo encuentro que la geriatría es un absurdo, porque o es cardiología, o es neurología, o es urología y finalmente los enfermos que tienen afecciones de tipo degenerativo terminan en el neurólogo y no en el geriatra. De manera que da la impresión que tanto en el hospital militar, como en otras universidades están formando geriatras y esto sería una atención integral al viejo. Me parece absurdo como selección dentro de patologías, porque no creo que puedan hacerse cargo de extremas patologías de esas tres especialidades que mencioné.

AC. MARTA VELASCO. He sido muy adicta a la medicina interna y he tratado de mantener el interés de los alumnos y de los jóvenes por la medicina interna, creo que estamos casi vencidos porque hay muchos intereses. Primero lo que señala el Dr. Ferrer que como la población ha ido envejeciendo la medicina interna está siendo hecha por los geriatras y creo que hasta cierto punto, pueden ser más o menos jóvenes, la gente que se atiende necesita un director de orquesta y eso es lo que eran los internistas de antes que resolvían los problemas que podían resolver y ocasionalmente mandaban a sus pacientes a los especialistas. En la medida que ha avanzado la medicina tienen que seguir existiendo estos orientadores porque la gente muchas veces va equivocadamente en primera instancia a un especialista, si fueran o existieran para el público los internistas, no habría tanta equivocación en cuanto a quién deberían dirigirse y uno debiera darle a eso la debida importancia. Cuando yo converso con los becados no quieren dedicarse a la medicina interna por dos razones, una es la económica que me parece muy importante a considerar, porque si hubiera a nivel de las universidades, de los hospitales clínicos, cargos con remuneraciones adecuadas para la medicina interna, creo que habría mucha gente que se sentiría conquistada porque la medicina interna estimula mucho más el interés, pero no existen esos cargos, entonces la gente se inclina por una especialidad que le va a dar un procedimiento o le va a asegurar una determinada clientela que no surge a través de la medicina interna. Desgraciadamente el papel de lo que se llamaba el médico de familia ya prácticamente está desapareciendo y la gente necesita tener un referente, desgraciadamente uno ve que hay un desconcierto y el público no sabe y no tiene a quién preguntarle qué hacer. Por esta razón siento que hay algo que no es recuperable, que habría que dar una lucha muy importante para volver a situar y a darle la importancia de lo que se llamaba antiguamente el médico de familia.

AC REYES. Gracias por sus comentarios. No tengo ningún punto de divergencia, quiero resaltar sí la concordancia absoluta con lo que comentaron los Drs. Valdivieso, Armas, Cassorla y parte de lo que dijo la Dra. Velasco, en ese sentido es que debe lucharse por un propósito

integrador durante el período de formación de los médicos en las especialidades básicas de la medicina; más allá de la medicina interna puede pasar lo mismo en obstetricia y ginecología, en psiquiatría, etc., que los médicos en ese período capten y queden empapados para el resto de su carrera profesional del rol del médico integral, preocuparse integralmente y, llegado el momento de la subespecialidad, no marginarse y dejar toda posibilidad de contacto con el paciente en aquello que no le sea de su estricta incumbencia.

Quisiera decirle al Dr. Ferrer que entiendo muy bien el esquema que él planteó; la especialidad primaria como núcleo del cual irradian como rayos las subespecialidades, pero nunca deben perder la relación con el núcleo de origen, pero no usar como ejemplo la cabeza de medusa, yo por vocación prefiero que diga un sol con sus rayos que brillan.

Ac. Goic. La especialización y subespecialización no sólo en medicina constituyen un fenómeno imparale. Es muy difícil acotar el campo de la medicina Interna en términos específicos. Talvez, lo importante en el internista es una actitud especial respecto de la relación médico-paciente, más integral y cercana al enfermo que en otras especialidades. El Dr. Francis Peabody en 1927 acuñó la expresión *caring physicians* (difícil de traducir en español) y distinguió con claridad la diferencia entre tratar y cuidar (*to take care*) a un enfermo. Al internista le corresponde ser un *caring doctor*.

Agradezco al Dr. Reyes su interesante conferencia y a los señores y señoras Académicos su asistencia.



## LA EDUCACIÓN EN CONCEPCIÓN DESDE EL SIGLO XVI HASTA LA CREACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN<sup>1</sup>

DR. CARLOS MARTÍNEZ G.  
Académico Correspondiente

*La ciudad yerma en gran silencio atiende...*  
(La Araucana, Canto VIII)

INTRODUCCIÓN: Este trabajo no es una historia de la educación, sólo puede aspirar a ser una modesta crónica.

En lo fundamental se trata de una relación cronológica de los hechos, incidentes y acontecimientos ocurridos en Concepción referentes especialmente a la Educación desde el siglo XVI hasta la fundación de la Universidad de Concepción.

Está destinado, en parte, a rescatar una información algo difícil de obtener y con ciertas posibilidades de perderse.

He constatado, con preocupación, la pérdida de importantes documentos.

En lo que se refiere a la Universidad de Concepción, es el diario *El Sur*, el principal testimonio de la historia de nuestra Universidad y de la Memoria Colectiva.

Deseo, además, que este trabajo sirva de inspiración a otros que pudiesen continuar esta tarea inicial.

Mientras París ha tenido una catedral en 800 años, Concepción ha tenido siete en la mitad de ese tiempo. Cada cien años nuestra ciudad de Concepción fue borrada de la faz de la tierra. A los terremotos, agréguese los incendios y saqueos de los indígenas. Sin embargo, Concepción sigue existiendo, sigue viviendo y seguirá viviendo. La ciudad yerma en gran silencio atiende. Así ha permanecido Concepción: yerma, en gran silencio a la espera de los espíritus creadores que saquen a la luz los tesoros de su significación y de su trayectoria metropolitana. La existencia del hombre se desenvuelve en una permanente tensión entre su pasado y su futuro. Así como la memoria es la base de la personalidad individual, la tradición es la personalidad colectiva de un pueblo, nos enseña Unamuno.

En los últimos años del siglo XVI y del siglo XVII sólo existían en Concepción las pequeñas escuelas de los conventos en las que se enseñaba a los niños la doctrina

---

<sup>1</sup> Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 6 de diciembre de 2006.

cristiana, lectura y escritura. Otro tanto pasaba en Santiago, donde los padres de familias más acomodadas solían mandar a sus hijos a estudiar a Lima.

Más o menos cuatro años después de haber establecido su residencia en Concepción los Jesuitas, en 1617 y durante el gobierno de Alonso de Ribera, el padre Luis de Valdivia organizó un colegio. Los estudios superiores del Seminario tenían carácter universitario y los jóvenes podían optar a los grados de Bachiller, Licenciado, Maestro o de Doctor en las Facultades de Filosofía y Teología. Las principales personas de la ciudad se apresuraron a mandar a sus hijos al nuevo colegio. Don Alonso de Ribera envió a su hijo Jorge y el Maestre de Campo Álvaro Núñez de Pineda envió a su hijo Francisco Núñez de Pineda y Bascuñán, autor del libro "Cautiverio Feliz". El Colegio Jesuita había cobrado importancia.

El Obispo Dionisio Cimbrón y Portillo, de la orden de San Bernardo, avecindado en la ciudad en 1656, en una carta al Rey, reiteraba la necesidad de la creación de una Universidad en su Diócesis, pero nuevamente se frustró.

En 1716, el Obispo Juan de Nicolalde, empeñado en la formación del clero y en la educación de la juventud de su diócesis, inicia nuevas gestiones para crear un Seminario y una Universidad y por Real Cédula de Felipe V se autoriza la fundación de un Seminario y el Convictorio de "San José", con cursos de filosofía, teología y moral.

Posteriormente, un breve del Papa Gregorio XV y de la Real Cédula del Rey Felipe V daban vida a la Universidad Pencopolitana Realis et Pontificia, empezando a funcionar en 1724 hasta 1767 con iguales atributos que la de Manila, Charcas, Chuquisaca (hoy Sucre, en Bolivia). Durante los 43 años de su existencia, tuvo doce rectores, siendo el primero el padre Ignacio Arcaya (1724-1727) y el último, el padre Francisco Javier Tapia (1765-1767). Egresaron alumnos famosos y entre los graduados penquistas figura el Dr. Antonio Rodríguez Venegas, quien fuera rector de la U. de San Felipe. El abate Molina, creador de la Historia Nacional Chilena. Y entre los historiadores: Miguel de Olivares, Pedro de Córdoba, Felipe Gómez de Vidaurre.

El único diploma de doctor que se conserva de la U. Pencopolitana se encuentra en la Catedral de Santiago. Este curioso diploma está redactado en latín, fechado el 28 de noviembre de 1731, otorgado a don Manuel Alday, que alcanzó la dignidad de Arzobispo de Santiago.

La U. Pencopolitana que por múltiples razones debió llevar una vida precaria y pobre, tuvo que morir el 26 de agosto de 1767, fecha en que se dio cumplimiento, en Concepción, a la Real Cédula de Carlos III que determinó la expulsión de los Jesuitas de todos sus dominios.

Así pues terminó esta Universidad que alcanzó a florecer con un puñado selecto de graduados, pero que tuvo la legítima honra de ser la tercera en aquel tiempo en el país y la más austral del mundo. Si no logró crecer, evolucionar y mantenerse, culpe-se a los tiempos y no a los hombres<sup>2</sup>.

Con posteridad a 1767 se produce un largo silencio cultural. Pero a fines del siglo XVIII, llega a la ciudad como asesor del Intendente don Ambrosio O'Higgins, un joven muy culto e inteligente, don Juan Martínez de Rozas y Correa, quien fue maestro de la juventud pencona en las nuevas ideas, un educador de próceres como: Freire, Prieto, Bulnes, Benavente.

Las guerras de la Independencia traen sobre la ciudad y la región un largo calvario de diez años (1813-1823), hasta que el Director Supremo don Ramón Freire, decreta crear, sobre un hacinamiento de ruinas y malezas, en que estaba convertido Concepción, en 1823, un Instituto Literario, para educar a la juventud penquista.

#### DEL INSTITUTO LITERARIO AL LICEO DE HOMBRES N° 1 DE CONCEPCIÓN

Chile acababa de romper las cadenas que lo ataban a la dominación española. Pero tan grande y tan noble como la Independencia material es la espiritual. Fue con fecha 20 de junio de 1823 que el gobierno dictó un decreto de carácter general por el cual ordenaba fundar Institutos en Santiago y en las ciudades de La Serena y Concepción.

Juan de Dios Rivera, intendente de Concepción, dio decreto de fundación de una casa pública para toda clase de personas en el Convento de los Mercedarios con fecha 9 de agosto de 1823, en calle Castellón entre Maipú y Freire, conservándose un muro (declarado Monumento Nacional). Con dicha fecha se celebra el aniversario de nuestro Liceo. En la actualidad, vemos nuevamente en este muro la placa recordatoria, perdida durante ocho años, colocada y reinagurada el 9 de agosto del 2006 y que dice:

*El coronel de Baltasar de Setmenant, Maestre de Campo General del reino  
y corregidor de Concepción, 1770-1771, puso la primera piedra  
del Convento de La Merced bajo estos muros.  
Por disposición del Director Supremo General Ramón Freire y  
a iniciativa del Intendente de la Provincia General Juan de Dios Rivera,  
abrió las puertas al amparo de sus claustros el Instituto Literario 1823-1835,  
que fue el origen del Liceo de Hombres N° 1 y*

<sup>2</sup> La primera universidad en Chile fue la de "Nuestra Señora del Rosario", llamada también Pontificia de Santo Tomás de Aquino, que funcionó en el Convento de la Orden de Santo Domingo con privilegios pontificios conferidos por Paulo V el 11 de marzo de 1619 y por pase Regio de Felipe IV el 6 de septiembre de 1624. Se otorgaba grados de Bachiller, Licenciado y Doctor en Arte, Filosofía y Teología. La primera graduación se efectuó en 1622. Se extinguió al crearse la Universidad de San Felipe.

La segunda universidad fue la de San Miguel, llamada Universidad Pontificia de la Compañía de Jesús de Santiago de Chile, con privilegios de Gregorio XV, el 8 de julio de 1612 y Felipe IV de 1622. Sus antecedentes, actividades y fecha de extinción son similares a la primera.

*donde funcionó la primera Biblioteca Pública de la ciudad.  
En este mismo sitio nació la prensa de Concepción  
al generarse e imprimirse aquí el primer periódico del sur de Chile:  
“El Faro del Bío Bío, 1833 – 1835, creación conjunta del Rector  
del Instituto Literario, presbítero Pedro Nolasco Caballero, y  
del médico francés Luis Boché, su primer director.*

Instituto Conmemoración Histórica - 1974

Continuando con la historia del Instituto Literario, los años siguientes a su fundación fueron de una enorme agitación pública en Concepción y en todo el país, afectando la marcha del Instituto. El profesor Pedro Fernández Garfias propuso la creación de un Curso de Gramática Castellana, Filosofía y Derecho Civil. El curso se inició con gran éxito, pero tuvo una breve existencia.

Lamentablemente el terremoto de 1835 echó por tierra gran parte de la labor realizada y algunos profesores continuaron la enseñanza en forma particular. El Instituto Literario se reorganizó oficialmente el año 1838.

En 1845 es nombrado rector del Instituto el antiguo y distinguido profesor don Vicente Varas, uno de los hombres más ilustrados de la ciudad. Terminaba así el desfile de rectores religiosos y comenzaba el de rectores laicos.

En 1851 comenzó a funcionar en la manzana que actualmente ocupa el Liceo de Hombres. Desgraciadamente un nuevo golpe hirió al Instituto, la Revolución del 13 de septiembre de 1851, teniendo especial participación en este hecho el General José María de la Cruz, Intendente de Concepción. El Instituto fue convertido en cárcel, por lo tanto, clausurado desde el citado 13 de septiembre hasta los primeros días de marzo de 1852.

El 17 de enero de 1865 llegaba el señor Francisco Fierro Talavera en momentos decisivos para la marcha del establecimiento. En su período se produjo un hecho trascendental para la época, al crearse en 1865, en forma oficial, el Curso Fiscal de Leyes, anexo al establecimiento. Egresaron distinguidos jurisconsultos, muchos de ellos actuaron después con brillo, como políticos, estadistas y destacados personajes del foro y magistratura nacional. Don Javier Villar, profesor del Curso de Leyes del Liceo de Concepción fue nombrado Rector de este establecimiento el 10 de abril de 1888.

Retomando la vieja idea de la Universidad Pencopolitana, el señor Villar solicitó del Gobierno de Balmaceda la Creación de una Universidad para Concepción. El Gobierno aprobó la idea de establecer en el Liceo una Universidad con todas sus facultades. Desgraciadamente la sangrienta Guerra Civil de 1891 frustró este hermoso proyecto.

El 4 de noviembre de 1895 se designó rector al Sr. Temístocles Rojas con apenas 28 años de edad; teniendo que sostener una lucha tenaz por la no supresión del

Curso de Leyes del Liceo que en Consejo de Ministros se había acordado suprimir y que tenía en aquella fecha 30 años de existencia<sup>3</sup>.

Don Pedro Nolasco Cruz Silva fue nombrado Rector por el Ministerio de Instrucción Pública con fecha 1 de noviembre de 1909 y se encontró con el edificio en condiciones deplorables. Por lo tanto, lo más importante en su período fue la construcción del nuevo edificio del Liceo, con la ayuda del Intendente don Gregorio Burgos, solicitándole a éste el 15 de marzo de 1910 que el nuevo edificio pudiese contar con dos secciones para establecer un curso de farmacia y un curso de dentística, gestión que no tuvo éxito por dos razones: una derivada de las autoridades y la otra por los profesionales de farmacia y de odontología. Éstos se declararon enemigos de la proposición de Cruz; acreditando con esto una vez más que el centralismo echaba por tierra el sentido anhelo de este rector visionario.

Pero otras contrariedades amenazaron la cultura de Concepción en 1914: se suprimió el curso de italiano, varios cursos de preparatoria y humanidades. Y se clausuró el hermoso Museo de Concepción, por una mal entendida economía del nivel central.

El 22 de septiembre de 1915 acaeció el sensible fallecimiento de don Pedro Nolasco Cruz Silva. Venía de regreso de Santiago después de presentar con éxito a su grupo de scouts en el desfile del 19 de septiembre. Falleció en el tren frente a Rancagua. Sus funerales se efectuaron el 24 de septiembre de 1915, en Concepción.

Cuatro semanas más tarde del fallecimiento de don Pedro Nolasco, se supo que sería designado rector del Liceo don Enrique Molina (a los 44 años de edad). La opinión pública estaba contenta con esta nominación pues se sabía del buen prestigio del Sr. Molina como profesor en Chillán y rector en Talca. Sus actuaciones lo señalaban como un educador destacado y pensador original.

Los liceos por aquellos años ocupaban la más destacada posición en el sistema educacional chileno y en particular, el Liceo de Hombres de Concepción. Rectores y profesores eran ciudadanos considerados e influyentes dentro de sus comunidades.

#### Otros colegios del siglo XIX

- Liceo de Niñas
- Seminario Conciliar

---

<sup>3</sup> Interesante resulta mencionar la creación de "El Ensayo" por los alumnos del Liceo de la Academia Literaria el año 1899, siendo presidente de la Academia Literaria don Armando Larraguibel. Para terminar el año escolar el Ateneo "El Ensayo" ofreció una sesión solemne leyendo don Armando Larraguibel su trabajo titulado "El realismo del arte".

Además se debe hacer especial mención al interesante estudio leído por Oscar Fontecilla titulado "Tres grandes revoluciones". Tanto el joven Armando Larraguibel como don Oscar Fontecilla, estaban llamados a triunfar más tarde, predicción que se cumplió. Ambos estudiaron Medicina. El Dr. Larraguibel fue decano de la Facultad de Medicina de la U. de Chile y el 26 de octubre de 1964 en la sesión constitutiva de nuestra Academia de Medicina, fue elegido como su primer presidente. El Dr. Fontecilla, como médico llegó a ser el primer profesor de Psiquiatría, separando la Neurología de la Psiquiatría. Reemplazó el nombre del antiguo Manicomio Nacional por Hospital Psiquiátrico. Además creó la Sociedad Chilena de Neurología y Psiquiatría.

- Concepción College
- Colegio Padres Franceses o los Sagrados Corazones
- Colegio del Sagrado Corazón
- Escuela Normal de Preceptoras
- Colegio Carmela Romero Espinosa
- Colegio de la Inmaculada Concepción
- Casa de la Providencia de Concepción
- Colegio Salesiano
- Liceo "Eloísa Urrutia"
- Instituto Técnico Comercial
- Escuelas Talleres de don Bosco
- Colegio de Los Escolapios

#### CREACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Situémonos en el año 1914: la Primera Guerra Mundial ha estallado y el incendio bélico se propaga por todos los continentes. Entre 1914 y 1917, la cultura del viejo mundo se autodestruye y perece entre las llamas la Biblioteca de Lovaina. En Concepción se prepara una verdadera cruzada para una conquista, para encender una antorcha de ciencia. Los tiempos no pueden ser más adversos.

El principal centro impulsor de la creación de un plantel universitario en Concepción fue el Liceo de Hombres, en ese momento a cargo de don Enrique Molina y un prestigioso cuerpo docente. Pero también había otro grupo formado principalmente por médicos, cuyo inspirador era un hombre extraordinario: el Dr. Virginio Gómez.

Virginio Gómez era un visionario, pero al mismo tiempo se afirmaba en realidades tangibles: si el Estado no atendía a la obtención de estas finalidades esenciales, correspondería a la comunidad realizar el esfuerzo. El Dr. Gómez recordaba seguramente que desde el comienzo de la Independencia de nuestro país la educación de la juventud de nuestra ciudad y del Maule al sur siempre había quedado postergada. Existía un sentimiento típico en nuestro medio de liderar un movimiento de oposición contra los privilegios de la capital, sentimiento, yo diría, que persiste hasta la actualidad.

Era necesaria la formación de una elite de ciudadanos ilustres que resolviera los problemas existentes y aquellos que se vislumbraban hacia el futuro. Virginio Gómez, siendo masón, dictó una Conferencia, en el mes de marzo de 1917 en su logia, con el objeto de buscar apoyo para la fundación de un Hospital Clínico y una Universidad e invitó además a un grupo de sus amigos y médicos a una reunión en el Club Con-

cepción el 17 de marzo de 1917. El tema a tratar sería la construcción de un Hospital Clínico y Universidad para Concepción. Exigía la participación solidaria de todos los habitantes de Maule al sur. Los asistentes a esta primera reunión se autoconvocaron para una semana más tarde, es decir, el 23 de marzo en la Municipalidad. El regidor don Javier Castellón da bienvenida al Comité y designa como presidente de la Asamblea a don Enrique Molina, que en ese momento entraba a la sala. El Sr. Molina acepta la designación y considera que el ambiente es propicio para gestionar el proyecto de la creación de un Hospital Clínico y una Universidad para Concepción, considerándolo viable, a pesar de las dificultades económicas. Enseguida habló el Sr. Samuel Guzmán García, expresando que: *“Adelantándonos un poco podemos declarar que deseamos que la Universidad de Concepción sea autónoma, completa y moderna, con personalidad jurídica; por tanto, capaz de adquirir derechos y contraer obligaciones, estar facultada para recibir legados y disponer de patrimonio propio. En esta forma no será un gravamen para el Estado y podrá subsistir con vida propia y vigorosa, con independencia del poder central”*. Con estas palabras queda claro que fue el primero en la Asamblea en proponer la creación de una Universidad privada para Concepción, que sería la primera en Chile y probablemente en América Latina<sup>4</sup>.

El modelo de Universidad que esbozó el Sr. Guzmán se apartaba de la idea del Estado docente y es el gesto más notable de su intervención.

Enseguida disertó extensamente el Dr. Virginio Gómez, señalando que ya era oportuno realizar la idea que tuvieron hace cincuenta años los que crearon el Curso Fiscal de Leyes en el Liceo. Su intervención fue muy destacada y escuchada. Después intervino el Sr. Enrique Molina refiriéndose a la actividad con que se proseguían los trabajos de construcción del nuevo edificio del Liceo, base de la futura Universidad.

Debido al interés demostrado por su excelencia el Presidente de la República, señor Sanfuentes, se ha dictado el decreto por el cual se ordenaba construir un pabellón por calle Caupolicán. En vista de estas consideraciones, el Sr. Molina, propuso a la sala se enviara un telegrama de agradecimiento al Presidente de la República.

Juan Luis Sanfuentes acogió con simpatía la idea de crear la Universidad de Concepción, pero en 1917 regía el régimen parlamentario y la decisión estaba en manos del Parlamento. Según los parlamentarios, existían múltiples problemas más importantes para el país y sólo aprobó su estatuto en mayo de 1920.

#### LOS PRIMEROS CONTRATIEMPOS

El Sr. Abaraim Concha, venerable maestro de la Logia “Paz y Concordia” N° 13 en la sesión del 28 de marzo de 1917, hace presente ante los miembros de su Logia el peligro que esta idea tendría para la enseñanza nacional (ref. Enrique Guzmán Concha).

---

<sup>4</sup> La primera universidad particular creada en Chile fue la Universidad Católica el 21 de junio de 1888, bajo directa tuición de la Iglesia Católica y Confesional. Comenzó a funcionar en 1899 con un curso de derecho.

La proposición de un diputado conservador, el Sr. Salas Edwards, quien presentó el proyecto de la creación de cuatro universidades con el fin de hacer fracasar las buenas iniciativas.

Otro opositor a este proyecto fue don Enrique Oyarzún, ex alumno del liceo de Hombres de Concepción, senador por Concepción, con discípulos y amigos en Concepción, quien convocó a una reunión en el Centro de Propaganda Radical, en Santiago, a fin de demostrar que la creación de la Universidad de Concepción sería innecesaria y perjudicial; respondiéndole el Dr. Gómez, en un extenso artículo en el diario El Sur, con datos estadísticos muy precisos. Además responde al Sr. Oyarzún, el Dr. Oscar Fontecilla en una interesante conferencia en el Centro Radical de Santiago.

Una carta enviada desde Santiago por don Claudio Vidal en la que se explica al público penquista las razones por las que en algunos círculos de la capital ha surgido una oposición a la idea de crear una Universidad, puesto que una Universidad más, significaría una nueva fábrica de profesionales y no un centro de cultura desinteresada.

A pesar de todo esto, continúan las actividades del Comité con gran éxito y con la especial participación del Dr. Virginio Gómez y de don Enrique Molina y el 16 de junio de 1918 se tiene la noticia que el Sr. Molina ha sido comisionado por el Gobierno para visitar universidades en los Estados Unidos.

Los primeros días de septiembre de 1918 fue designado como presidente subrogante del Comité don Virginio Gómez, teniendo una destacada actuación.

En la sesión del 16 de octubre de 1918, presidida por el Dr. Virginio Gómez, se acuerda dictar los cursos universitarios de Dentística, Farmacia, Química Industrial y Pedagogía en Inglés para el próximo año 1919. Se avanza rápidamente y el 17 de marzo de 1919, Virginio Gómez ordena la iniciación de dichos cursos, con gran éxito y sin esperar respuesta de aprobación de Santiago y en ausencia de don Enrique Molina.

El 8 de agosto de 1919 regresa don Enrique Molina recibiendo numerosas manifestaciones de profesores y alumnos de la comunidad y de la Universidad naciente.

A fines de marzo de 1920, el Comité ofreció una manifestación de despedida a los señores Virginio Gómez, Aurelio Lama y Germán Spoerer con motivo de su alejamiento al extranjero por algún tiempo.

El 14 de marzo de 1920, se dictó el decreto 1.038 del Ministerio de Justicia que concede personalidad jurídica a la U. de Concepción.

Al regreso el Dr. Virginio Gómez participó en el Directorio de la U. de Concepción hasta el año 1924 - 1925, dice don Ignacio González, fecha en que abandonó Concepción y se traslada a Valparaíso. Allí ejerció su profesión por muchos años con gran prestigio. Ingresó como médico de los barcos de la Cía. Sudamericana de Vapores. Vuelve a Chile y a su regreso tuvo el encargo de estudiar la alimentación de los obreros de las minas de carbón.

El 14 de julio de 1944 dictó una Conferencia en el salón de Honor de la Universidad de Chile, titulada: "Suelo y Mar, Fuentes de la Alimentación Chilena". Fue un homenaje de respeto al Dr. Virginio Gómez y dedicada a su excelencia el presidente de la República don Juan Antonio Ríos Morales (Conferencia publicada por la U. de Chile).

Alcanzó tanta notoriedad que la FAO lo designa asesor con residencia en Chile, cuando frisaba los 70 años. Durante el decenio 1945-1955, pudo visitar a menudo a Concepción. En noviembre de 1955 fue operado por el Dr. Ignacio González de una vesícula patológica, evolucionando favorablemente hacia una mejoría espectacular<sup>5</sup>.

Viajando a bordo del vapor "Alondra", desapareció frente a Corral, la noche del 1º de enero de 1956.

La presencia del Dr. Virginio Gómez fue indispensable en el momento preciso que el destino le fijó, como también habría de ser indispensable la presencia de ese otro hombre de espíritu suave, abierto, conciliador, pero de no menos poderosa personalidad que fue don Enrique Molina Garmendia para encauzar los destinos de la Universidad.

Don Enrique Molina ha tenido gran reconocimiento.

Don Virginio Gómez, el gran olvidado.

Don Samuel Guzmán García, el ideólogo: ignorado.

Termino con una cita de Pablo Neruda:

"Una nación está llena de ojos extinguidos,  
de palabras que no se oyen,  
de sentimientos que ardieron y se apagaron.

Todo es una continuidad.

El que no la siente, es como aquél que  
al borde de un río

solo viera sus márgenes, sin alcanzar  
el remoto origen de su nacimiento".

## BIBLIOGRAFÍA

1. Historia de Concepción 1550-1970. Fernando Campos Harriet. Academia Chilena de la Historia. Editorial Universitaria.

---

<sup>5</sup> Tuve el honor de atenderlo profesionalmente a solicitud del Dr. Ignacio González, efectuando examen clínico y electrocardiograma, junto con el Dr. Ivar Hermansen. Padecía de una Cardiopatía Coronaria y el e.c.g. reveló un bloqueo de rama izquierda de tercer grado. Al alta se le indicó Peritrate y Trinitina. Con el objeto de argumentar lo expuesto, solicité a estadística del Hospital Clínico Regional la Historia Clínica, pero fueron incineradas todas las de más de 20 años.

2. Real Audiencia de Concepción 1565-1573. Academia Chilena de la Historia. Santiago de Chile. 1992.
3. Concepción en el Centenario Nacional. 1810-1910. Vicente Ossa F., Abraham Serrato y Fanor Contardo P. Concepción. Litografía e Imprenta J.V. Soulodre y Cía. 1910.
4. Biblioteca de Autores Españoles. Colección Ribadeneira. Real Academia Española. Historia de Chile desde su descubrimiento hasta el año 1575, compuesta por el capitán Alonso de Góngora Marmolejo.
5. Crónica del Reino de Chile, escrita por el capitán don Pedro de Mariño Lobera, dirigida al excelentísimo Sr. Don García Hurtado de Mendoza, Marqués de Cañete, Vicerrey y Capitán General de los Reinos del Perú y Chile, reducido a nuevo método y estilo por el Padre Bartolomé de Escobar, de la Compañía de Jesús.
6. El libro de la Provincia de Concepción. Historia de Concepción. Talleres Gráficos de "El Imperial". Santiago de Chile. 1944.
7. Historia de la Diócesis de Concepción. Reinaldo Muñoz Olave. Fundación Alemana para el Desarrollo. Instituto de Historia. Universidad Católica de Chile. 1973.
8. Guillermo Cox Méndez. Obras Escogidas. Imprenta Barcelona. Santiago de Chile. 1892.
9. Libro de Oro de Concepción. IV Centenario 1550-1950. Carlos Oliver Schneider. Francisco Zapata Silva. Litografía Concepción S.A. Concepción. 1950.
10. Lo que ha sido el vivir (Recuerdos y Reflexiones). Enrique Molina. Imprenta Universidad de Concepción. 1974.
11. Respetable Logia "Paz y Concordia" N° 13. Crónica Histórica 1883-2003. Recopilación realizada por Secretario "Paz y Concordia" N° 13. Q. H.: Maximiliano Díaz Soto.
12. Historia de la Casa de la Providencia de Concepción. Santiago de Chile. Imprenta de la Revista Católica. 1903.
13. Crónica Fundacional de la Universidad de Concepción. Miguel Da Costa Leiva. Ediciones Universidad de Concepción. 1917-1920. Editorial Lagos. Santiago de Chile.
14. Historia de la Educación en Chile, desde la conquista hasta 1983. Dirección de Investigación. Universidad de Concepción. Tomo II.
15. Historia de la Civilización de Araucanía. Tomás de Guevara. Tomo II. Arauco Español. Santiago de Chile. Imprenta, litografía y encuadernación Barcelona. 1902.
16. Concepción en la Primera Mitad del Siglo XX. Museo Histórico Nacional. Fernando Campos Harriet.
17. El Siglo en que Vivimos, Chile: 1900-1999. Carlos Orellana. Editorial Planeta Chilena S.A. 1999.
18. Breve Historia del Liceo de Concepción, Fernando Casanova Herrera. Municipalidad de Concepción – Universidad de Concepción. 1997.
19. El Instituto Literario de Concepción. 1823-1853. Reinaldo Muñoz Olave. Santiago. Imprenta de Chile. 1922.
20. El Liceo de Concepción. Desde sus orígenes hasta nuestros días (Apuntes para su Historia). Carlos Soto Ayala. Soc. Imprenta – Litografía "Barcelona". Santiago-Valparaíso. 1915.
21. Enciclopedia Temática de Chile. Biblioteca Ercilla. Tomo 17. Historia de Chile. Alvaro Arriagada Norambuena. Guillermo Bravo Acevedo. Carmen Norambuena Carrasco. 1979.
22. Historia de Chile. Francisco A. Encina.
23. La Masonería en el Valle de Concepción. Carlos Oliver Schneider. Editorial "Paz y Concordia". Concepción. 1930.
24. Anales del Instituto de Chile. Vol. XXIV/N° 2. Estudios. La Educación Superior en Chile. Santiago 2005.
25. La Educación de América Española, en Chile y en Concepción: Siglo XVI al XIX (Breve Introducción Histórica). Jorge Fuenzalida Pereyra. 1974. (Dactilografiado)
26. Breve Historia de la Universidad de Concepción. Jorge Fuenzalida Pereyra. 1974. (Dactilografiado)
27. "Medio Siglo de Tradición Universitaria", 23 de marzo de 1917 al 23 de marzo de 1967. Jorge Fuenzalida Pereyra. (Dactilografiado)
28. La Lucha por la Lotería. 1920-1932. Dactilografiado. (No figura autor)
29. La Universidad en la América Española. (Dactilografiado)
30. Desde la Mesa Directiva, segunda sesión del Comité Ejecutivo el 27 de marzo de 1917 hasta la formación de los Estatutos de la Universidad de Concepción (Jorge Fuenzalida Pereyra). Dactilografiado.

31. Todo Penco. 1550-2001. Marco Valdés López. Cuaderno del Bío Bío. Universidad de Concepción. Universidad del Bío Bío. Municipalidad de Penco. 2001.
32. Las Monjas Trinitarias. Angel Palomera Navarro. Cuadernos del Bío Bío. Universidad de Concepción. Universidad del Bío Bío. Municipalidad de Concepción. 1999.
33. Las Monjas Trinitarias de Concepción 1570-1822. Relato Histórico. Reinaldo Muñoz Olave. Santiago de Chile. 1918.
34. Alonso de Rivera. Gobernador de Chile. Fernando Campos Harriet. Cuadernos del Bío Bío. Universidad de Concepción. Universidad del Bío Bío. Municipalidad de Concepción. 1999.
35. Historia de Concepción. Siglo XIX. Cuadernos del Bío Bío. Arnoldo Pacheco. Municipalidad de Concepción. Universidad de Concepción. 1996.
36. Pedro de Valdivia. El Fundador. Augusto Vivaldi Cichero. Municipalidad de Concepción. 1995.
37. Historia de Concepción. Conquista y Colonia. Leonardo Mazzei de Grazia. Municipalidad de Concepción. Universidad de Concepción. 1995.
38. Ideales. Semanario de Arte y Actualidades. Concepción. 14 de agosto de 1915 al 3 de febrero de 1916.
39. Desarrollo de la Anatomía en Concepción. Enrique Solervicens C. Dr. Virginio Gómez González (1919). Anales Chilenos de Historia de la Medicina Año VI. Vol. II. 2°. Semestre de 1964. Páginas 77 – 9.
40. Terceras Jornadas de Historia de la Medicina. Instituto de Chile. Academia Chilena de Medicina. Universidades Chilenas durante la Colonia. Dr. Jaime Pérez Olea. Páginas 33 y 7. Santiago de Chile. 1993.
41. ATENEA. Ciencia. Arte y Literatura. 465-466. Universidad de Concepción. Chile. Una de las Universidades más Antiguas del Mundo. Bernardino Bravo Lira. Páginas 325 –28. 1992.
42. El rol de las Universidades en el desarrollo sociocultural de las regiones del país. Roberto Escobar Sáez. Informe final del proyecto de investigación realizado entre abril de 1985 y agosto de 1987, en la Universidad de Chile.
43. Asamblea del 23 de marzo de 1917. Dactilografiado. (Copia fiel del documento original)
44. Apuntes recibidos por el Comité (Pro Hospital Clínico – Universidad de Concepción). Dactilografiado. Copia fiel del documento original.
45. La Obra de Virginio Gómez. Carlos Martínez Gaensly. Opinión diario El Sur. 24 de junio de 2003.
46. La Universidad de San Felipe. ¿Cuándo se iniciaron los estudios médicos en Chile? Dr. Claudio Costa – Casaretto. Revista Médica de Chile. Vol. 110. N° 10. Octubre 1982.
47. El Dr. Virginio Gómez. Fernando Campos Harriet. Jornadas de Historias de la Medicina. Instituto de Chile. 1989. Páginas 73 – 81.
48. Suelo y Mar. Fuente de la Alimentación Chilena. Dr. Virginio Gómez. Santiago. Prensa de la Universidad de Chile. 1944. (Homenaje de respeto al Dr. Virginio Gómez. Dedicado a su excelencia el Presidente de la República don Juan Antonio Ríos M.)
49. Cautiverio Feliz y razón individual de las guerras dilatadas del Reino de Chile. Editorial Universitaria.
50. Cautiverio Feliz. Francisco Núñez de Pineda y Bascañán. Edición crítica de Mario Ferreccio Podestá y Raissa Kordic Riquelme. Universidad de Chile. Seminarios de Filosofía Hispánica. Facultad de Filosofía y Humanidades. Santiago de Chile. 2001.
51. Diario El Sur de Concepción. 4 – 7 – 14 de enero y 18 – 24 – 25 – 28 y 31 de marzo de 1917.
52. Diario El Sur de Concepción 3 – 5 – 12 – 15 – 18 – 20 – 22 – 24 – 28 – 29 de abril de 1917.
53. Diario El Sur de Concepción 10 – 15 – 23 – 24 – 27 – 28 de mayo de 1917.
54. Diario El Sur de Concepción 1 - 7 – 11 – 17 – 18 – 19 – 31 de junio de 1917.
55. Diario El Sur de Concepción 7 – 16 – 19 de julio de 1917.
56. Diario El Sur de Concepción 5 – 9 – 16 de septiembre. 1 - 4 – 10 – 11 y 25 de octubre de 1917.
57. Diario El Sur de Concepción 24 de diciembre de 1917.
58. Diario El Sur de Concepción 11 de enero, 4 – 5 – 6 de febrero, 10 – 13 – 29 de mayo, 4 – 16 y 28 de junio de 1918.
59. Diario El Sur de Concepción 13 – 14 – 20 y 26 de enero, 1 - 14 – 21 de febrero, 16 y 19 de marzo, 2 de abril. 1 - 6 de junio de 1919.

60. Diario El Sur 1 - 3 de enero. 4 - 26 de marzo de 1920 y 16 de mayo de 1920.
61. Diario El Sur 5 - 6 - 10 y 15 de enero de 1956.
62. La Gaceta del diario El Sur 26 de mayo de 1974.
63. Diario El Sur 31 de agosto de 1980.
64. Cuando llegó el Maestro. Ernesto Boero Lillo. Revista Atenea N° 251. Páginas 158-70. Mayo 1946.
65. Clase Inaugural "Dr. Virginio Gómez" por el Dr. Ivar Hermansen 6 de abril de 1956. Atenea N° 370. Páginas 266 - 73. Abril 1956.
66. Semblanza del Dr. Virginio Gómez. Discurso pronunciado por el Dr. Ignacio González G. Sociedad Médica de Concepción. Marzo 1956. Atenea. N° 370. Página 273 - 80. 1956.
67. Homenaje al Dr. Virginio Gómez. Dr. Ivar Hermansen. Boletín Academia Chilena de Medicina. N° 27. 1986-87
68. La Gaceta del diario El Sur de Concepción 9 de diciembre y 30 de diciembre de 1973.
69. El Terrorismo Alemán en Bélgica. Narración basada en los documentos. Arnold J. Toynbee. Londres. 1917.
70. La Gaceta del diario El Sur 16 de diciembre de 1973.
71. La Gaceta del diario El Sur 30 de diciembre de 1973.

## COMENTARIOS

AC. GARCÍA DE LOS RÍOS. Felicito y agradezco al Dr. Martínez su hermosa presentación. Todos los que fuimos alumnos de la Universidad de Concepción nos acordamos de la frase de su himno que dice "por el desarrollo libre del espíritu universitarios arriba de pie". Yo fui alumno suyo de semiología en el año 1949 y usted me enseñó a examinar el corazón. Pienso que se ha rendido un homenaje muy merecido a la Universidad de Concepción dada la forma en que usted lo ha presentado.

AC. CASANEGRA. Agradezco al Dr. Martínez esta excelente conferencia de la ciudad del Dr. Carlos Martínez, de la profesión médica, Profesor, médico de los ricos, médicos de los pobres, un hombre excepcional, ha sido muy interesante. Al pasar, él menciona el asesinato de Sarajevo, ¿qué tiene que ver?; y sí tiene que ver porque mi papá estaba en Austria para el asesinato. Los que eran de origen Serbio tenían que ir a combatir con el ejército Austriaco y en vez de combatir contra su gente, se fue a Estados Unidos y terminó en Chile, y lo digo porque veo que hay una similitud en la descripción. Muy bien documentada y fascinante su conferencia Dr. Martínez.

AC. NORERO. Dr. Martínez ha sido un agrado escuchar su conferencia siendo yo una mujer de la Universidad de Chile, desde el principio me sentí muy bien y realmente admiro muchísimo lo que ha significado la Universidad de Concepción para el desarrollo del país. Quisiera destacar en este momento la observación que usted ha hecho sobre la falta de interés en nuestro país por la mantención del patrimonio del país, simplemente por dejación. No puedo dejar de nombrar aquí el triste episodio de la quema de libros reciente que se ha producido en la Universidad de Chile. A esta misma hora hay una ceremonia en la Universidad de Chile en que se está solicitando a los académicos cooperar con un libro para recuperar parte del acervo, probablemente no de la categoría de lo que se ha quemado. Es una circunstancia bastante importante en que cada uno de nosotros podamos cooperar con la Universidad, que forma parte del conjunto de todas la universidades que están haciendo patria.

AC. LÓPEZ. Además de agradecerle al Dr. Martínez esta hermosa clase de historia de un historiador, porque él ha descubierto lo que ha mostrado, quiero hacerlos reflexionar sobre cuáles son los procesos que llevan a la creación de instituciones y creo que son exactamente los mismos de hace 100 años que ahora. Cada vez que hay iniciativas que aparentemente alteran las estructuras algo rígidas del momento, crean suspicacias y dificultades por lo que

hay que luchar para convencer de que es necesario un cambio. De manera que esta enseñanza del proceso creo que nos sirve a todos para enfrentar desafíos, que tenemos muchos, y que tenemos que utilizar las muy buenas estrategias que nos mostró el Dr. Martínez.

AC. DÖRR. Me sumo a las felicitaciones por la conferencia del Dr. Martínez. Tuve la oportunidad de trabajar como docente entre los años 67 al 70 en Concepción y pude apreciar la calidad de la docencia y también la asistencia e investigación en esa universidad y el esfuerzo que significa para cada uno mantener este nivel. La Universidad de Concepción demoró 200 años en desarrollarse desde sus orígenes remotos. Todas las cosas en provincias cuestan mucho. El Dr. Martínez nos mostraba las ruinas del liceo de hombres, un edificio maravilloso que en 60 años no han logrado restaurar. Lo mismo ocurre con otros edificios como el teatro Pencopolitano, una maravilla de edificio. Cuando yo estuve en el año 67 y los años siguientes se empezó una campaña por restaurar el teatro y todavía no se hace, esto es un proyecto que está en veremos. Sé que falta dinero y el entusiasmo o el centralismo santiaguino se queda con la mayor parte de la tajada. Concepción ha sido hecho con el esfuerzo. Uno puede apreciar documentadamente lo heroica que fue la historia de nuestro país y particularmente de Concepción, que era su límite. La cantidad de incendios, guerras, traiciones, que ustedes se pueden imaginar, todo se levantaba para ser destruido. Hoy día ha tenido un desarrollo urbanístico notable y desde los 90 se ha ido convirtiendo con mucho brío en una ciudad moderna.

AC. ROSSELOT. Me adhiero a las felicitaciones al Dr. Martínez. Él nos trae, a pesar de una historia antigua, una mirada nueva que nos permite hacer unas referencias a cómo hoy día se aprecia Concepción. Creo que es muy distinto de lo que nos había contado sobre el siglo pasado y para concretar lo que estoy diciendo, pienso que hay tres cosas que habría que recordar. Una es la historia de la Sociedad de Cardiología en la que tiene participación el Dr. Martínez y que fue realmente notable y en la cual esta Sociedad reconoció los aportes que Concepción, su grupo y especialmente el Dr. Martínez estaban haciendo en esa disciplina. Un hecho muy reciente que es el reconocimiento que se ha dado a la Universidad de Concepción pero, también a su Facultad de Medicina, con la reelección del Dr. Octavio Enríquez como Presidente de ASOFAMECH y el papel que el Dr. Enríquez y la Facultad de Medicina de Concepción, de alguna manera han hecho también un aporte sustancial y perfectamente reconocido hoy día. Además, en el próximo mes se realiza un congreso internacional sobre educación superior y que seguramente también la parte de educación en medicina va a tener mucho relieve. Primera vez que este congreso se hace y justamente en Concepción. Estos tres elementos nos hacen plantear de que si bien es cierto Santiago sigue todavía siendo la capital de Chile, pero hay progresivamente un reconocimiento a valorar a las regiones y Concepción es un ejemplo notable.

AC. CRUZ- COKE. Felicito al Dr. Martínez por su importante conferencia en que ha introducido numerosas nuevas contribuciones al mejor conocimiento del desarrollo de la historia médica de Concepción, desde el siglo XVI. Creo que es tan importante que solicito que el texto del trabajo del Dr. Martínez pueda ser publicado "in extenso" en el Boletín de la Academia. Hay que decir también que nosotros en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en la década de los años 20, hicimos grandes esfuerzos para ayudar a Concepción, En el fondo, la Universidad de Concepción fue fundada con el apoyo de importantes profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que fueron para allá, como el Dr. Noé. Quería destacar esa conciencia de la Facultad en los años 20 de querer apoyar una Facultad de Medicina en la Universidad de Concepción.

AC. PARROCHIA. Felicitaciones al Dr. Martínez por su exposición, que es una investigación histórica que él realizó. Entre las cosas que en este país se pierden, se destruyen y se olvidan no quiero dejar de recordar que la Universidad de Chile tuvo hace algunos años la suerte

enorme de tener cuatro sedes lo que le daba una capacidad inédita de escoger los mejores programas formativos y de competir entre esas cuatro sedes. Eso se perdió, se clausuró. Desgraciadamente el Dr. Martínez no ha investigado lo ocurrido en este caso, yo le sugiero que sea su tarea próxima, porque hasta este momento todavía no hay una explicación posible a lo que yo considero que es un crimen de lesa patria.

MONS. AC. PIÑERA. Quiero contar una anécdota sin ninguna trascendencia. El año 1927 yo tenía 12 años y era alumno de tercero humanidades en un liceo de París y se abrió la puerta de la sala de clases y entraron dos personajes altos de muy buena figura, uno de ellos era el rector del liceo y nos dijo que visitaba el liceo un ilustre intelectual de Chile, de Sudamérica, por si alguien no sabía, el Sr. Enrique Molina. El profesor del curso, que me conocía, dijo Sr. Rector aquí tenemos en el curso un alumno chileno; entonces don Enrique Molina pidió conocerme y yo le dije mi nombre y me preguntó no será usted hijo de mi condiscípulo del liceo de La Serena don José Manuel Piñera; le contesté, sí soy hijo de él, me dio un gran abrazo, me pidió la dirección de mi padre para visitarlo y efectivamente unos días después vino a casa. Quiero hacer notar que ya en aquel entonces el rector de la Universidad de Concepción era recibido en París en un liceo fiscal como un personaje.

AC. GOIC (Presidente). Quisiera agregar que este es un país talvez demasiado joven como para ser devoto de sus tradiciones o de sus costumbres. Hay reacciones cargadas de pasiones y que ponen toda suerte de dificultades o de crítica antes de que las cosas se hagan. Encuentro muy notable que se haya planteado la creación de una universidad privada, en una época en que predominaba claramente la idea del Estado docente. Lo mismo ocurrió cuando se fundó la Universidad Católica en Santiago, para sus inspiradores deben haber sido momentos muy difíciles para llevar a cabo sus iniciativas. Tampoco respetamos mucho las tradiciones. Siempre me ha llamado la atención de por qué la Universidad de Chile se echa un siglo al bolsillo cuando se habla de su antigüedad, probablemente por el gran rechazo que en la época había hacia los españoles con motivo de procesos de independencia. Tengo un hermano que fue profesor en la Universidad de Michigan y le toco participar en una ceremonia, en que participan universidades de todas partes del mundo; iban en la fila ordenados de acuerdo con la antigüedad en la Universidad y a él le tocó el 215, estaba muy enojado, porque se dijera que la Universidad Chile fue creada en el siglo XIX y no el siglo XVIII. De ser así habría estado en el lugar 8 entre las universidades más antiguas del mundo. Me contaba que estaba la Universidad de Praga bajo el régimen comunista y sin embargo ellos reconocían la fecha de su fundación de esta universidad en pleno régimen capitalista. Otro ejemplo es el Museo Nacional de Medicina: realmente no logro entender cómo hasta ahora no tenga un lugar propio, un lugar establecido; hablo de un lugar adhoc donde pudiera ser visitado por la comunidad. Hace muchos años cuando estaba en el Decanato, un amigo era profesor en el King's College en Londres, le dije visita el museo de medicina en Londres y me traes los folletos para que veamos cómo está organizado; me trajo un libro que se acababa de publicar. En el Reino Unido hay 98 museos de medicina y nosotros no hemos sido capaces de tener uno bien organizado. De tal manera que todo lo que sea indagar en la historia y recordar a las generaciones presentes cómo se gestaron algunos hechos, como lo ha relatado tan brillantemente el Dr. Martínez, me parece un aporte muy importante que ojala golpee la conciencia de quienes tienen el poder para resolver estos asuntos que son tan importantes para el país. Le reiteramos Dr. Martínez nuestras felicitaciones y nuestros agradecimientos por esta estupenda conferencia que nos ha brindado.

PANORAMA ACTUAL DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN CHILE<sup>1</sup>.

DR. ALEJANDRO GOIC G. Y DR. RODOLFO ARMAS MERINO  
Academia Chilena de Medicina

INTRODUCCIÓN: La docencia médica formal en el Chile independiente se inició en 1833 en el Instituto Nacional, un centro educacional del Estado, responsable en esa época tanto de la educación media como superior (1) y, luego, fue trasladada al Hospital San Juan de Dios, el más antiguo del país<sup>2</sup>. La Universidad de Chile, que fue creada diez años después, incorporó a la Escuela de Medicina que ya tenía su propia trayectoria y algún grado de madurez. Durante casi noventa años la enseñanza médica estuvo radicada en forma exclusiva en la Universidad de Chile hasta que, en 1924, se creó una Escuela de carácter privado, la de la Universidad de Concepción y, en 1929, se puso en marcha una segunda, la de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ambas Escuelas estuvieron durante varias décadas bajo la supervisión de la Universidad de Chile antes de alcanzar su plena autonomía.

Hasta mediados del siglo XX, fueron notas distintivas de la enseñanza médica su desarrollo en sólo tres Escuelas muy profundamente enraizadas con la medicina asistencial del Estado y el ingreso selectivo de alumnos en un número relativamente reducido.

Desde los orígenes de la República se confundieron los intereses de la salud de la población con el quehacer médico universitario (2). Esta peculiar vocación del mundo médico académico por la medicina pública permite entender que los profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile en un momento, hayan tomado conciencia que la docencia médica se había ido convirtiendo en una enseñanza de sólo conocimientos, desvinculada de la práctica clínica.

Por eso es que, en 1943, llevaron a cabo una Reforma de los Estudios Médicos (3, 4) para lograr una enseñanza más activa y descentralizada. Entre otras modificaciones curriculares, la innovación más importante consistió en utilizar para la docencia los campos clínicos que ofrecían algunos hospitales públicos de la capital, creando en ellos Cátedras universitarias. Así, universidades y sistema asistencial se complementaban: las primeras empleaban para la enseñanza los hospitales públicos, crean-

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en XVII Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, de España y Portugal (ALANAM). Bogotá Colombia, 23-25 febrero 2006.

<sup>2</sup> En 1738 se decretó la fundación en Santiago de la Real Universidad de San Felipe, la que fue instalada en 1756. Tenía 5 Facultades, incluida la de Medicina. La Universidad de San Felipe es la antecesora de la Universidad de Chile, establecida en 1842.

do en ellos un ambiente de estudio y desarrollo académico, mejorando así la calidad de la atención médica de la población.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Chile mantuvo su vocación por la medicina del Estado y fue decisiva para el desarrollo de la salud pública chilena al fundar, en 1944, la Escuela de Salubridad o de Salud Pública (5, 6). Esta fue creada por Profesores de la Facultad de Medicina tras su propia especialización en centros calificados del extranjero y ha tenido una gran importancia para la educación médica y el desarrollo de la salud en el país. Sus profesores fueron los generadores intelectuales del Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público de administración autónoma, que se creó en 1952 inspirado en el National Health Service inglés que lo precedió sólo en cuatro años y que congregó y unificó las distintas organizaciones que existían en el país y que otorgaban autónoma y descoordinadamente atención de salud (7, 8). El Servicio asumió la responsabilidad de las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación. La labor del Servicio Nacional de Salud a través de las décadas tuvo un impacto notable en la mejoría de los indicadores sanitarios del país (9, 10).

Las Escuelas de Medicina regulaban sus cupos no sólo de acuerdo a sus capacidades, sino que también considerando las necesidades de médicos del país. Hubo también adaptaciones del currículo como fue la creación del internado de dos años de duración y del internado rural, con el fin de que los egresados quedaran en mejores condiciones de satisfacer los programas de la salud pública. En 1954, se puso en marcha bajo tuición universitaria el Programa de Formación de Especialistas (Residentes-becarios), de 3 años de duración, con el compromiso de ejercer a su término por 2 a 3 años en los hospitales bases de provincias (11); y, posteriormente, el Programa de "Médicos Generales de Zona" del SNS destinado a que los recién egresados ejercieran como médicos generales en ciudades pequeñas y áreas campestres aisladas durante 3 a 5 años. Con estos programas, financiados por el SNS, se logró una mejor distribución de médicos generales y de especialistas clínicos básicos a lo largo del país.

Como expresión de la estrecha relación existente entre docencia y asistencia, en el Consejo Nacional de Salud del SNS, que era el organismo máximo normativo de la salud del país, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile tenía dos representantes, lo que hacía muy fluida y eficaz la relación entre ambas instituciones. Además, en aquellos servicios clínicos de hospitales públicos donde se hacía docencia, la jefatura de servicio quedaba a cargo de un profesor universitario elegido por los miembros del Consejo de la Facultad de Medicina. Por último, a nivel del Ministerio de Salud se creó en 1974 una comisión permanente: Comisión Nacional Docente Asistencial o CONDAS, presidida por el Ministro e integrada por diversas autoridades entre las que se contaban decanos de las Facultades de Medicina, cuyo objetivo era estudiar y resolver las materias de interés común de las entidades educacionales y asistenciales del sector salud. Se aprecia entonces que las Facultades de Medicina actuaban con un notable sentido de servicio público y fuertemente integradas con el sector estatal de salud.

## 2. GRANDES CAMBIOS EN SALUD Y EDUCACIÓN.

En los últimos 25 años se han producido en Chile cambios muy radicales tanto en el sector educacional como en el sector salud. Por la importancia que en Chile tiene la estructura y organización de los servicios sanitarios para la formación de los médicos, en primer lugar, abordaremos, brevemente, los cambios ocurridos en el sistema de salud para referirnos, luego, con algún detalle, a las modificaciones que ha sufrido el sistema de Educación Superior y la educación médica.

**CAMBIOS EN EL SECTOR SALUD.** En 1979, se hizo una reforma drástica en la organización sanitaria del país. El Servicio Nacional de Salud (SNS), de mando centralizado, se transformó en un sistema descentralizado de 27 Servicios de Salud, autónomos en su funcionamiento, 5 de los cuales se ubican en la Región Metropolitana y el resto en las otras Regiones del país. Se suprimió la Dirección General del SNS y el Consejo Nacional de Salud y toda la responsabilidad sanitaria del país la asumió el Ministerio de Salud. De enorme importancia fue, además, la decisión de traspasar los consultorios de atención primaria a la responsabilidad de las Municipalidades. Sin embargo, la planificación y control de ejecución de las acciones de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de rehabilitación quedaron centralizadas a nivel del Ministerio de Salud (12).

Otro cambio mayor en salud ha sido el importante desarrollo del sector privado. En 1981, se crearon las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES, lo que permitió la administración financiera privada de las cotizaciones para salud que, obligatoriamente, tienen que hacer todos los empleados y trabajadores. La ley reconoció el derecho y la capacidad de las personas para optar al sistema de salud de su preferencia, sea el privado o estatal, depositando su cotización en uno o el otro, lo que en buena medida estaba determinado por su capacidad económica. En efecto, el sistema privado recibe las cotizaciones de las personas de mayores ingresos y el sector estatal las de menores ingresos. Como consecuencia, en las principales ciudades del país surgieron múltiples centros médicos y de diagnóstico y varias y modernas clínicas privadas con un alto grado de desarrollo tecnológico, en tanto que se produjo un empobrecimiento de los hospitales públicos debido a las restricciones presupuestarias, los que evidenciaban serias carencias en la disponibilidad de tecnologías de uso habitual. Los sistemas público y privado han sido incapaces hasta ahora de establecer algún tipo de interrelación que favorezca a los usuarios.

Debemos señalar que, desde el punto de vista previsional, alrededor del 62% de la población es beneficiaria del denominado Fondo Nacional de Salud de carácter público; 27% lo es del sistema privado ISAPRES; 2,6% del sistema propio de las Fuerzas Armadas y el resto pertenece a otros sistemas menores o carecen de previsión.

Recientemente, se ha dictado una Ley de Garantías Explícitas en Salud (13), conocido como plan AUGE, que asegura a toda la población el otorgamiento de prestaciones para un grupo de enfermedades priorizadas según diversos criterios sanitarios. Establece un plazo máximo definido para la atención de cada una de ellas, con una protección financiera que garantiza un copago máximo de 20% del valor para la

prestación de que se trate, determinado en un arancel de referencia. Actualmente, incluye 25 afecciones que, progresivamente, llegarán a las 56 previstas en la Ley. Este plan implica la necesidad que el país cuente con un número suficiente de especialistas calificados en las patologías que en él se incluyen con el fin de poder satisfacer la demanda.

Como era esperable, los cambios acontecidos en el sector salud han repercutido en la educación médica, así como obviamente los propios que ha sufrido el sector educación. En este sentido, mención especial merece el debilitamiento de la relación docente-asistencial, la disputa por el uso de los hospitales públicos como campos clínicos para el entrenamiento de los estudiantes de medicina, derivado de la proliferación de Escuelas de Medicina, y las dificultades en el financiamiento de los programas conducentes a la formación de médicos especialistas.

**CAMBIOS EN EL SECTOR EDUCACIÓN.** La Reforma Universitaria de 1968, que involucró a todo el sistema de educación superior, había significado el término de las Cátedras Universitarias unipersonales y su reemplazo por los Departamentos disciplinarios con Directores elegidos por los académicos. Cualquiera sea el juicio que se tenga sobre esa Reforma, lo cierto es que en el campo de la educación médica repercutió negativamente al producirse un divorcio entre la jefatura de los Servicios clínicos y las Cátedras universitarias en los hospitales docentes públicos que, hasta ese momento, era servidas por una misma persona, lo que fortalecía la relación docente-asistencial.

Desde comienzos de los años 80, los cambios en la educación superior han sido mayores, acelerados y muy notables, impulsados por la importancia estratégica que este nivel educacional tiene para el desarrollo económico y social del país (14). Los gobiernos adoptaron políticas destinadas a expandir el sistema educacional, desarrollar las ciencias y tecnología y la infraestructura de información. En general, la década de los 80 se caracterizó por una reducción del gasto en educación superior, el uso más eficiente de los recursos, el aumento de la tasa de estudiantes que cursan estudios superiores y del número y variedad de instituciones educacionales. Durante este período se disminuyó fuertemente la participación del Estado en el financiamiento de las universidades públicas y se puso énfasis en el papel regulador del mercado.

En 1981, había en el país 8 universidades, que incluían dos universidades públicas y seis privadas que, por razones históricas, reciben parte de su financiamiento del Estado. Se conocen como universidades tradicionales y están agrupadas en un organismo de coordinación llamado Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas. Las dos universidades públicas: Universidad de Chile y Universidad Técnica del Estado (hoy Universidad de Santiago de Chile), tenían el 63% de la matrícula total de estudiantes. Las 8 universidades en su conjunto sólo tenían capacidad para absorber cada año alrededor de un 30% de la demanda potencial por educación superior de los jóvenes egresados de la educación media que rindieron la prueba de aptitud académica (PAA), denominada actualmente prueba de selección universitaria (PSU).

Mediante una ley especial dictada en 1981, se diferenci6 y diversific6 el tipo de instituciones educacionales, distingui6ndose bajo criterios m6s bien convencionales, tres tipos de instituciones: las Universidades, los Institutos Profesionales y los Centros de Formaci6n T6cnica (CFT). La multiplicaci6n de nuevas universidades privadas, as6 como de Institutos y CFT, fue facilitada por la exigencia para ello de s6lo requisitos administrativos b6sicos y un mercado altamente desregulado; con anterioridad a 1981, todas las universidades eran creadas por Ley de la Rep6blica. Tambi6n, se crearon universidades regionales en el sector p6blico, derivadas de las antiguas sedes de la Universidad de Chile y T6cnica del Estado. En todo caso, la importancia relativa de las universidades p6blicas, en t6rminos de la matr6cula total de alumnos universitarios, ha disminuido, aunque todav6a son las que individualmente tienen mayor n6mero de estudiantes.

Como consecuencia de las pol6ticas se6aladas, aument6 dram6ticamente el n6mero de instituciones de educaci6n superior o post secundaria, que, en su conjunto, alcanzan hoy a 222. El n6mero de Universidades propiamente tales aument6 de 8 a 62, los Institutos Profesionales son 45 y los CFT 115. De la poblaci6n total de estudiantes, el 70% est6n en las universidades, un 20% en los Institutos profesionales y un 10% en los CFT.

El aumento en el n6mero de instituciones de educaci6n superior provoc6 un crecimiento dram6tico de la oferta educacional. En efecto, el n6mero de j6venes entre 19 y 24 a6os que siguen estudios post secundarios se ha quintuplicado desde 1981, observ6ndose un incremento de la tasa de estudiantes en este grupo etario de 7,4 a 33,6 por ciento.

En lo que respecta a las Escuelas de Medicina, su n6mero se ha triplicado y el ingreso anual de estudiantes se ha duplicado: de 8 Escuelas en 1981, se aument6 a 22, la mayor6a de ellas privadas. De estas 22 Escuelas, una fue fundada en el siglo XIX (la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile), 12 en el siglo XX y, 5, a partir del a6o 2000. Paralelamente a la multiplicaci6n de Escuelas de Medicina, se ha observado una diversificaci6n en su ubicaci6n geogr6fica a lo largo del pa6s: en 1981 exist6an Escuelas de Medicina en 5 ciudades del pa6s y hoy las hay en 11 ciudades.

El n6mero total de estudiantes que cursan estudios de medicina en la actualidad es de alrededor de 9.000, habiendo aumentado en los 6ltimos 10 a6os en un 92,5%. Medicina ocupa el noveno lugar entre las carreras universitarias con mayor n6mero de estudiantes, precedida de Ingenier6a Civil, Educaci6n Media, Derecho, Ingenier6a Comercial, Psicolog6a, Educaci6n B6sica, Arquitectura y Educaci6n parvularia.

Hasta ahora, el mayor porcentaje de estudiantes de medicina cursan sus estudios en las escuelas de medicina tradicionales, aunque el aumento en el n6mero total de estudiantes en la 6ltima d6cada se debe principalmente al surgimiento de las nuevas escuelas de medicina privadas.

Cabe se6alar, que el 6ndice de relaci6n m6dico/habitantes en Chile es actualmente de alrededor de 1 m6dico por 783 habitantes, en tanto que en 1981 era de

aproximadamente 1: 1.407. En los países que, en la nomenclatura internacional, se designan "con economía de mercado consolidada", el rango oscila entre 1 médico por 714 habitantes y 1 por 213 habitantes.

En este cuadro de explosiva de creación de universidades privadas y de crecimiento de la población estudiantil, han surgido serios problemas de coordinación, regulación y de financiamiento del sistema educacional. Paralelamente, se ha hecho evidente una creciente preocupación y una aguda crítica social por la calidad de la enseñanza que estas instituciones entregan y por la equidad del sistema de educación superior, lo que ha obligado a los gobiernos a adoptar medidas destinadas a superar esta situación.

### 3. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LOS CAMBIOS EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

Desde la década de los 90, las políticas y estrategias para enfrentar los notables cambios ocurridos en educación buscan regular el mercado educacional, introducir nuevas barreras de ingreso de instituciones al sistema de educación superior, hacer transparente la información y resguardar la calidad de los estudios. En general, el control de calidad del sistema de educación superior, y en particular en medicina y salud, es el principal problema que enfrenta nuestro país (14, 15). Esto incluye acreditación de las Universidades, Escuelas, programas, centros asistenciales y especialistas. En Chile se ha avanzado en estos temas, pero el control de calidad es aún incompleto.

Existen varios organismos encargados del licenciamiento y acreditación de instituciones de educación superior y de carreras y programas, tanto de pre como de postgrado (14).

La acreditación, o más propiamente, el licenciamiento de los proyectos de nuevas universidades e institutos profesionales está a cargo del Consejo Superior de Educación (CSE), un organismo público de administración autónoma relacionado con el Ministerio de Educación. El Consejo está formado por personalidades académicas provenientes de diversas entidades educacionales y académicas públicas y privadas designadas por ellas.

El CSE supervisa estrechamente el desarrollo de los proyectos de nuevas instituciones durante un período mínimo de 6 años, prorrogable por otros 6, al cabo del cual decide otorgar la autonomía a la universidad o instituto de que se trate si el desarrollo ha sido satisfactorio o bien cancelarlo definitivamente si no lo es. En promedio, el licenciamiento lo ha otorgado el CSE al cabo de 11 años de supervisión. Sólo un proyecto de universidad ha sido aprobado en el plazo mínimo de 6 años. Desde su creación, el Consejo ha aprobado tanto proyectos institucionales como los que ha rechazado. Una vez obtenida la autonomía, las universidades o institutos tienen plena libertad para crear nuevas sedes y carreras, lo que en la práctica, en algunos casos, ha llevado a notorios abusos en el ejercicio de dicha prerrogativa.

Por otra parte, la acreditación de las Escuelas, carreras y programas de las instituciones autónomas, entre ellas las Escuelas de Medicina, es de responsabilidad de una Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CNAP), dependiente del Ministerio de Educación. La acreditación es de carácter voluntario y es solicitada a la Comisión por la institución interesada en acreditarse. El proceso de acreditación incluye una autoevaluación de parte de la universidad o instituto y una evaluación externa por comisiones de pares evaluadores. En función de los informes respectivos, la CNAP decide la acreditación por un período de 2 a 7 años. Hasta la fecha 6 de las 22 Escuelas de Medicina están acreditadas y sólo 3 de ellas por el plazo máximo de 7 años.

Para la acreditación de programas de postgrado, existe una Comisión Nacional de Acreditación de Postgrado que opera de una manera similar a la del pregrado.

Respecto a la acreditación de los títulos de médicos especialistas, hasta ahora actúan distintos tipos de organismos. La Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH) que reúne a 9 de las 22 Escuelas, acredita desde hace décadas los centros en que se forman los especialistas médicos. Por su parte, la Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), un organismo privado con personalidad jurídica creado en 1984 y constituido por representantes de las principales entidades médicas del país, otorga la certificación individual a los médicos que han seguido programas universitarios formales de especialización o a quienes, sin haberlos seguido, cumplan con determinados requisitos y aprueben exámenes en el área de su especialidad (16). Desde su creación, CONACEM ha certificado al 35,6% del total de médicos chilenos.

De acuerdo a una Ley de Autoridad Sanitaria recientemente promulgada, la certificación de especialistas se radicará en agencias certificadoras privadas que sean reconocidas por el Ministerio de Salud. El cuerpo médico espera que esta responsabilidad continúe en manos de CONACEM. Similar criterio se propone para la acreditación de los programas de especialización y de los centros formadores. Las principales instituciones médicas del país, están en proceso de conformar una agencia acreditadora autónoma formada por representantes de ellas para cumplir estos fines.

Desde el año 2003, la totalidad de los egresados de las Facultades de Medicina del país rinden un Examen Nacional de Medicina diseñado y conducido por ASOFAMECH y que tiene como objetivo medir los conocimientos de los médicos que inician su ejercicio profesional, retroalimentando a las diversas Escuelas de Medicina sobre la calidad de su proceso formativo en las diferentes áreas del conocimiento (17). Además, sirve como antecedente para la selección de los profesionales por los empleadores y para el ingreso de los médicos a programas de especialización de post título.

Actualmente, está en trámite en el Parlamento una Ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior que le otorgará un marco sistemático y legal a los procesos de acreditación que hemos mencionado. Se mantiene la voluntariedad de la acreditación de instituciones y programas de pregrado, aunque se dispone que

sólo aquellas instituciones que estén acreditadas puedan acceder a recursos públicos de distinta naturaleza. En el caso de Medicina y las pedagogías, el proyecto de ley contempla la acreditación obligatoria. Respecto a la acreditación de programas de especialización y centros formadores de especialistas el proyecto de Ley plantea que podrá ser llevado a cabo por una o más agencias acreditadoras privadas que obtengan reconocimiento de la Comisión Nacional de Acreditación de Postgrado.

#### COMENTARIO.

Los cambios mayores en salud y educación que hemos descrito han modificado significativamente el escenario en que se desenvuelve la educación médica, tanto en el pre como en el postgrado. En todo caso, hay que señalar que con anterioridad a estos cambios habían ocurrido algunos hechos, tanto en el sector educación como salud, que de algún modo afectaron la formación médica. Así, en el sector educación, la reforma universitaria de fines de los años 60 que puso término a las Cátedras universitarias tradicionales y su reemplazo por Departamentos, modificó significativamente el modo de relación entre profesores, académicos y estudiantes y las características del proceso educativo. También, el advenimiento en 1973 de un gobierno militar que se mantuvo en el poder durante 17 años e intervino las universidades, designando a sus autoridades, significó una pérdida de la autonomía académica y el fin de la educación gratuita en las universidades públicas. La aplicación de políticas de restricción económica significó menores aportes a las universidades públicas, particularmente para la formación de especialistas, quedando la mayoría de los médicos obligados a cumplir el programa sin disponer de una renta y obligados, además, a cancelar matrículas y aranceles por sus estudios.

Por su parte, la reestructuración del sistema estatal de salud desde una organización con un gobierno centralizado a una basada en numerosos servicios de salud relativamente autónomos, dificultó y debilitó la relación docente-asistencial. El trabajo mancomunado del sistema universitario con el Ministerio de Salud se ha debilitado fuertemente, pues se terminó con la autoridad única universitaria y asistencial en los servicios clínicos y, en la práctica, dejó de operar la comisión Ministerial Docente-Asistencial, instancia de encuentro de los sectores ministerial y universitario.

La política de delegar la atención primaria en los Municipios significó una barrera en la integración e integralidad, tanto de la asistencia como de la docencia, entre los distintos niveles de complejidad de la atención médica y de salud. Por su parte, el incremento del conocimiento y la incorporación progresiva de tecnologías al trabajo clínico impulsó la especialización y subespecialización de los clínicos en desmedro de la formación de generalistas. A su vez, las restricciones económicas en los establecimientos asistenciales del Estado dificultaron la incorporación de tecnologías de uso clínico habitual, impidiendo el desarrollo en ellos de una medicina de alta complejidad, afectando especialmente la formación de los especialistas. En contraste, el desarrollo del sector privado trajo como consecuencia un crecimiento explosivo de centros y clínicas privadas de moderna infraestructura y dotadas de tecnologías de avanzada.

Entre los profundos cambios que está viviendo la docencia médica quizás el más relevante es el de la creación de numerosas escuelas de medicina en un período muy breve de tiempo. Esto ha tenido un importante efecto negativo, como es en muchos casos la realización de docencia a cargo de médicos que no tienen entrenamiento ni están debidamente calificados para ello.

A esto, hay que añadir la realización de enseñanza clínica en campos clínicos inadecuados para la enseñanza por carecer de un ambiente universitario; la incorporación a los estudios médicos de jóvenes que en años anteriores no habrían aprobado las pruebas de selección universitaria y la cohabitación en un mismo campo clínico de estudiantes que provienen de diferentes Escuelas y que poseen perfiles escolares distintos. Todo esto abre interrogantes sobre la calidad de la educación que imparten las nuevas escuelas.

El aumento abrupto de matrículas permite prever que, en un futuro no distante, exista el peligro de que se produzca una plétora de médicos, lo que ciertamente afectaría la calidad de la atención médica. Debemos mencionar también la inmigración de médicos desde el extranjero, promovida por la relativa buena situación económica de nuestro país. Estos se desempeñan especialmente en la atención primaria la que, para los médicos chilenos, resulta menos atractiva por razones laborales y económicas. El ingreso al ejercicio clínico en el sector público de estos médicos extranjeros en base a acuerdos internacionales, sin haber sido sometido a las evaluaciones habituales de conocimientos y destrezas que se aplican a los médicos nacionales, ha sido muy controvertido. Se ha estimado que los médicos extranjeros representan en la actualidad, al menos, un 10% de la masa total de médicos del país.

Por otra parte, el aumento del número de Escuelas y de estudiantes de Medicina ha acrecentado mucho la oportunidad que tienen los jóvenes de ingresar a la carrera de medicina, pero también hay razones para temer que se ha superado la capacidad de enseñar adecuadamente la medicina con los recursos humanos y técnicos y los campos clínicos disponibles en el país. Es también discutible el ingreso al proceso educacional de instituciones sin tradición educadora que operan más bien con una vocación de índole comercial, un afán ideológico o un entusiasmo por el desarrollo regional.

Se ha observado desinterés de los académicos por participar en la docencia de pretítulo pues se sienten mal remunerados, no los incentivan los conceptos y métodos educacionales y se interesan más bien por las actividades de investigación, el desarrollo profesional propio y la docencia de postítulo.

También, se aprecia un menoscabo de la formación de especialistas clínicos, pues muchos médicos optaron por especializarse en la práctica en vez de seguir programas formales; y los que siguen estos programas, habitualmente no lo hacen con dedicación exclusiva porque simultáneamente deben trabajar para financiar su sustento y el costo de matrículas y aranceles (18).

La dedicación horaria de educadores calificados es otro asunto complejo. Algunas de las nuevas universidades contratan docentes por horas de clases y sólo para

los meses que dura el curso de que se trate. Las personas así enroladas no sienten un compromiso afectivo pleno con la Escuela de Medicina ni con el desarrollo del proceso educacional; son más bien una suerte de “docentes alquilados” a las universidades tradicionales los que resuelven a esas Escuelas la carencia de docentes idóneos propios y les permiten economizar gastos. Por su parte, a las Escuelas tradicionales les resulta difícil mantener docentes en número y calidad adecuados, dado que comúnmente las señales que envía la universidad no incentivan la dedicación a la docencia, ya que para la promoción académica, así como para mejorar los ingresos económicos, se tiende a privilegiar más bien la investigación y publicaciones.

Un hecho muy perturbador ha sido que las autoridades administrativas de los servicios regionales de salud y de los hospitales públicos, presionados por las dificultades presupuestarias, descubrieron que los campos clínicos que tenían a su cargo eran negociables con las universidades públicas y privadas, obteniendo de ellas beneficios económicos. Esta intromisión de factores comerciales ha desencadenado una inconveniente competencia entre las universidades por los campos clínicos públicos. Además, muchos médicos calificados emigraron de los hospitales estatales a establecimientos privados atraídos por las mayores rentas que en ellos obtienen, su mayor desarrollo tecnológico y las mejores condiciones laborales, disminuyendo proporcionalmente los recursos docentes disponibles para las universidades que estaban básicamente asentados en los escasos hospitales universitarios y en los establecimientos públicos.

Otro aspecto que cabe mencionar es la insuficiente relación entre los docentes básicos y clínicos, lo que se ve agravado por el hecho de que una alta proporción de los primeros no son médicos. Nuestra Academia organizó en agosto de 2002 un Seminario sobre Educación Médica (19) y ahí se concluyó que la enseñanza de las ciencias básicas en las Escuelas de Medicina -en particular la de biología- ha perdido gradualmente su carácter antropocéntrico y su relación con la clínica. Por ellos se recomendó incorporar el contacto precoz de los estudiantes con los problemas clínicos y su análisis desde la perspectiva de las ciencias básicas y favorecer la formación de egresados de medicina como docentes en estas disciplinas, ofreciéndoles programas de postgrado de patología humana que los habiliten como investigadores y docentes, garantizándoles las condiciones que les permitan dedicarse prioritariamente a la carrera académica.

También debemos mencionar que ciertos vacíos de la educación media y algunos hábitos desfavorables que han adquirido los estudiantes en esa etapa de su vida, inciden negativamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la carrera de medicina. En general, nuestra educación media es rígida y pasiva, lo que se traduce en una falta de disciplina de auto-estudio; además, deja vacíos de conocimientos en materias que son importantes en el currículo de medicina como son la biología, química y física. En la Escuela de Medicina se hace necesario entonces desarrollar cursos remediales, lo que les resulta consumidor de tiempo y distractor del desarrollo de los aspectos específicos del plan de estudios.

Es interesante percatarse que detrás del crecimiento en el número de escuelas de medicina hay variados intereses como los de orden económico, el afán de fortalecer la imagen corporativa tanto de las universidades como de centros asistenciales privados y una forma de hacer difusión ideológica o religiosa. Por otra parte, la creación de escuelas de medicina en las diversas Regiones del país tiene efectos positivos como: la irradiación cultural y el estímulo al desarrollo económico y social que tiene sobre la ciudad y la Región en que está ubicada la Escuela, el estímulo que conlleva para que otros grupos intelectuales de otras disciplinas científicas o humanísticas se establezcan en la ciudad, la contribución que representa al abastecimiento de recursos humanos y el mejoramiento que induce en la calidad de la medicina en los hospitales docente-asistenciales de la Región.

Hay algunas experiencias en nuestro país muy favorables de docencia en consultorios con pacientes ambulatorios, lo que amplía significativamente los campos clínicos y adiestra a los alumnos en el área de la medicina que concentra la mayor parte de la patología. En todo caso, para que ello realmente opere debe disponerse de un cuerpo docente calificado y dedicado a la enseñanza, de tiempo asignado en el currículo para este tipo de aprendizaje, de consultorios adecuados que cuenten con auditorios, salas de seminarios, biblioteca equipada tecnológicamente y espacios que garanticen el bienestar de los alumnos. También, son interesantes experiencias en algunas Escuelas de Medicina en la capacitación sistemática en métodos docentes a académicos muy jóvenes y aun a residentes. La necesidad de contar con adecuada formación docente de los académicos, los recientes progresos de las metodologías educativas, lo imperioso de entregar contenidos éticos y formación humanística en los planes de estudios de la carrera de Medicina, hacen indispensable que las Escuelas de Medicina implementen los mecanismos para capacitar en estas materias a los docentes y al personal asistencial no universitario que participa en la enseñanza.

De todo lo que hemos comentado se deduce que es indispensable poner orden en el sistema de educación y resguardar su calidad de modo que se garantice a la sociedad que la formación de sus futuros médicos sea la adecuada. Creemos que en este aspecto tienen un papel crucial la acreditación de las Escuelas y los exámenes nacionales previos a la autorización para ejercer. Se hace indispensable implementar organismos y sistemas reguladores que supervisen la calidad de la enseñanza, estimulen su mejoramiento y establezcan mínimos exigibles. Este es un deber social para responder a la fe pública depositada en la educación médica y la medicina. Como lo hemos señalado, en Chile está funcionando un sistema de acreditación de centros formadores y programas para la formación de especialistas, un organismo que certifica la calidad de especialistas, un examen médico nacional, un sistema que acredita universidades y escuelas de medicina. Todos estos sistemas deben mantenerse y fortalecerse y ojala darles un respaldo legal que garantice su persistencia y obligatoriedad. También, parece indispensable contar con un organismo que coordine las relaciones entre los Servicios de Salud y las Escuelas de Medicina tanto a nivel de las autoridades locales de salud en aquellas Regiones donde se imparte enseñanza médica, así como en cada uno de los establecimientos asistenciales que son empleados como campos clínicos universitarios.

Por cierto que muchos de estos cambios y sus efectos que hemos mencionado no son exclusivos de Chile ni tampoco lo son de la medicina. En toda Latinoamérica han ocurrido cambios significativos en la educación superior, especialmente respecto a la multiplicación de Escuelas de Medicina privadas (20). De hecho, es interesante señalar que durante la década recién pasada de los 80, se crearon en Latinoamérica tantas universidades privadas como en los cien años anteriores.

El control de calidad de la educación se hace cada vez más necesario en la medida que ella se ha ido expandiendo en todos los niveles. Constituye el mecanismo apropiado y necesario para evitar los eventuales efectos sociales negativos que puede tener un sistema educacional pobremente regulado y supervisado. Esto es particularmente válido en un área tan sensible como es la educación médica. Su implementación y perfeccionamiento lo vemos como un imperativo ético y profesional que incumbe directamente a las Academias y Facultades de Medicina, así como a las sociedades médicas científicas y asociaciones gremiales. ■

## REFERENCIAS

1. Homenaje al sesquicentenario de la creación del Primer Curso de Ciencias Médicas en Chile. *Rev Méd Chile* 1983; 111: 343-380.
2. Goic A. *El modelo chileno de relación docente-asistencial*. *Rev Méd Chile* 1975; 103: 38-43.
3. Garretón Silva, A. *Los estudios médicos en Chile. La reforma de 1943*. *Día Médico* (Buenos Aires) 1946; 16: 407.
4. Cruz Coke, R. *El Plan Garretón-Alessandri*. *Rev Med Chile* 1980; 108: 1073.
5. Romero, H. *Escuela de Salubridad. Memoria Anual, 1944. Antecedentes históricos*. *Rev Med Chile* 1945; 73: 275-280
6. Medina, E. *Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile: Distinción de la Organización Panamericana de la Salud*. *Rev Med Chile* 1988; 116: 1327-1329.
7. Viel, B. *La Medicina Socializada y su Aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile*. Ediciones Universidad de Chile: Santiago de Chile, 1961.
8. Mardones J. *Origen del Servicio Nacional de Salud*. *Rev Med Chile* 1977; 105: 654.
9. *Número dedicado a la Salud Pública* (E. Medina, Ed. invitado). *Rev Med Chile* 1971; 99: 455-554.
10. Armas Merino R., Goic A. *Salud y pobreza en Latinoamérica. Situación chilena*. Boletín de la Academia Chilena de Medicina. LOM Ediciones: Santiago de Chile. 2004.
11. Goic A. Some problems facing Chilean medical education. *JAMA* 1975; 233: 466.
12. Goic A., Armas Merino R. *Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena*. Boletín de la Academia Chilena de Medicina. Santiago de Chile. 2004. 185:197.
13. Ley AUGE N°19.966. República de Chile. Publicada en el Diario Oficial de 03.09.04.
14. Goic A. *Descripción y análisis crítico del sistema de educación superior en Chile*. Anales del Instituto de Chile. Santiago de Chile. 2005.
15. *Control de calidad en medicina y salud*. Academia Chilena de Medicina. LOM Ediciones: Santiago de Chile. 2001.
16. Armas Merino R., Bianchi R., De la Fuente M. et al. *La experiencia de la Corporación Nacional Autónoma de Especialidades Médicas*. *Rev Med Chile* 1991; 119: 472-80.
17. *Examen médico nacional*. Sitio Web oficial. [www.emn.cl](http://www.emn.cl)
18. *Situación actual de la formación de médicos especialistas en Chile*. Documento de posición. Academia Chilena de Medicina. LOM Ediciones: Santiago de Chile. 2005.
19. *Seminario Formación de médicos en la actualidad en Chile*. Academia Chilena de Medicina. Boletín de la Academia Chilena de Medicina 2002; XXXIX: 167-182.
20. Goic A. Proliferación de Escuelas de Medicina en Latinoamérica: causas y consecuencias. *Rev Med Chile* 2002; 130: 917-924.

ORIGEN, FUNDAMENTOS Y PERFIL  
DEL PREMIO NACIONAL DE MEDICINA<sup>1</sup>

DR. OCTAVIO ENRÍQUEZ LORCA  
Presidente ASOFAMECH

Presidente del Jurado Premio Nacional de Medicina 2006.

Nos encontramos hoy día reunidos para hacer entrega del Premio Nacional de Medicina 2006.

Antes de dar a conocer los procedimientos y fundamentos que condujeron a la decisión del Jurado encargado de discernir sobre quién recaería esta alta distinción, parece conveniente y oportuno recordar, ante esta selecta audiencia, el origen, fundamentos y perfil del Premio Nacional de Medicina.

Hace algo más de cuatro años, las más relevantes instituciones médicas del país, esto es la Academia de Medicina del Instituto de Chile, la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, la Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile y el Colegio Médico de Chile coincidieron en la necesidad de crear un Premio Nacional de Medicina, que permitiera reconocer la excelencia de la contribución de uno de sus pares al desarrollo de la Medicina y del país, y que al mismo tiempo significase un estímulo a las generaciones de médicos de hoy y del mañana para su permanente compromiso con la calidad de su quehacer profesional y vocación de servicio.

Las Instituciones Médicas señaladas, al crear este Premio Nacional de Medicina buscaron también, cubrir un manifiesto vacío existente en materia de Premios Nacionales disciplinarios otorgados por el Estado de Chile. En efecto, hace varios años el Ministerio de Educación Pública entrega, bianualmente, mandatado por Ley, Premios Nacionales en diferentes áreas del conocimiento. Desafortunadamente, esta disposición legal no contempló el otorgamiento de un Premio Nacional de Medicina. Siendo la salud un componente indiscutido del desarrollo humano y social, y dadas las particularidades que identifican los fundamentos, finalidades y sentido último de la Medicina, las cuatro instituciones fundadoras, ya mencionadas, decidieron crear el Premio Nacional de Medicina, cuyo objetivo principal es reconocer la obra de aquellos médicos que pudiesen exhibir un aporte relevante al desarrollo y prestigio de la medicina nacional y una trayectoria de excelencia y creatividad profesional.

La Medicina nace y se desarrolla como expresión concreta de la inclinación de un ser humano, de acoger, ayudar, curar y cuidar de un semejante sufriente de una dolencia. La Medicina, es, al decir de Pedro Laín Entralgo, un saber-hacer, esto es un

---

<sup>1</sup> Ceremonia realizada en el Salón de Honor del Instituto de Chile. Santiago, 27 de abril de 2006.

saber que siempre se dirige a la práctica, y un hacer informado por una teoría. Este saber práctico tiene como sus fundamentos a las Ciencias Biológicas y Humanas, al Arte Clínico y a la Ética. En una perspectiva histórica, es importante reiterar el que la medicina es más abarcante y muy anterior a la ciencia y a la investigación científica como hoy la entendemos. La Medicina, en las últimas décadas, se ha nutrido y enriquecido del enorme progreso de las ciencias y la tecnología en favor del cuidado de los pacientes, pero su desarrollo, presente y futuro, así como el reconocimiento que la sociedad haga de ella, están fuerte y directamente vinculados al crecimiento armónico de todos sus fundamentos, los científicos, los clínicos y los ético-humanistas. A pesar del gran progreso y caudal de información que se genera para los fundamentos científicos de la Medicina, esta se sigue ejerciendo en un escenario de incertidumbres y probabilidades. Precisamente, las habilidades y destrezas diagnósticas y terapéuticas del médico, en este ambiente incierto, son las que han configurado el tradicional arte clínico, fundamento de la medicina, tan vigente hoy como ayer. El eje de la medicina clínica está en la relación de confianza que debe establecerse entre un médico y su paciente. La medicina no es una profesión como cualquier otra, ya que en su práctica está directamente en juego el bien social de mayor jerarquía, cual es la salud de las personas. Ningún conocimiento, habilidad o tecnología, por espectaculares que sean, tienen sentido si la medicina no conserva un sistema de valores que define su fin último, cual es, servir al hombre, respetando en toda circunstancia, su dignidad, valores contenidos en los códigos hipocráticos que se proyectan hasta nuestro tiempo, y en la remozada mirada bioética. También es importante reiterar en una ocasión como ésta que la ética médica es más exigente y abarcante que la ley.

Es evidente para los médicos, y así lo han establecido consensuadamente en el mundo occidental las principales instituciones médicas y académicas, que asistimos hoy en día a un nuevo escenario para el ejercicio y la enseñanza de la medicina, caracterizado principalmente por lo siguiente:

Crecientes disparidades entre necesidades de los pacientes y recursos para satisfacerlas.

La dependencia creciente de las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de salud.

La relativización, en no pocos casos, del tradicional compromiso ético con la primacía del interés del paciente, por sobre cualquier otro, incluido el del médico.

Existe también consenso que esta situación puede y debe ser enfrentada a través de una formación médica y una autorregulación gremial que reposicionen y fortalezcan el profesionalismo médico desde sus fundamentos y raíces éticas tradicionales así como del aporte de la Bioética.

En este contexto, las Instituciones fundadoras del Premio Nacional de Medicina, han definido que el Premio deberá recaer en un médico que haya sobresalido de sus pares en el área de la clínica o de la salud pública y que además haya tenido un rol destacado en la docencia universitaria, en la administración académica o en la investigación.

Las instituciones patrocinantes del Premio estiman que para el desarrollo de la medicina es fundamental el papel que juegan los maestros, esto es, aquellos médicos que han formado generaciones de profesionales, que han sido guías, tutores e inspiradores de estudiantes y profesionales más allá de lo meramente técnico, como modelos de persona. Comúnmente, esas figuras señeras han privilegiado a la medicina sobre sus propios intereses. En consecuencia, el Premio Nacional de Medicina constituye un reconocimiento de sus pares, no sólo a la excelencia académica o profesional, sino que también a las virtudes personales del galardonado.

El premio es uno e indivisible y se entrega cada dos años en un acto solemne y público y se otorga en vida al galardonado. Se ha elegido como fecha de su entrega, el día 27 de abril, fecha en que se conmemora la inauguración, en 1833, del primer curso de Medicina en el país. El Jurado de siete miembros, estará integrado por los presidentes en ejercicio o sus representantes, de las siguientes instituciones médicas: Academia de Medicina del Instituto de Chile, Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile, Asociación de Facultades de Medicina de Chile y el Colegio Médico de Chile y por dos Presidentes de Sociedades Científicas designados por el Directorio de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas y por el último galardonado con el Premio Nacional de Medicina, quien será reemplazado por el Presidente de una Sociedad Científica en caso de imposibilidad de participar.

El premio se ha entregado previamente dos veces. El año 2002 recayó éste en el Dr. Julio Meneghello Rivera y el año 2004 el galardonado fue el Dr. Helmuth Jaegger Lurecke.

Para el proceso Premio Nacional de Medicina 2006 el Jurado estuvo integrado por

Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid, en representación del Presidente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Dr. Juan Luis Castro G., Presidente del Colegio Médico de Chile.

Dr. Andrés Heerlein, en representación del Presidente de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile (ASOCIMED).

Dra. Maritza Rahal Espejo, Presidenta de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Dr. Antonio Valenzuela, Presidente de la Sociedad Chilena de Urología.

Dr. Renato Verdugo Latorre, Presidente de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y, el que habla

Dr. Octavio Enríquez Lorca, Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), al que le correspondió presidir el Jurado.

11 distinguidos médicos nacionales, fueron postulados a través de las diferentes instituciones patrocinadoras del Premio. Después de sesiones de trabajo detenido y reflexivo, el día 7 de marzo, se realizó la última sesión del Jurado, en la que se acordó

otorgar el Premio Nacional de Medicina 2006 al distinguido *Dr. Profesor Alejandro Goic Goic*, quien posee, en opinión del Jurado, en forma plena y cabal, todos los atributos del perfil definido para este galardón.

Ciertamente el Prof. Dr. Alejandro Goic Goic, a través de su dilatada, intensa y prolífica vida profesional, puede exhibir múltiples facetas que conforman el todo de un ser médico excepcional.

En su actividad Académica, se constituyó en un maestro de excelencia y ha alcanzado las mayores jerarquías y dignidades académicas y perfilando su liderazgo en el ejercicio de funciones directivas de la más alta responsabilidad, por expresa voluntad y confianza de sus pares, como las de Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Presidente de Asofamech y Presidente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Su inteligencia y creatividad y sus talentos de gran comunicador social, se han expresado a través de numerosas publicaciones y libros que se han constituido, al igual que él mismo, en referentes obligados de opinión sobre diferentes ámbitos y temáticas de la Medicina, como la educación médica, siendo sus libros textos guías para los estudiantes de todas las Facultades de Medicina del país; la ética y la historia y el humanismo médico, con investigaciones rigurosas y reflexivas, profundas y orientadoras no sólo para los médicos sino para la sociedad toda. Me he permitido en esta ocasión, reproducir, en mis palabras introductorias sobre los fundamentos de la Medicina, algunos de los pensamientos y orientaciones del Dr. Goic.

Su determinado compromiso con el entorno social, lo ha expresado en múltiples instancias institucionales en que ha participado activamente, destacando su preocupación permanente por la integración docente asistencial y la calidad de la formación médica de pre y postgrado y de las publicaciones científicas.

El impacto del quehacer del Dr. Goic y su contribución al prestigio y desarrollo de la Medicina han determinado que diferentes instituciones nacionales y extranjeras lo hayan entregado múltiples premios y distinciones. Siendo el Dr. Goic un médico y académico de excepción, ejemplo para estudiantes y médicos de diferentes generaciones, plenamente activo y vigente, ha sido ciertamente un honor y un privilegio para los Miembros del Jurado el participar en el proceso que condujo a su nominación como Premio Nacional de Medicina 2006, y hacemos llegar a él y a su distinguida familia nuestras muy sentidas felicitaciones.■

## DISCURSO DE PRESENTACIÓN DEL DR. ALEJANDRO GOIC GOIC PREMIO NACIONAL DE MEDICINA 2006.

DR. HUMBERTO REYES B.<sup>1</sup>

El Dr. Alejandro Goic Goic nació en Antofagasta, hijo de don Iván Goic Kuscevic y doña Ivka Goic Kusanovic, descendientes de distintas ramas de la extensa familia Goic, que nacieron en Praznica, un poblado al interior de la isla de Brac, en Croacia. Iván e Ivka Goic se conocieron en Punta Arenas, Chile, y casaron en 1925. Luego se trasladaron a Antofagasta, donde nacieron sus hijos Nevenka, Cedomil y Aleksandar. En Chile, los nombres de los padres se tradujeron a Juan y Juanita y, muchos años después, su hijo menor castellanizó su nombre a Alejandro.

Alejandro cursó estudios primarios y secundarios en el Colegio San Pedro Nolasco, de Santiago. Siendo un perceptivo dirigente estudiantil, lo cautivó el mensaje político de un médico y científico que marcó un hito en la historia de Chile –el Dr. Eduardo Cruz Coke Lassabe–, estimulando al joven Goic a adscribirse a la doctrina social cristiana y su evolución posterior.

Ingresó a la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y terminó sus estudios en la Universidad de Chile, donde recibió el título de Médico-Cirujano en 1955. Inició su carrera profesional como Residente-becario de Medicina Interna bajo la tutela del Profesor Hernán Alessandri Rodríguez, en el Hospital del Salvador, integrando la segunda promoción de médicos entrenados formalmente para ser especialistas, por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud. Cumplió su período de post-beca en el Hospital de Temuco y regresó al Servicio de Medicina del Hospital del Salvador, iniciando una carrera académica ejemplar.

El Profesor Alessandri distinguió muy tempranamente y en alto grado las condiciones profesionales de su discípulo Alejandro Goic (quien todavía se llamaba Aleksandar, y en un período intermedio se llamó Alexander). El Dr. Alessandri, su dilecto colaborador el Dr. Héctor Ducci y luego su sucesor el Dr. Renato Gazmuri, advirtieron el interés de Alejandro por la investigación clínica y la educación médica. Con su apoyo y el patrocinio de la Fundación Kellogg, el Dr. Goic y su familia se trasladaron temporalmente a los EE UU donde recibió formación de post-título en la Universidad de Oklahoma y, años más tarde, en la Universidad de Harvard. Al regresar a Chile, el Dr. Goic aportó un énfasis en los conceptos emergentes de la medicina psicosomática para comprender el a veces sutil equilibrio entre salud y enfermedad, aplicándolos en enfermedades digestivas frecuentes. En sus trabajos de in-

---

<sup>1</sup> Académico de Número, Academia Chilena de Medicina. Profesor de Medicina, Universidad de Chile.

investigación interactuó con distinguidos clínicos e investigadores en las áreas de la psiquiatría y psicología, además de la medicina interna. Entre sus primeras publicaciones destacaron estudios en sujetos a quienes, después de un ayuno nocturno, se les ofrecía ver y percibir el olor de alimentos y se les medía los cambios producidos en los niveles sanguíneos de la insulina y en la secreción del jugo gástrico y su contenido de ácido clorhídrico.

Paralelamente el Dr. Goic se desarrolló como líder de actividades universitarias y gremiales. Muy pronto sus pares reconocieron su capacidad para conducirlos y guiarlos. Así, fue elegido Director del Departamento de Medicina del Campus Oriente de la Universidad de Chile, en el difícil período de la reforma universitaria, en las décadas de 1960 y 1970. Cuando la Facultad de Medicina se fraccionó en cinco Sedes en Santiago, Alejandro asumió el Decanato de la Facultad Oriente. Después de reunificarse la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, fue elegido Decano y re-elegido para un segundo período.

En la década de 1980, las universidades chilenas, particularmente la Universidad de Chile, experimentaron la intervención de Rectores designados por el Gobierno de la Nación, encargados de imponer un estilo de conducción ajeno a la naturaleza histórica del quehacer universitario. Alejandro Goic fue claro y valeroso al expresar su crítica y su opinión, hecha pública, lo convirtió en uno de los referentes predilectos de la visión universitaria. Por ello, al terminar la intervención gubernamental en la Universidad de Chile se postuló la candidatura de Alejandro Goic a su Rectoría.

Durante los dos períodos del Decanato de Alejandro Goic se gestaron importantes cambios en la concepción y organización de los estudios médicos de pre y post título y fue su impulsor estimulante y participativo. Se inició la innovación curricular en el pre-grado, se ampliaron los programas de Magíster, se creó el Doctorado en Ciencias Biomédicas, se incorporó la Ética Médica como disciplina regular en el plan de estudios, se organizaron el Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos y la Biblioteca de Ética Médica, se adscribió a la Facultad el Museo Nacional de Medicina, se implementaron tecnologías computacionales en la Biblioteca Central de la Facultad.

Consecuencias naturales de ello son que el Dr. Goic fue elegido Presidente de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, integrante del Consejo Superior de la Universidad de Chile, de diversas Comisiones en la Facultad, en la Universidad, en la Sociedad Médica de Santiago y en el Colegio Médico de Chile, para asesorarlos en temas de desarrollo universitario, profesional, gremial, de ética y humanismo, de atención médica y salud pública. Desde el año 2002 integra el Consejo Superior de Educación, del Ministerio respectivo.

Su vocación por la enseñanza médica lo condujo a ejercer docencia directa de alumnos de pre-título, aun durante sus Decanatos. El contacto con alumnos lo mantuvo vital, inquieto, creativo, liderando una iniciativa que coronó en dos ediciones del texto de estudios "Semiología Médica", con amplio uso en el ámbito nacional e hispano parlante.

Participó como autor o coautor en más de 160 artículos publicados en revistas médicas chilenas y extranjeras, y tiene la autoría de libros que muestran su pensamiento en títulos como “Ensayo sobre la Educación Médica Chilena”, “Artículos transitorios”, “Pensamiento universitario”, “El fin de la medicina”, y “Grandes médicos humanistas”. Porque es un romántico, recopiló la biografía de muchos coterráneos de sus padres, emigrados desde una isla mediterránea a las playas de Chile, volcándolas en un libro que tituló “Del Adriático al Sur del Pacífico”. De este último libro quiero extraer frases que ilustran su respeto por la historia, su redacción diáfana y elocuente, y su espíritu humanista. Cito:

*“No es posible eludir nuestro pasado; tampoco merece ser ignorado. En último término somos lo que somos por un pasado que nos configura y enraíza en la vida y en la tierra. Aunque depositarios de una biografía personal única e irrepetible, formamos parte de una biografía colectiva: la de personas unidas por lazos de sangre común.”* En este libro he querido “rendir una suerte de tributo espiritual a los primeros emigrantes dálmatas, hombres y mujeres de acendrada fe religiosa, cuyos restos descansan hoy en tierra chilena en la paz del Señor.” *Fin de la cita.*

La Academia Chilena de Medicina, del Instituto de Chile, lo acogió en 1989 para ocupar el sillón N° 28 de los Miembros de Número y es su Presidente desde el año 2000.

A los títulos de Profesor de Medicina de la Universidad de Chile, Profesor Visitante de la Universidad de Harvard, en Boston, del King’s College, en Londres, y a distinciones de varias universidades y sociedades médicas científicas y gremiales del país, cabe agregar que ha recibido el Premio «Dr. Rodolfo Armas Cruz» de Educación Médica y el Premio de Ética, otorgados por el Colegio Médico de Chile; el Premio «Dr. Ramón Corvalán Melgarejo», por la Sociedad Médica de Santiago; el Diploma «Dr. Carlos Reussi Maestro de Los Andes», de la Asociación Médica Argentina; el título “Maestro de la Medicina Latinoamericana”, de las Asociaciones Médicas Argentina y Latinoamericana; el Premio «Rector Juvenal Hernández Jaque», de la Universidad de Chile y la Medalla «Centenario» de la Organización Panamericana de la Salud. En octubre del año 2005, durante el XXVII Congreso Chileno de Medicina Interna, la Sociedad Médica de Santiago le otorgó la distinción de «Maestro de la Medicina Chilena».

No puedo terminar esta síntesis biográfica sin mencionar las dotes de caballerosidad de Alejandro, la ponderación de su juicio, la rectitud de sus convicciones y su lealtad con amigos e instituciones. A temprana edad contrajo matrimonio con Carmen Jerez, una mujer maravillosa con quien formó una familia encantadora, con tres hijas, dos hijos y varios nietos encantadores. Carmen ya no está físicamente con nosotros pero siento que donde se encuentre su espíritu comparte con nosotros la alegría de ver que a Alejandro Goic se le distinga por su calidad personal, profesional y académica.

Señoras y Señores: Esta no es la primera vez que me corresponde el honor de presentar una reseña biográfica del Dr. Alejandro Goic frente a una selecta audiencia. Me respalda el privilegio de haber sido compañero de su ruta profesional, académica

y familiar. Nuestro conocimiento mutuo comenzó cuando yo era estudiante de medicina en el Hospital del Salvador, en la cátedra del Profesor Alessandri. Una tarde, el Dr. Héctor Ducci eligió un grupo de internos –entre los que me contaba– para que en los meses siguientes ayudáramos a identificar pacientes que cumplieran los requisitos para incorporarse a un ensayo clínico ejecutado por el Residente-becario Alejandro Goic. Sería el primer trabajo presentado por él en la Sociedad Médica de Santiago. En ese momento histórico, no era prudente declinar una solicitud del Dr. Ducci. El esfuerzo extra que significó esta colaboración, sumada a las obligaciones cotidianas del internado, no despertó precisamente nuestras simpatías por el becario de marras. Años después, Alejandro y yo colaboramos en nuestras respectivas carreras académicas y juntos vivimos la encantadora empresa de modernizar el proceso editorial de la Revista Médica de Chile, influyendo para que adquiriera reconocimiento dentro de la llamada “corriente principal” de las revistas científicas, y se le considere la revista médica emblemática de nuestro país, además de una de las más antiguas en lengua castellana. Alejandro fue su Editor jefe durante 26 años y ahora es Editor Emérito. Fue el primer latinoamericano miembro de la Asociación Mundial de Editores de Revistas Médicas. En este “Campus académico sin tumultos” que es una revista médica, como la definiera el Dr. Franz Ingelfinger, Alejandro y yo hemos compartido también la obsesión de defender el uso correcto de nuestra lengua materna, ajustándola a la precisión y concisión que se exigen en los escritos científicos, pero buscando en otros documentos la oportunidad de expresarnos con la elegancia y el ritmo que permiten este idioma, para sentir el placer de redactar algo que tenga casi la musicalidad de un poema escrito en prosa.

Como muestra de lo recién dicho, quiero transcribirles el primer párrafo de un documento escrito por el Dr. Goic para describir lo que son las Academias del Instituto de Chile. Cito:

*“Akademeia” era, en la antigua Grecia, el nombre de un lugar –un pequeño bosque de olivares- cercano a Atenas... Allí inició su enseñanza Platón, cuya famosa escuela de filosofía y la de sus sucesores fue conocida, precisamente, con el nombre de “Academia”.*

Con esta cita doy fin a la reseña biográfica del Premio Nacional de Medicina 2006: un médico, educador y humanista.■

## DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL PREMIO NACIONAL DE MEDICINA.

DR. ALEJANDRO GOIC GOIC.

La gratitud, más que una obligación, es un vínculo moral que se establece libre y espontáneamente con la o las personas que nos han conferido gratuitamente un favor o una atención. Es en virtud de tal vínculo que mis palabras iniciales no podrían ser otras que las de agradecimiento al Jurado del Premio Nacional de Medicina, integrado por destacados médicos y presidido por el Decano Octavio Enríquez Lorca, así como a las instituciones académicas, científicas y gremiales por ellos representadas que me han otorgado esta alta e inapreciable distinción. Debo subrayar que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades, la Asociación de Facultades de Medicina, el Colegio Médico, la Academia de Medicina y las Sociedades Científicas han sido los pilares en que se ha sostenido el progreso de la medicina, la educación médica y la salud pública en el país. Para mí el valor más gratificante de este Premio es, precisamente, el que sea otorgado por los pares, conocedores de las luces y sombras de la medicina, así como de las glorias y dolores de la práctica médica. Agradezco, también, al Dr. Humberto Reyes Budelovsky sus elogiosas palabras que creo están motivadas más bien por el afecto de una prolongada amistad y por haber vivido muchas experiencias comunes en nuestra vida profesional. Y, por último, expreso mi gratitud a los numerosos colegas y amigos que han hecho propicia la ocasión de haberseme otorgado este reconocimiento para manifestarme su adhesión y simpatía.

Sólo puedo decir a ustedes que no tengo otro mérito -si es que alguno- que haberme esforzado por ejercer la medicina en forma responsable y humanitaria y no haber restado mi participación en ninguna iniciativa que contribuyera al progreso de la medicina y la educación médica. Todo ello, con la necesaria dosis de entusiasmo y, talvez, de pasión, que he puesto en todas las actividades que he emprendido en mi vida profesional y académica.

Permítanme que en esta ocasión especial haga un recuerdo de mis padres -a quienes todo debo- y de mis venerables abuelos croatas que hace ya más de un siglo arribaron desde una lejana isla de la costa dálmata del Adriático a las frías tierras magallánicas en busca de un porvenir y una esperanza; y de la mujer inteligente, creativa y solidaria que me acompañó y apoyó por más de cuarenta años, y que, para consternación de todos aquellos que la conocieron y la amaron, fuera arrebatada de su hogar y de la vida por una enfermedad cruel e irremediable.

Evoco con cariño mi paso por la educación primaria y secundaria en el antiguo Colegio San Pedro Nolasco de la calle de los Huérfanos colindante con la histórica Basílica de la Merced que, con el tañir inmutable de su Carillón, convoca e inspira a

la ciudad y sus habitantes. Este Colegio de la Orden Mercedaria nos entregó valores positivos y una formación integral a través de una metodología educativa más bien tradicional pero muy estimulante, que fomentaba una sana competencia estudiantil pero, también, el compañerismo y un fuerte sentimiento de pertenencia a la comunidad escolar.

Mi formación universitaria fue, en verdad, muy favorecida por las circunstancias y por el encuentro azaroso con profesores notables, a quienes hoy deseo rendir tributo.

En la Escuela de Medicina de la Universidad Católica me impresionaron la sólida personalidad académica y sapiencia de muchos de mis profesores. Recuerdo con particular respeto y afecto a los doctores Héctor Croxatto Rezzio, catedrático de fisiología y Luis Vargas Fernández de fisiopatología, ambos científicos eminentes galardonados con justicia décadas después con el Premio Nacional de Ciencias; al Dr. Fernando García-Huidobro, titular de Farmacología, cuyas demostraciones experimentales en las clases expositivas eran para nosotros una novedad y un aprendizaje perdurable; al Dr. Raúl Croxatto Rezzio, cuya prolijidad y entusiasmo en la enseñanza de una disciplina compleja como la bioquímica no dejaba de deleitarnos; al Dr. Ramón Ortúzar Escobar, sobresaliente profesor de clínica médica, de quien aprendí los elementos fundamentales del arte de la medicina y al Dr. Bernardino Piñera Carvallo, sacerdote ilustre -actual Obispo Emérito de La Serena-, quien nos dictaba un motivador curso de historia de la medicina universal.

Mi incorporación en 1955 como Residente-becario en la Cátedra E de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, fruto de un encuentro fortuito y un consejo oportuno del distinguido Dr. José Barzelatto Sánchez, fue un momento decisivo para mi formación profesional.

Esa Cátedra universitaria, asentada en el Servicio de Medicina del Hospital del Salvador y encabezada por el Profesor Hernán Alessandri Rodríguez, era en todo excepcional. Hernán Alessandri, un clínico eminente, de inteligencia extraordinaria, honorable y sabio, conducía un servicio clínico maravillosamente bien organizado por la inspiración de un administrador nato y talentoso como el Dr. Héctor Ducci Claro y en donde asistencia a los enfermos y docencia a los estudiantes eran actividades inseparables e indistinguibles. Los ayudantes del Profesor Alessandri, todos profesionales de gran prestigio, tenían una dedicación ejemplar a la enseñanza. En la imposibilidad práctica de nombrarlos a todos con sus respectivas cualidades y méritos, simbolizaré la excelencia de ese grupo docente en la persona de los Drs. Raúl Etcheverry Baruchi, un virtuoso de la hematología y formador de innumerables estudiantes y especialistas; Eliseo Concha Parot, docente por vocación, metódico y severo; David Lamas Brunstein, un cardiólogo clínico con habilidades diagnósticas sorprendentes y Gastón Chamorro Zapata quien, a la par de su sencillez, era poseedor de una fina sensibilidad y amplios conocimientos clínicos. Además de distinguirme con su amistad, tuve el privilegio de escribir con él la obra «Semiología Médica», acogida como texto de estudio por generaciones de jóvenes estudiantes de medicina en nuestro país y en otras latitudes.

En la Cátedra de Alessandri existía una disciplina médica ejemplar, que no era otra cosa que el cumplimiento irrestricto de las responsabilidades asistenciales y docentes asignadas. Se respiraba en ella una atmósfera universitaria estimulante de la que nos impregnamos muchos de sus discípulos para esforzarnos por continuar la tarea inacabable de hacer progresar la medicina y la educación médica en el país. Fue allí donde se despertó mi vocación universitaria, iniciando una carrera académica en la Universidad de Chile que se prolonga hasta hoy, interrumpida sólo por los dos años en que me desempeñé en el Hospital Regional de Temuco, una experiencia profesional y humana inolvidable y enriquecedora. Mi estadía en los EE.UU. con el Profesor Stewart Wolf, un investigador clínico de notable imaginación, me permitió profundizar en los fundamentos científicos del rol de los factores psicológicos en la enfermedad y orientar el carácter de mi actividad clínica.

En esa época, me vinculé estrechamente con la Sociedad Médica de Santiago y la Revista Médica de Chile, dos instituciones respetables cuyo origen se remonta al siglo XIX y que no sólo están insertas en la historia de la medicina chilena sino que también en la historia social y cultural de nuestro país. Como toda labor constructiva y perdurable, su contribución a la educación médica continua y la difusión científica durante más de cien años, ha sido tan silenciosa como memorable.

En mi vida universitaria lo más gratificante fue la enseñanza a los estudiantes de medicina, internos y médicos residentes y, particularmente, a grupos pequeños de alumnos en los «pasos de semiología» destinados al aprendizaje de la historia clínica y de los síntomas y signos, disciplina que constituye «no la gramática de la medicina sino la medicina misma». Su carácter tutorial permitía un conocimiento de la personalidad de cada alumno, así como el intercambio vivo de saberes médicos y de experiencias humanas. Similar satisfacción renace hoy con la enseñanza de la ética médica a jóvenes estudiantes en el mismo hospital, que hoy luce más desvencijado y desprovisto que ayer, sostenido por su tradición y por la abnegación de sus médicos y personal de la salud.

Dedicado por décadas a la atención sistemática de los enfermos y a la enseñanza, recorrí mil veces los extensos y más que centenarios pasillos del Hospital del Salvador, una reliquia histórica de la arquitectura hospitalaria del siglo XIX. Cómo olvidar esas enormes salas contiguas a la Maternidad -hoy desaparecidas- y el encanto del enorme ceibo que se yergue añoso en medio de un patio circundado por largos corredores techados sostenidos por pilares de roble americano y con sus baldosas envejecidas por los pasos del hombre y el tiempo. Así como la serenidad y paz que irradia la hermosa capilla en cruz enclavada en el corazón del recinto hospitalario y rodeada de espacios-testigos del dolor y sufrimiento humanos, patrimonios culturales de la Nación que ojalá sobrevivan a los embates de la modernidad.

Fueron los avatares universitarios los que me llevaron a asumir, primero, el decanato de la Facultad de Medicina de la Sede Oriente de la Universidad de Chile, a una edad talvez demasiado temprana para esa tarea, impulsado por la generosidad de mis colegas y amigos del hospital del Salvador. La laboriosa organización de esa

nueva Facultad y sus expectativas de desarrollo autónomo se vieron desvanecidas por circunstancias imprevisibles.

Muchos años después, la elección como Decano de la Facultad reunificada fue una distinción tan grande como la responsabilidad y el sacrificio de ejercer tan delicada función. Junto con contribuir a reparar una dignidad institucional resquebrajada y en razón de una convicción universitaria muy profunda, puse el énfasis en el progreso académico de la Facultad, privilegiando el desarrollo de los programas conducentes a los grados académicos superiores, la innovación curricular en el pregrado, la incorporación formal de los estudios éticos, históricos y humanísticos en el curriculum de la carrera y la apertura de espacios institucionalizados para el cultivo académico de esos saberes.

Aquellos fueron tiempos difíciles, talvez los más dramáticos que me ha tocado vivir y durante los cuales traté de mantenerme fiel a principios emanados del ser propio de la medicina: el respeto por la vida, por las personas y su dignidad. Inolvidable fue la defensa por los Decanos y la comunidad universitaria de la autonomía e integridad de la institución, a la que el filósofo Jorge Millas llamara «*la universidad vigilada*» y cuyos pormenores registró con maestría el Profesor Fernando Valenzuela Erazo en su libro «*La rebelión de los Decanos*». Las emocionantes muestras de solidaridad y adhesión que recibimos en aquella época permanecen indelebles en mi memoria y en mi corazón.

Debo decir que desde temprano en el ejercicio de la medicina me interesé por meditar sobre su naturaleza y su sentido a partir de la observación atenta de la práctica médica. Durante «*mi segunda navegación*», esas reflexiones se plasmaron en algunos libros que, en lo esencial, intentaban analizar el contenido ético de la medicina, su naturaleza y sus fundamentos, ejemplarizándolo en el pensamiento y la obra de médicos humanistas notables de la historia universal de la medicina.

Con el transcurso de los años, la indagación sobre la finalidad última del saber médico, su singularidad en el conjunto de las profesiones llamadas ilustradas o liberales y la esencia del acto médico han arraigado en mí profundas convicciones que me permitiré compartir sumariamente con ustedes.

La primera es que, cualesquiera hayan sido los espectaculares avances científicos y técnicos de la medicina y su impacto en la profesión, la relación médico-paciente sigue siendo el pilar fundamental de la práctica médica. Es en el encuentro libre, íntimo y amistoso del médico con su enfermo donde se expresa de un modo concreto la bondad de la medicina como arte y como ciencia. La acción médica se realiza *a causa de* la relación médico-paciente y *en* la relación médico-paciente y sólo *en* ella. Así lo ha sido ayer, lo es hoy y, confiamos, lo será mañana en tanto la medicina sea una actividad humana. Similares conceptos son aplicables a la relación de los pacientes con las instituciones sanitarias: todo país debería aspirar a tener servicios médicos que sean no sólo técnicamente eficientes y económicamente viables, sino que hagan posible un modo social de relación interhumana en la que prevalezca la acogida, la amabilidad y el respeto por las personas.

Una segunda convicción es que, en último término, existen dos modelos o prototipos contrapuestos para entender la medicina y su ejercicio: un modelo que podemos llamar de «inspiración hipocrática» y otro de «inspiración tecnocrática».

El modelo de inspiración tecnocrática hace prevalecer en medicina y salud las consideraciones técnicas, administrativas y económicas por sobre los factores humanos. Según esta visión, los valores de la medicina son cambiantes en función de circunstancias históricas, sociales y políticas; es un saber éticamente neutro y la relación del médico con el paciente un contrato regido por la autonomía del enfermo. Así, para esta percepción, el médico no es más que un proveedor de salud y el paciente un consumidor, en tanto que la organización sanitaria de la población, en lo fundamental, es un problema técnico.

En cambio, para el modelo de inspiración hipocrática la medicina es un bien en sí misma, que no es modificable, en lo esencial, por factores externos a ella. Su propósito surge como respuesta a la experiencia humana de la enfermedad, la necesidad de ayuda o cuidado que ella genera y el deseo humano de evitar el sufrimiento y recuperar la salud perdida, un objetivo que es a la vez técnico y moral. *«El bien de la medicina es lo que la medicina es y lo que ella persigue; aquello que hace que la medicina sea medicina, más bien que leyes o política»* o cualquier otro oficio o profesión. Para la mirada de raigambre hipocrática la medicina es constitutivamente ética y está inspirada en el principio de beneficencia -esto es, la búsqueda del bien del enfermo por sobre cualquier otra consideración-, principio que no se vive desde la competencia con la autonomía sino desde la reciprocidad. Por su parte, la organización de la atención de salud de la población es, en lo fundamental, un problema moral y humano.

Creo firmemente que si en nuestra práctica profesional y nuestros sistemas de salud no prevalece una medicina de inspiración hipocrática y, por el contrario, se impone una visión tecnocrática extrema, querría decir que están justificadas las aprensiones de muchos respecto a su futuro. Todo va a depender de la profundidad y solidez del convencimiento que tengan los médicos, tanto individual como colectivamente, del bien que significa la medicina, la trascendencia de los valores que defiende, la nobleza y honorabilidad de la profesión, así como del esfuerzo por transmitir eficazmente tal certidumbre a las autoridades políticas y a la sociedad. Esto implica que los médicos debemos esforzarnos por rescatar la identidad y los valores esenciales de la medicina y de la práctica médica, la integridad de la relación médico-paciente y el sentido altruista de la profesión, privilegiando su dimensión humana, ética y social. En pocas palabras, redimir la medicina legada por nuestros antepasados hipocráticos y que, transmitida de generación en generación a través de los siglos, se fue incorporando indeleblemente a la cultura universal.

Finalmente, y en el ámbito de estas consideraciones, debo afirmar que la educación de los médicos no es una tarea fácil ni susceptible de ser improvisada sino que, por el contrario, es un proceso de formación complejo y difícil cuyo objetivo no es sólo la enseñanza y aprendizaje de conocimientos biomédicos y de habilidades y destrezas, sino que, además, la internalización de valores éticos de gran entidad in-

dividual y social. Esta tremenda responsabilidad educacional requiere necesariamente de Escuelas de Medicina socialmente acreditadas, de alumnos académicamente capaces y de docentes idóneos y ejemplares, dedicados de lleno a la tarea universitaria.

Señoras y Señoras:

Creo que si la medicina ha de ser fiel a su naturaleza y enfrentar con éxito los embates que sufre en un mundo dominado cada vez más por el cientificismo, el economicismo y la tecnocracia, pareciera necesario esforzarse por reafirmar su carácter originario, esto es, el de un arte y ciencia que en último término persigue un bien: sanar y cuidar a las personas enfermas. Ello implica inspirarse en sus valores fundacionales y tener un profundo convencimiento del carácter humanitario de la práctica profesional, liberándola de aquellas concepciones extremas que la perturban y desnaturalizan. Tal vez no esté de más recordar que las expectativas individuales y sociales en la idoneidad profesional y en las cualidades éticas del médico son muy altas, por lo que todo profesional debiera aspirar a satisfacerlas, contribuyendo de este modo a resaltar la nobleza de la profesión, su propia dignidad y el carácter humanista de la medicina.

Los estudiosos de la cultura antigua han caracterizado al médico hipocrático como *«la encarnación de una ética profesional ejemplar por la proyección del saber [médico] sobre un fin ético de carácter práctico»* y a la medicina griega como *«una fuerza cultural de primer orden»*. Me atrevo a sostener que para la medicina contemporánea reanimar la figura del médico hipocrático no debiera ser solamente una aspiración encomiable - menos aún una utopía- sino que el reencuentro fecundo con un ideal médico que, formulado hace dos mil quinientos años como un sencillo Juramento, revolucionara no sólo a la medicina sino que, también, a la historia de la humanidad.■

Durante el año académico 2006 la Academia de Medicina realizó 15 sesiones: 9 ordinarias, 4 extraordinarias y 2 públicas y solemnes.

#### SESIONES ORDINARIAS

En las Sesiones Ordinarias expusieron la Subsecretaria de Salud Dra. Cecilia Villavicencio sobre el “Plan de garantías explícitas en Salud (Plan AUGE)” y los siguientes académicos sobre los temas que se indican: “Impacto de la globalización en los currículos de las Escuelas y/o Facultades de Medicina” por el Académico Correspondiente (Concepción) Dr. Elso Shiappacasse F.; “Plasticidad Cerebral: el primer año define el ciclo vital” por el Académico de Número Dr. Fernando Mönckeberg B.; “La medicina chilena entre dos sets de valores: la ética de la Biblia y las éticas de origen humano” por el Académico Honorario Monseñor Dr. Bernardino Piñera C.; “Teoría de la emoción” por el Académico de Número Dr. Sergio Ferrer D.; “Principios bioéticos y Derechos Humanos de UNESCO” por el Académico de Número Dr. Ricardo Cruz-Coke; “Pasión por la verdad: los investigadores que estuvieron dispuestos a inmolarse” por el Académico de Número Dr. Pedro Rosso R.; “Los idiomas nativos y extranjeros en la toponimia a lo largo de Norte a Sur de Chile” por el Académico Correspondiente (Valparaíso) Dr. Ernesto Mundt; “¿Qué es medicina interna?” por el Académico de Número Dr. Humberto Reyes y “La educación en Concepción desde el siglo XVI hasta la creación de la Universidad de Concepción” por el Académico Correspondiente (Concepción) Dr. Carlos Martínez G.

#### SESIONES EXTRAORDINARIAS

En Sesiones Extraordinarias fueron elegidos como Miembros de Número la Dra. Mireya Bravo Lechat y como Miembros Honorarios los Drs. Francisco Beas Franco, Lorenzo Cubillos Osorio, Enrique Fanta Núñez, Alberto Gormaz Balierio y Mauricio Parada Barrios. El Dr. Alejandro Goic fue reelegido Presidente de la Academia para el período 2007 – 2009.

#### SESIÓN PÚBLICA

El 28 de noviembre junto a la Academia de Ciencias y la Sociedad Chilena de Nutrición se realizó un acto académico en honor del Dr. David Barker, Profesor de Epidemiología Clínica de la University of Southampton.

### PREMIO NACIONAL DE MEDICINA 2006

El Premio Nacional de Medicina 2006 que otorga: la Academia Chilena de Medicina, la Asociación de Sociedades Científicas-Médicas de Chile, la Asociación de Facultades de Medicina de Chile y el Colegio Médico de Chile, recayó en el Dr. Alejandro Goic G. Este Premio le fue concedido por la comunidad médica "en reconocimiento a su trayectoria profesional y académica de excelencia, su creatividad y aporte relevante al desarrollo y prestigio de la medicina nacional". La ceremonia de entrega de la distinción se realizó en el Salón de Honor del Instituto de Chile el 27 de abril, sesión pública Presidida por D. Fernando Silva Vargas, Presidente del Instituto, y los Presidentes de las instituciones médicas nacionales patrocinantes, los Drs. Octavio Enríquez, Rodolfo Armas Merino y Juan Luis Castro.

### PREMIO ACADEMIA DE MEDICINA 2006

El *Premio Academia de Medicina 2006*, distinción que se adjudica al médico que ha desarrollado una sostenida y destacada línea de investigación, fue otorgado a la Dra. Teresa Sir Peterman por sus importantes aportes en el área de la endocrinología-ginecológica.

#### *Distinciones*

Fueron otorgadas por instituciones externas a la Academia las siguientes distinciones y nombramientos:

- Medalla A. Edward Maumenee, al Académico de Número Dr. Juan Verdaguer T., por la Asociación Pan Americana de Oftalmología.
- Master del American College of Physicians al Académico de Número Dr. Manuel García de los Ríos.
- Doctor Honoris Causa de la Universidad Científica del Sur de Lima en Perú, el Académico Correspondiente Extranjero Dr. Zdzislaw Jan Ryn.
- Profesor Emérito de la Universidad de Chile. El Académico de Número Dr. Ernesto Medina Lois.
- Distinción universitaria "Medalla Rector Juvenal Hernández Jaque 2006", al Académico de Número Dr. Esteban Parrochia B.
- Profesor Emérito de la Pontificia Universidad Católica de Chile al Académico de Número Dr. Vicente Valdivieso D.
- Miembro del Consejo Asesor del Servicio Médico Legal, el Académico de Número Dr. Ricardo Cruz-Coke M.
- Miembro del Consejo de Evaluación de la Universidad de Chile, la Académica de Número Dra. Colomba Norero.

- Medalla de Honor del Colegio Médico de Chile al Miembro Correspondiente Dr. Carlos Martínez Gaensly, por su destacada trayectoria profesional y los servicios prestados al gremio médico.

#### PUBLICACIONES DE LA ACADEMIA

- Boletín de la Academia Chilena de Medicina 2005, N° XLII.
- “Reseña de la Academia Chilena de Medicina” (Monografía), Dr. Alejandro Goic G.

#### *Publicaciones de los Académicos*

- “¿Ser moderno o tener fe?” (Editorial Los Andes) del Académico Honorario Monseñor Dr. Bernardino Piñera. La obra fue presentada por el Ex Presidente Ricardo Lagos y comentada por el Sr. Sebastián Piñera y Monseñor Alejandro Goic Karmelic.
- «Fisiopatología Humana» (Editorial Mediterráneo) del Académico de Número Profesor Bruno Gunther S. Esta obra será un gran aporte para la enseñanza de una disciplina considerando que los textos de estudio disponibles en lengua española son escasos.

#### PARTICIPACIÓN EN REUNIONES INTERNACIONALES

- Entre el 23 y el 25 de febrero se llevó a cabo en Bogotá, Colombia, la XVII Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, de España y Portugal (ALANAM). El tema de la Reunión fue *Educación Médica*. En ella, el Presidente de la Academia Chilena de Medicina expuso el trabajo “*Panorama actual de la educación médica en Chile*”, elaborado en conjunto con el Dr. Rodolfo Armas M.
- Entre el 3 y el 6 de abril se realizó en Beijing, China, el Segundo Foro Global de la InterAcademy Medical Panel (IAMP) on Global Health Issues. El tema de la Reunión fue “Prioridades en el control de las enfermedades en los países en desarrollo y el rol de las Academias en difundir las recomendaciones que se acuerden”. Participó en este evento el delegado permanente de nuestra Academia ante dicha institución, el Dr. Rodolfo Armas Merino.
- Entre el 1 y 3 de octubre pasado se realizó en Ciudad de México el “Foro Interacadémico en problemas de salud Global”, organizado por la Academia Nacional de Medicina de ese país. Representó a nuestra Academia la Dra. Colomba Norero. Los temas tratados en sesiones simultáneas fueron: - Acceso universal al cuidado médico ¿realidad o utopía?; - Inversión en investigación y educación en salud; - Cooperación internacional en enfermedades epidémicas, y - Envejecimiento de la población.

## REPRESENTACIONES

- El Dr. Vicente Valdivieso D., fue confirmado por la Academia de Medicina como su representante ante el Directorio de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), para el nuevo período ordinario de trabajo de esa institución; y lo designó como su representante al Consejo Asesor de la Ministra de Salud para el Plan de Garantías Explícitas en Salud (AUGE).
- El Dr. Rodolfo Armas fue designado por la Academia para integrar la Comisión Económica y Administrativa del Instituto de Chile.
- El Dr. Otto Dörr Z. representó al Presidente de la Academia en el jurado que discernió los Premios que el Colegio Médico otorga a los mejores trabajos de Ética.
- La Academia de Medicina fue invitada por el Ministerio de Salud al acto de lanzamiento de la Estrategia Global contra la Obesidad. Representó al Presidente el Académico de Número Dr. Ricardo Uauy. En la oportunidad la Corporación adquirió el compromiso de difundir e incorporar en sus reuniones académicas temas de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y de promoción de estilos de vida saludable.
- El Dr. Alejandro Goic fue reelegido por el Consejo del Instituto de Chile, como uno de sus representantes ante el Consejo Superior de Educación para el período 2006-2010.

## CONFERENCIAS POR INVITACIÓN AL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA

¿Qué es buena medicina? *Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.*

“Políticas públicas en salud y educación: ¿una experiencia exitosa?”, *Consejo Regional Los Ángeles del Colegio Médico.*

“El médico frente a la muerte: visión desde la ética clínica”, *XXVIII Congreso Chileno de Medicina Interna, Viña del Mar.*

## BIBLIOTECA ACADEMIA

Se ha confeccionado una nueva base de datos del índice del Boletín de la Academia desde 1966 al año 2005. La Biblioteca de la Academia cuenta a la fecha con otras cuatro bases de datos: colección de libros; colección de revistas; boletín de la Corporación y colección de fotos.

## OBITUARIO

En el presente año la Academia de Medicina ha debido lamentar la pérdida de los Académicos Honorarios Drs. Mario Herrera Moore, Helmut Jaeger Lunecke y del Académico Correspondiente de Valdivia Dr. Ítalo Caorsi Chouque.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las señoras y señores académicos que participaron en los Comités de Estudios de la Academia: de Educación Superior y el Comité de Postulaciones. Extiendo mis agradecimientos al funcionario Sr. Jorge Gajardo, quien cesa sus labores en la Academia de Medicina. En nombre de la Corporación deseamos agradecerle al Sr. Gajardo su dedicación y la colaboración prestada a nuestra institución durante 15 años y le deseamos mucho éxito en sus nuevas funciones en el Ministerio de Educación. Nuestro reconocimiento a la Sra. Bibliotecaria Elfriede Herbstaedt y a la Secretaria Administrativa Cristina Blamey por su dedicación y eficiente desempeño. ■

Dr. Alejandro Goic G.

Presidente



## ACTIVIDADES DE LOS ACADÉMICOS

*Distinciones recibidas, publicaciones, actividades académicas  
y culturales de los Miembros de la Academia de Medicina.*

### **DR. RODOLFO ARMAS M.**

#### *Docencia en Universidad de Chile*

En Pregrado:

Profesor Encargado de Internado en Departamento de Medicina Occidente

Dicta clases a alumnos tercer año de medicina sobre enfermedades hepáticas

Integra comisiones de exámenes de pregrado

En Post título:

Consultorio Docente con residentes dos veces por semana en Especialidad de Gastroenterología

Realiza Seminarios a residentes durante su pasada por gastroenterología

Integra comisiones de Exámenes teóricos y prácticos de médicos al término de programas de formación en Medicina Interna y Gastroenterología

Integra comisiones de exámenes teórico-prácticos de reválida de título

#### *Cargos y tareas en Academia de Medicina*

Miembro de Número, Tesorero

Presidente del Comité de Educación Superior

Representante Permanente ante Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM)

Asistencia a la XVII Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, de España y Portugal (ALANAM). Se presentó el trabajo "*Panorama actual de la educación médica en Chile*", el que fue elaborado en conjunto con el Dr. Goic. Bogotá, febrero 2006.

Asistencia y participación en el Segundo Foro Global de la InterAcademy Medical Panel (IAMP) on Global Health Issues. El tema de la Reunión fue "Prioridades en el control de las enfermedades en los países en desarrollo y el rol de las Academias en difundir las recomendaciones que se acuerden". Beijing, abril 2006.

#### *Sociedades Médicas*

Presidente Asociación Sociedades Científicas Médicas de Chile (Asocimed) hasta agosto de 2006

Miembro de Consejo de Capítulo Chileno, American College of Physicians

#### *Otras Actividades*

Miembro del Consejo (en representación de CONICYT) del Fondo Nacional de Investigación en Salud, hasta septiembre de 2006.

Participación en grupo de trabajo del Ministerio de Salud, para desarrollar plan piloto para el Tratamiento de la Hepatitis C.

Vicepresidente del Consejo Nacional de Investigación en Salud del Ministerio de Salud, desde octubre de 2006.

**DR. FELIPE C. CABELLO***Publicaciones.*

- Moreno C.X., Moy F., Daniels T.J., Godfrey H.P., Cabello FC. Molecular analysis of microbial communities identified in different developmental stages of *Ixodes scapularis* ticks from Westchester and Dutchess Counties, New York. *Environ Microbiol* 2006; 8:761-772.
- Cabello F.C. Heavy use of prophylactic antibiotics in aquaculture: a growing problem for human and animal health and for the environment. *Environ Microbiol* 2006; 8:1137-1144.
- Cabello F.C., Hulinska D., Godfrey H.P., eds. *Molecular Biology of Spirochetes*. IOS Press, Amsterdam: 2006. i-x + 400 pp

*Asesorías*

- Comité de expertos del World Wildlife Fund sobre el efecto del uso de sustancias químicas y antibióticas en acuicultura.
- Comité de Expertos del National Institute of Health, EE.UU para revisar proyectos de investigación para la creación de centros multidisciplinarios de investigación médica.

**DR. PABLO CASANEGRA P.***Conferencia*

“Liderazgo en Medicina”. Programa Curso de Bienvenida 2006. Aula Magna. Escuela de Medicina. Dirección de Post Grado. Pontificia Universidad Católica de Chile. Julio, 2006.

*Otras actividades*

Integrante del Directorio de la Fundación SOCHICAR.

**DR. RICARDO CRUZ-COKE M.***Actividades académicas*

## Internacionales:

- 40 Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Budapest, Hungría, Academia de Ciencias, 26-30 Agosto 2006. Consejo Directivo.
- 12 Congreso de la Asociación Latinoamericana de Genética (ALAG), 40 Congreso de la Sociedad Brasileira de Genética, Foz de Iguazú, septiembre, 2006. Historia de la Genética Latinoamericana (Mesa redonda). Asamblea de ALAG.

## Nacionales:

- Conferencia “Normas bioéticas y derechos humanos de UNESCO”. Academia Chilena de Medicina, agosto, 2006.
- Mesa redonda: “Historia de la Institucionalidad sanitaria social de Chile”. VII Jornadas de Historia de la Medicina, PUC, octubre, 2006.
- Informe sobre cronograma 2008-2010 de Congresos de ALAG. Enfermedades genéticas en Chile. 39 Reunión anual de Sociedad de Genética de Chile. Viña del Mar, noviembre, 2006.

*Publicaciones*

- Cruz-Coke, R. Marco histórico de la época de Maimónides. Anales. Hist. Med. UNAM Tomo I; 3-5, 2005.
- Cruz-Coke, R. Reforma Estatuto de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. Anales Chile Historia Medicina 2006; 16; 113-119.
- Cruz-Coke, R. Centenario de Alzheimer. El Mercurio, 3-11-2006.

*Distinciones*

Miembro Honorario de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina, octubre, 2006.

**DR. LORENZO CUBILLOS O.**

Miembro del Directorio Provisorio de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. Colaboración en la elaboración de los Nuevos Estatutos de la Sociedad.

- VII Jornada de Historia de la Medicina, de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina (Santiago, octubre, 2006). Participante.
- "Homenaje a la memoria del Prof. Dr. Raúl Ramírez Moreno". Sesión de la Sociedad de Cirujanos de Chile, septiembre de 2006.

**DR. OTTO DÖRR Z.***Conferencias en Chile:*

- "Psicopatología de las emociones". Coloquio sobre las Emociones, organizado por el Servicio de Neurología del Hospital Militar. Santiago: junio, 2006.
- "La psicoterapia como mayéutica". I Congreso Internacional Ser y Nacer, la Génesis de lo Humano. Concepción: octubre, 2006.
- "Fenomenología diferencial de las emociones en la depresión y en la esquizofrenia". 61º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía". La Serena: noviembre, 2006.

*En el extranjero:*

- "La fenomenología de la esquizofrenia durante los últimos 50 años". Congreso Centenario Juan J. López Ibor. Madrid, abril, 2006.
- "La superación de la neurosis por la genialidad: el caso de Soeren Kierkegaard". Congreso Centenario Juan J. López Ibor. Madrid, abril, 2006.
- Presentación del libro "Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología", de Héctor Pelegrina Cetran. Congreso Centenario Juan J. López Ibor. Madrid, abril, 2006.
- "El delirio como posibilidad humana". Primer Congreso Argentino de Adolescencia, Salud Mental y Trastornos Adictivos. Mendoza, junio, 2006.
- "Fenomenología de la genialidad y psicopatología". Primer Congreso Argentino de Adolescencia, Salud Mental y Trastornos Adictivos. Mendoza, junio, 2006.
- "Fenomenología de la intersubjetividad y su importancia para la comprensión de las enfermedades del ánimo y la esquizofrenia". VI Congreso Mundial de Estados Depresivos. Mendoza, septiembre, 2006.

- "Dolor, depresión y la pregunta por el sentido del sufrimiento". VI Congreso Mundial de Estados Depresivos. Mendoza, septiembre, 2006.
- "El desafío actual de la psicopatología". Presentación del libro del Dr. Héctor Pelegrina "Fundamentos antropológicos de la psicopatología". VI Congreso Mundial de Estados Depresivos. Mendoza, septiembre, 2006.

*Extensión:*

- "Das Wort und die Musik: Einführung in die Sonetten an Orpheus von Rainer Maria Rilke". Liga Chileno-Alemana. Santiago, agosto, 2006.

*Publicaciones*

Revistas nacionales:

- "El renacimiento de la psicopatología: Reflexiones en torno al libro 'Fundamentos antropológicos de la psicopatología', de Héctor Pelegrina". Gaceta Universitaria 2006; 2, Vol. 2: 256-263.

Revistas internacionales:

- "En torno al sentido del dolor". Salud Mental (México), 2006; 29: 9-17.
- "La fenomenología psiquiátrica como epistemología y sus consecuencias terapéuticas". Monografías de Psiquiatría (España), Vol. 18, N° 1: 16-22 (2006).
- "Fenomenología de la obsesividad". Archivos de Psiquiatría (España), 2006; 4: 197-209.

**DR. EDUARDO FASCE H.**

*Publicaciones:*

- Palacios S., Soto A., Ibáñez P., Fasce E. "Estilos cognitivos en docentes de la carrera de Medicina de la Universidad de Concepción". Rev Educación Ciencias Salud 2006; 3:32-26.
- Palacios S., Matus O., Soto A., Ibáñez P., Fasce E. "Estilos de aprendizaje en primer año de medicina según cuestionario de Honey-Alonso". Rev Educ Ciencias Salud 2006;3:89-94.
- Palacios S., Pérez O., Pino J., Carrasco G., Fasce E., Olmos A. "Función de los músculos inspiratorios, parámetros hemodinámicos y disnea en pacientes con estenosis mitral". Rev Méd Chile 2006;134:556-564.
- Fasce E. "Andragogía". Rev Educación Ciencias Salud 2006;3:69-70.

*Conferencias:*

- "Nuevos datos epidemiológicos sobre hipertensión". Jornadas Sociedad Chilena de Hipertensión. Santiago, agosto 2006.
- "Tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor". Jornadas Sociedad Chilena de Hipertensión. Santiago, agosto 2006.
- "Modificaciones en la epidemiología de la hipertensión arterial en 15 años". Primeras Jornadas de Salud Cardiovascular, Servicio de Salud. Concepción, agosto 2006.
- "Tratamiento de la hipertensión arterial: más allá de los eventos". XIII Congreso de Medicina Interna. Concepción, agosto 2006.

- "Actividad simpática y endotelio en hipertensión". Simposio Internacional de Hipertensión. Filial Concepción Sociedad Chilena de Cardiología. Concepción, septiembre 2006.
- "Nuevos conceptos sobre la hipertensión en la obesidad". Curso Internacional de Hipertensión, Clínica Santa María. Santiago, octubre 2006.
- "Epidemiología de la hipertensión arterial en Chile". Curso Internacional de Hipertensión, Clínica Santa María. Santiago, octubre 2006.
- "Cómo tratar la hipertensión del adulto mayor". Videoconferencia para los Servicios de Salud del país. Ministerio de Salud. Noviembre 2006.
- "Mecanismos de hipertensión en obesidad visceral". III Simposio de la International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease". Concepción, noviembre 2006.

*Otras actividades:*

- Director del Diplomado en Geriátrica Clínica y Gerontología. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
- Editor Revista de Educación en Ciencias de la Salud. ASOFAMECH y Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud.
- Director IX Seminario de Actualización en Educación Médica. Concepción, 2006.

**DR. MANUEL GARCÍA DE LOS RÍOS A.**

*Docencia de post grado*

- Clase. Magíster de Nutrición Humana. INTA, Universidad de Chile.
- Curso de Medicina Ambulatoria. Universidad de Valparaíso, mayo, 2006.

*Conferencias Nacionales*

- Diabetes, Hipertensión y Dislipidemia como Factor de Riesgo Cardiovascular. Viña del Mar, agosto, 2006.

*Conferencias Internacionales*

- 11° Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Buenos Aires, Argentina. ¿Es posible la prevención de la diabetes tipo 2?, agosto, 2006.
- 11° Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Buenos Aires, Argentina. "Actualización en insulino terapia".
- 11° Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Buenos Aires, Argentina. "Diabetes Mellitus como factor de riesgo Cardiovascular".

*Presentaciones de trabajos libres en Congresos*

- XVII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Viña del Mar, noviembre, 2006. Godoy A., Durruty P., García de los Ríos M. "Niveles de péptido C en Diabéticos tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) en tratamiento insulínico.
- XVII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Viña del Mar, noviembre, 2006. García de los Ríos M., Duarte E.; Woff C. "Experiencia clínica programada (ECP) con Insulina aspártica bifásica".

*Asistencia a congresos*

- American Diabetes Association (ADA). Washington D.C., U.S.A., junio, 2006.
- European Association for the Study of Diabetes. Copenhagen-Malmoe, septiembre, 2006.
- XV Congreso Argentino de Diabetes. Mendoza, Argentina, octubre, 2006.
- XVII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes, noviembre, 2006.

*Publicaciones*

- García de los Ríos M. ¿Es posible la prevención de la diabetes tipo 2? Bol S J Dios 2006; 53:3-6.
- Sanzana G., García de los Ríos M. Pie diabético. Bol S J Dios 2006;53:219-25.

## ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN

- Charla Radio de Carabineros de Chile, julio, 2006.
- Conferencia: Círculo de Profesionales (R) de Carabineros de Chile: "Diabetes: una pandemia", julio, 2006.
- Presentación del libro: "Cuidados de mi diabetes", noviembre, 2006.

*Participación en comités nacionales*

- Director CONACEM.
- Consejo Asesor Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina.
- Consejo Campus Occidente. Facultad de Medicina.
- Subdirector Boletín Hospital San Juan de Dios.
- Vicepresidente Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico.
- Revisor Proyectos FONDECYT y otros.

*Participación Comités internacionales*

- Miembro del Comité Editorial de la Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).
- Revisor trabajos Boletín de la OPS.

*Premios y distinciones*

- Master del American College of Physicians. Abril 2006.
- Premio MSD Chile a la trayectoria de la investigación. Julio, 2006.

*Otras actividades*

- Comisiones de exámenes de reválida. Universidad de Chile.
- Comisiones de exámenes de Medicina Interna, CONACEM.
- Comisiones de exámenes de Pre y Post-grado. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Coordinador Protocolo AUGE, Diabetes Tipo 2, Ministerio de Salud, Chile.

**DR. ALEJANDRO GOIC G.***Docencia*

Diecisiete Seminarios sobre temas de Ética Clínica. Curso: Fundamentos éticos y humanísticos de la medicina. III año Carrera de Medicina (Campus Oriente).

*Conferencias por invitación*

- ¿Qué es buena medicina? Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, Junio 2006.
- “El médico frente a la muerte: visión desde la ética clínica”, XXVIII Congreso Chileno de Medicina Interna, Viña del Mar, octubre 2006.
- “Políticas públicas en salud y educación: ¿una experiencia exitosa?”, Consejo Regional Los Ángeles del Colegio Médico, diciembre 2006.

*Extensión*

- Diálogo con los alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad Andrés Bello de Viña del Mar, Campus Miraflores, agosto 2006.
- Coloquio con los estudiantes de Medicina. American College of Physicians, septiembre 2006.
- Ciclo de Coloquios: La evolución de la medicina Orientación Profesional. Universidad Andrés Bello, Santiago, Noviembre 2006.

*Participación en Comités y Consejos*

- Miembro de la Comisión de Evaluación Académica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Presidente del Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago.
- Consejero del Consejo Superior de Educación.

*Reuniones internacionales*

- XVII Reunión de la ALANAM. 23-25 febrero, 2006. Bogotá, Colombia. Conferencia: “Panorama actual de la educación médica en Chile”. Goic A., Armas R.

*Distinciones*

- Premio Nacional de Medicina 2006.
- Presidente de la Academia de Medicina para el período 2007-2009.

*Publicaciones*

- Monografía: Reseña de la Academia Chilena de Medicina. LOM Ediciones. 2006.
- La reforma curricular de la Carrera de Medicina de la Universidad de Chile. Antecedentes y Documentos del Comité de Currículum 1994-2001. (Editor).
- Desarrollo académico de la Historia de la Medicina en Chile. Anales Chil Historia Med 2006; XVI: 13-15.

- Informe Flexner y educación médica. Anales Chile Historia Med 2006; XVI: 111-112.
- Médicos de ciencia y conciencia. La Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Notas Bibliográficas). Boletín de la Academia Chilena de la Historia. 2006; LXXII : 349-351.

**DRA. GLORIA LÓPEZ S.**

*Docencia de pre-grado*

- Monitor de Semiología 3er año de Medicina. Facultad de Medicina Occidente. U de Chile. Primer y Segundo trimestre.
- Monitor de Medicina I, 3er año de Medicina, Facultad de Medicina Occidente. U de Chile, Primer trimestre.
- Comisión Examen OSCE Semiología.
- Clase Fisiopatología de las Complicaciones Microvasculares de la Diabetes, Fisiopatología, 3er año de Medicina. U de Chile, noviembre 2006.
- Seminario Fisiopatología, 3er año de Medicina. U de Chile, noviembre 2006.
- Comisión de Examen de Pregrado, Internos de Medicina U de Chile, División Occidente.

*Docencia de post grado*

- Docente Programa de Educación Continua Especialidad Gineco-Obstetricia, Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina U de Chile: "Diabetes y Embarazo". Agosto, 2006.
- Docente Curso Oficial de Medicina Interna. Bases Fisiopatológicas de la Medicina Interna, Becados Medicina Interna, Escuela de Postgrado Facultad Medicina U de Chile: Resistencia Insulínica y sus consecuencias. Septiembre, 2006.
- Docente Curso de Enfermedades Médicas de Alto Riesgo en el Embarazo, Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital San Juan de Dios: "Diabetes Pre-Gestacional". Abril, 2006.

*Cursos dirigidos*

Directora del Curso Internacional "Diabetes en el Niño y Adolescente 2006. Organizado por la Asociación Latinoamericana de Diabetes, ALAD y su Grupo GELADNA, la International Society for Pediatric and Adolescence Diabetes, ISPAD, y la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Santiago, abril, 2006.

*Comisiones de expertos*

- Developing the Regional Action Plan on the Prevention and Control of Chronic Noncommunicable Diseases. Unit of NCD Pan American Health Organization., Expert Consultation. Miami, febrero, 2006. Working Group: Management and Risks Control.
- Patient Advocacy Leaders Summit - PALS. 1° Latinoamericano, 2° Brasileiro.

*Invitaciones a dictar conferencias nacionales e internacionales*

- Conferencista en el VIII Congreso Paraguayo de Medicina Interna Asunción Paraguay, abril, 2006.

## Conferencias:

- “¿En qué momento debemos empezar con insulina en DM2?”
- “Complicaciones microvasculares de la DM”.
- Conferencista en el Curso Actualizaciones en Diabetes, Sociedad Venezolana de Endocrinología. Abril, 2006. Conferencias:
  - “Diabetes Gestacional 2006”.
  - “Metas del tratamiento de la Diabetes”.
  - “Adhesividad al tratamiento en las enfermedades crónicas”.
- 2º Congreso Regional de Endocrinología del Capítulo Centro de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, México, Querétaro, mayo, 2006. Conferencia: “Diagnóstico y tratamiento de la Pre-diabetes. ¿Es reversible la intolerancia a la glucosa?”
- VIII Congreso Ecuatoriano de Endocrinología, Cuenca, mayo, 2006. Conferencias.
  - “Actualización de las Guías ALAD de Diabetes Tipo2”
  - “Hipoglicemiantes orales y embarazo”
- 11º Congresso Brasileiro Multidisciplinar, Multiprofissional em Diabetes, 1º Patient Advocacy Leaders Summit Latinoamericano, 2º Brasil, São Paulo, junio, 2006 Conferencia: “Presentación del Estudio DEAL”.
- Curso Internacional de Actualización en el paciente diabético con Síndrome Cardiometabólico: “Diabetes y Embarazo: ¿qué hay de nuevo?”
- Congreso Boliviano de Endocrinología “Dr Alberto Kawano Nakamura”, Sucre, noviembre, 2006.
  - “Síndrome Metabólico, Obesidad, Estados Pre-Diabéticos y Diabetes Tipo2”.
  - “Diagnóstico y manejo de las alteraciones cardiovasculares e inflamatorias en el Síndrome Metabólico y en la Diabetes Tipo 2”.
  - “Diagnóstico y Manejo de la Diabetes Tipo 2 y Diabetes Gestacional”.
- Expositora en el Simposio “Diabetes y Embarazo”, con el tema “Metformina, ¿tiene un rol en el manejo de la diabetes gestacional y en la diabética tipo 2 que se embaraza?”

*Participación en congresos y jornadas*

- Participante en el “Curso Internacional de Diabetes en el Niño y Adolescente”, organizado por la Asociación Latinoamericana de Diabetes ALAD y su Grupo GELADNA, La International Society for Pediatric and Adolescence Diabetes, ISPAD, y la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Santiago, abril, 2006.
- Participante del 66th Scientific Session American Diabetes Association. Washington D.C. Convention Center Washington D.C. Junio, 2006.
- Participante y Co-Presidente de Sesión en el “Curso Internacional Obesidad: Enfoque Endocrino-Metabólico, organizado por la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Santiago, agosto, 2006.

- Asistente y Co Presidente de Mesa. XVII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Viña del Mar, noviembre, 2006.
- Asistente al Seminario "Acreditación y Formación en los Colegios Profesionales de Chile", organizado por el Colegio Médico de Chile. Santiago, noviembre, 2006.

#### *Actividades en marcha*

- Investigador responsable para Chile de estudio Multicéntrico del Grupo Latinoamericano de Diabetes (GLESMO). Circunferencia de cintura y su relación con grasa visceral (medido por TAC).
- Coordinadora del "Consenso sobre Insulino Resistencia" de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes, en fase final.

#### *Publicaciones*

- López, Gloria; Tambascia, Marcos; Rosas G., Juan; Etchegoyen, Federico; Ortega, Jorge, y Artemenko, Sofía. "Multicenter, epidemiologic survey of the current medical practice of generalists managing subjects with type 2 diabetes mellitus in Latin America". Enviado a publicación a la Revista Panamericana de Salud Pública. N° 2006/00175.
- Guías de Diagnóstico y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, ALAD. Integrante del Grupo de Consenso: 32 representantes de los países latinoamericanos (miembros chilenos: Drs Carmen Gloria Aylwin, Manuel García de los Ríos y Gloria López). En prensa en la Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.

#### *En fase de redacción:*

- López, Gloria; Durruty, Pilar; Carrasco, Elena. "Comparación de los criterios Diagnósticos de Diabetes Gestacional ALAD/OMS".
- López, Gloria; Moncada, Sandra, Villarroel Ana C. y Tapia Mauricio: "Aplicación de Normas ALAD/OMS/MINSAL en diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Gestacional".

#### *Cargos directivos en sociedades científicas.*

- Presidente Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2004-2007.
- Secretaria general de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas. Asocimed, desde 2002 hasta agosto 2006.
- Vice-Presidente de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas (ASOCIMED), agosto 2006 - agosto 2008.
- Representante de la Sociedad Médica de Santiago ( Sociedad Chilena de Medicina Interna) en el Directorio de ASOCIMED.

#### *Participación en otras actividades académicas y de desarrollo médico.*

- Miembro integrante de la Comisión Coordinadora de Postítulo de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Miembro del Directorio de la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas CONACEM.
- Académico de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

*Extensión*

- Integrante del Comité Organizador de la elección y entrega del Premio nacional de medicina, entregado este año al Profesor Dr. Alejandro Goic.
- Entrevistas para la página web de información para pacientes y público de la Clínica Alemana de Santiago.
- Miembro Oficial del Comité Internacional de la iniciativa de la IDF para una Resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas ONU, por la Diabetes en el Mundo, denominada UNITE FOR DIABETES, que acaba de lograr su primer objetivo: la aprobación por parte de la Asamblea General, con fecha 20 de Diciembre del 2006. Integrante del comité por Grupos especiales de Embarazo y Diabetes de la Iniciativa.

*Otras actividades*

- Integrante del Comité Editorial de la Edición en español de la revista Diabetes Care.
- Evaluadora de Proyectos FONIS.
- Revisora de artículos de Revista Panamericana de Salud Pública.
- Revisora de artículos de Revista Médica de Chile.

**DR. SERGIO MEZZANO A.***Publicaciones*

- Ardiles L., Loyola F., Ehrenfeld P., Burgos ME., Flores C., Valderrama G., Caorsi I., Egido J., Mezzano S., Figueroa CD. Modulation of renal kallikrein by a high potassium diet in rats with intense proteinuria. *Kidney Int.* Jan 69, 53-59, 2006.
- Jara A., Con Hoveling A., Jara X., Burgos ME., Valdivieso A., Mezzano S., Felsenfeld AJ. "Effect of endothelin receptor antagonist on parathyroid gland growth, PTH values and cell proliferation in azotemic rats. *Nephrol Dial Transpl.* Apr.21 (4): 917-923, Epub 2006 Jan 23.
- Dirks J., Robinson Sh., Burdmann E., Correa-Rotter R., Mezzano S. and Rodríguez-Iturbe B. Prevention strategies for chronic disease in Latin America. *Nature Clinical Practice./Nephrology.* Vol. 2 N° 7 (347) July 2006.
- Dirks J., Robinson Sh., Burdmann E., Correa- Rotter R., Mezzano S, Rodríguez-Iturbe B.: "Prevention Stretgies for Chronic Kidney Diseases in Latin America: A Strategy for the next Decade: A report on the Villarrica Conference." *Ren. Fail.* Vol. 28 (8), 611-615, 2006.
- Escobar C., Arce I., Jara A., Mezzano S., Ardiles L.: "Renal health in Chile". *Ren. Fail.* Vol. 28 (8) 639-641, 2006.
- Esteban V., Gallego-Delgado J., Lázaro A., Osende J., Mezzano S., Egido J., Ruiz-Ortega M. "Long-term treatment with an ACE inhibitor or an AT<sub>1</sub> antagonist avoids hypertension-induced inflammation in the kidney." *J Nephrol.* Vol. 19. N° 6, 2006.
- Mezzano S., Aros C. "Nefritis lúpica: progresión no inmunológica y estrategias de renoprotección". *Reumatología*, 22 (2): 52-60, 2006.

*Participación en congresos*

## Trabajos Libres Presentados:

- Antígenos HLA en población chilena en el programa nacional de trasplante renal: diferencias étnicas. A. Droguett, R. Ardiles, R. Beltrán, N. Raddatz, C. Labraña, A. Arenas, F. Flores, S. Mezzano, L. Ardiles. 1er. Congreso Chileno de Trasplante. Viña del Mar, Mayo, 2006.
- Angiotensin II causes epithelial mesenchymal transdifferentiation via activation of smad and mapk signaling pathways. Gisselle Carvajal, Mónica Rupérez, Elsa Sánchez López, Juan Rodríguez-Vita, Raquel Rodríguez-Díez, Vanesa Esteban, Sergio Mezzano, Jesús Egado, Marta Ruiz-Ortega. 43<sup>th</sup> Congress European Renal Association, Glasgow, United Kingdom, July, 2006.
- Evaluación preliminar de nefropatía en ratas diabéticas inducida por Estreptozotocina. Claudio Aros, Paulina Ramírez, Leopoldo Ardiles, Jorge Mukdsi, Daniel Carpio, F. Westermeier, Alejandro J. Yáñez, Sergio Mezzano.

Congreso Chileno Nefrología, Hipertensión y Trasplante, Valdivia. Octubre, 2006.

- Detección de SOCS 1 y SOCS 3 en glomerulopatías primarias humanas. C. Flores, ME. Burgos, J. Ramírez, G. López, L. Ardiles, C. Aros, S. Mezzano.

Congreso Chileno Nefrología, Hipertensión y Trasplante, Valdivia. Octubre, 2006.

- La estimulación del sistema calicreina-cininas renal (SCC) reduce la hipertensión sal-sensible y la fibrosis en el modelo de proteinuria por sobrecarga de albúmina. L. Ardiles, F. Loyola, ME. Burgos, G. Valderrama, I. Arce, S. Mezzano, D. Carpio, CD. Figueroa. V Congreso Iberoamericano de Nefrología y XXXVI Congreso Sociedad Española de Nefrología. Madrid, España. Octubre, 2006.
- La angiotensina II participa en la transdiferenciación tubular epitelial-mesenquimal (TTEM) mediante la activación de la ruta SMAD y de proteínas quinasas (MAPK y RHO-QUINASA). G. Carvajal, M. Rupérez, E. Sánchez-López, J. Rodríguez-Vita, R. Rodríguez-Díaz, S. Mezzano, J. Egado, M. Ruiz-Ortega. V Congreso Iberoamericano de Nefrología y XXXVI Congreso Sociedad Española de Nefrología. Madrid, España. Octubre, 2006.

*Conferencias*

- "Progresión de nefropatía diabética", 1as. Jornadas Internacionales de Nefrología "Enfermedad cardiovascular y riñón". Córdoba, Argentina. Abril, 2006.
- "La Progresión de la Insuficiencia Renal Crónica y los Avances en su Prevención", Región Sociedad Chilena de Nefrología y Sociedad Medicina Interna de Concepción. Abril, 2006.
- "Tratamiento de glomerulonefritis membranosa". IX Congreso Venezolano de Nefrología, Caracas – Venezuela. Septiembre, 2006.
- Conferencia Plenaria "Nuevos aspectos en la fisiología de la nefropatía diabética". IX Congreso Venezolano de Nefrología, Caracas – Venezuela. Septiembre, 2006.
- Simposio ISN-COMGAN Salud Renal. Tema: Proteinuria. Factor de riesgo cardiovascular y de progresión de enfermedad renal. IX Congreso Venezolano de Nefrología, Caracas – Venezuela. Septiembre, 2006.

- "Lecciones Clínico-Patológicas en Trasplante Renal". Congreso Chileno Nefrología, Hipertensión y Trasplante, Valdivia, octubre, 2006.
- Simposio ISN-COMGAN Salud Renal, con el tema: "Avances en Nefropatía Diabética" XXIV Congreso Mexicano de Nefrología. Cancún – México, octubre, 2006.
- "Nefropatía Membranosa". XXIV Congreso Mexicano de Nefrología. Cancún – México, octubre, 2006.
- " Patogenia del daño glomerular y mecanismos de progresión de la Enfermedad Renal Crónica". Curso de Postítulo "Bases Científicas de la Nefrología", Módulo de Inmunología. Sociedad Chilena de Nefrología, Santiago, diciembre, 2006.

**DR. FLAVIO NERVI O.**

*Universitarias*

- Profesor Titular, Jornada Completa, Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.
- Jefe División de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile.
- Jefe Programa de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos.
- Miembro Comisión Carrera Académica de la P. Universidad Católica de Chile.
- Miembro Comisión de Calificación Académica de la P. Universidad Católica de Chile.

*Publicaciones*

- F. Nervi, Miquel J.F., Alvarez M., Ferreccio C., García-Zattera MJ., González R., Pérez-Ayuso RM., Rigotti A., Villarroel L. 2006. Gallbladder disease is associated with insulin resistance in a high risk population. *J. Hepatol* (in the press) DOI: 10.1016/j.jhep.2006.01.026.
- L. Amigo, Castro J., Miquel JF, Zanlungo S., Young S., Nervi F. 2006. Inactivation of Hepatic Microsomal Triglyceride Transfer Protein Protects Mice From Diet-induced Gallstones. *Gastroenterology*. Aug 14 (in the press); [Epub ahead of print]
- J. Castro, Amigo L., Miquel JF, Gälman C., Crovari F., Raddatz A., Zanlungo S., Jalil R., Rudling M., Nervi F. Increased Activity of Hepatic Microsomal Triglyceride Transfer Protein and Bile Acid Synthesis in Gallstone Disease. 2006. *Hepatology* in the press.

Proyectos de Investigación.

- Responsable. Fondecyt 1030744. (2003 -2006). "Rol de la vesícula biliar y de la regulación del metabolismo hepático del colesterol en la patogenia de la coledocistitis". Colaboración con investigadores de los Departamentos de Gastroenterología, Endocrinología y Metabolismo del Karolinska Institute, Uddinge, Estocolmo, Suecia.
- Responsable Proyecto "Desarrollo Académico de Medicina Paliativa" financiado por la Internacional Association of Hospice and Palliative Care (IAHPC)
- Coinvestigador Fondecyt, Dr. Miquel, "Rol de determinantes genéticas que controlan el circuito entero-hepato-biliar de lípidos en la patogenia de la coledocistitis en Chile".

Actividades de Extensión: Sociedades Científicas, Comités Editoriales de Revistas.

- Miembro de Número, Academia de Medicina, Instituto de Chile.
- Miembro de los Comités Editoriales de: *Annals of Hepatology*, *Journal of Palliative Care* y *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*.
- Miembro del Comité de Acreditación de Programas de Formación en Gastroenterología, ASOFAMECH.
- Miembro del Comité de Acreditación de Programas de Doctorado en Ciencias Médicas y Biomedicina de CONICYT.
- Director Médico Clínica Familia para Cuidados Paliativos.
- Vicepresidente Fundación *Pro Dignitate Hominis*.
- Presentaciones a congresos: American Gastroenterological Association, mayo 2006, Los Angeles, USA. Falk Symposium, octubre 2006, Freiburg, Alemania.

Sociedad Chilena de Gastroenterología, noviembre 2006, Viña del Mar, Chile.

- Director "II Curso Intensivo de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos", P. Universidad Católica de Chile.

#### **DRA. COLOMBA NORERO V.**

##### *Congresos*

- Foro Latinoamericano de problemas globales en salud. Academia Nacional de Medicina de México. X/06. Representante de Academia de Medicina de Chile.
- Congreso Internacional de Sociedades de Educación en Ciencias de la Salud. Antofagasta. XI/06. Mesa redonda "Valorización de la docencia en la evaluación académica".

##### *Comités y Comisiones*

- Comité de Ética en Investigación. Facultad de Medicina U. de Chile. Hasta VI/06.
- Editora del Boletín de la Facultad de Medicina. U de Chile. Hasta VI /06.
- Miembro del Consejo de Evaluación U. de Chile. Desde noviembre 06.
- Presidente de Comisión de Acreditación (CNAP) Carrera de Medicina. U de Antofagasta. XI/06.

##### *Cargos*

- Vicedecana Facultad de medicina Universidad de Chile hasta VI 06.
- Miembro del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina U. de Chile.

##### *Publicaciones*

- Norero C. Nuevos enfoques en educación superior. *Rev Chil Ped* 2006; 77: 9-12.
- Norero C. Temas y controversias en Psiquiatría. Presentación oficial. *Gaceta Universitaria*. 2006;2:9-10.

- Norero C. Programa de postulación al Decanato de la Facultad de Medicina U. de Chile 2006-2010. 60 pags.

*Otros*

- Miembro del Directorio de Amigos del Museo de Arte Contemporáneo.
- Medalla por 40 años de servicio Universidad de Chile.

**DR. SERGIO PEÑA Y LILLO L.***Conferencias y Entrevistas*

- "La Angustia, la Enfermedad y el Hombre". Entrevista destacada en gaceta Universitaria. Vol.1, N° 3 (diciembre 2005, enero 2006).
- "La Eutanasia". Conferencia dictada en la Academia de Medicina Alto Colorado Universidad de los Andes (agosto 2006).
- "Economía y Felicidad". Entrevista en Radio Universidad de Chile (diciembre 2006).

*Publicaciones, citas y capítulos de textos.*

- "El Quijote como personalidad fantástica" y "La lucidez de la Agonía". Artículos seleccionados para el libro El Quijote en Chile. Ed Aguilar, capítulos XI y XII (pág. 201-207 y 208-213).
- "Reflexiones sobre el fallecimiento y los Estados de cuasi muerte" gaceta Universitaria. Año 2, Vol 2 junio 2006 (Pág 136-139).
- "Matrimonio Homosexual". Artículo seleccionado en las mejores cartas a El Mercurio; siete años de opinión pública. Años 2000-2006. Ed. El Mercurio-Aguilar, noviembre 2006 (pág 320-321).

*Libros Aceptados para su próxima publicación*

- Las Experiencias del Túnel y del Bardo; El Psiquismo entre la vida y la muerte (Ed. Random House; contrato firmado el 8 de noviembre 2006).
- El Encuentro con el Señor (Eds. Paulinas Buenos Aires; contrato firmado el 5 de julio 2006).
- El Sentido Cristiano del Dolor (Eds. Paulinas Buenos Aires; contrato firmado el 26 de agosto 2006).

*Debates Periodísticos sobre Dilemas Éticos de la Medicina Actual*

- Eutanasia y Testamento Vital (El Mercurio, entre marzo y mayo 2006).
- Fertilización In Vitro y Criopreservación Embrionaria (El Mercurio, entre junio y agosto 2006).

**MONS. DR. BERNARDINO PIÑERA***Conferencias*

- "La Medicina chilena entre dos sets de valores: La ética de la Biblia y las éticas de origen humano". Academia de Medicina, junio, 2006.

*Publicaciones*

- Artículo: "Entre dos Éticas", en la Revista Médica del Hospital San Juan de Dios.
- Libro intitulado: "¿Ser moderno o tener fe?", presentado en julio, 2006, por el ex-presidente Ricardo Lagos.

**DR. HUMBERTO REYES B.***Docencia de pre y post título*

- Docencia tutorial para alumnos de 4º año de la carrera de Medicina, Departamento de Medicina Oriente, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: *2 períodos de atención ambulatoria, 4 horas diarias, 4 días a la semana durante 3 semanas en cada período (marzo y agosto).*
- Exámenes prácticos para alumnos de 4º año de Medicina.
- Docente en el Curso de Fisiopatología, 3º año de Medicina: *2 clases de fisiopatología hepatobiliar (septiembre)*
- Docente en la Escuela de Postgrado, Curso de Bases Fisiopatológicas de la Medicina Interna, para becarios: *3 clases de fisiopatología hepatobiliar (octubre).*
- Exámenes prácticos e integrante de Comisión para exámenes teóricos, para postulantes al título de Especialista en Medicina Interna, de la Escuela de Postgrado y de CONACEM.
- Coloquio docente: "Del médico de ayer al de mañana: una visión personal", para alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad Andrés Bello (*agosto*).

*Congresos, simposios, talleres*

- Seminario para Editores de Revistas Biomédicas en el Programa SCIELO, CONICYT: participante (*enero*).
- Taller sobre Misión y Visión de la Sociedad Médica de Santiago – Sociedad Chilena de Medicina Interna: participante (*abril*).
- Conferencias de la Sociedad Argentina de Hepatología, Buenos Aires: conferencista invitado (*mayo*).
- IX Simposio Internacional de Terapêutica em Hepatite Viral y I Reunião Monotemática Sobre DoenÇas Colestáticas Da Sociedade Brasileira de Hepatología: conferencista invitado (*julio*).
- Curso de Actualizaciones de la Sociedad Chilena de Gastroenterología: moderador del Módulo Hepatitis Viral I (*agosto*).
- Taller Internacional "Ensayos clínicos: presente y futuro bajo nuevas normas internacionales", CICEF Universidad de Chile: asistente (*agosto*).
- XXVIII Congreso Chileno de Medicina Interna, Viña del Mar: asistente (*octubre*).
- XXXII Conferencia Anual Dr. Hernán Alessandri R.: Presidente (*octubre*).
- XXXIII Congreso Chileno de Gastroenterología, Viña del Mar: asistente (*noviembre*).

## Cargos directivos y Comisiones institucionales académicas:

- Editor de la *Revista Médica de Chile*.
- Presidente de la Asociación Chilena de Editores de Revistas Biomédicas.
- Presidente de la Fundación Social y Educativa Doctor Hernán Alessandri Rodríguez.
- Miembro de la Comisión de Apelaciones a la Calificación Académica, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Miembro (por invitación) del Directorio de la Sociedad Médica de Santiago – Sociedad Chilena de Medicina Interna.

*Academia Chilena de Medicina, del Instituto de Chile*

- Comité de Postulaciones a Miembros de la Academia: Presidente del Comité.
- Premio Nacional de Medicina 2006: Invitado para presentar al Premio Nacional 2006, Dr. Alejandro Goic Goic (*abril*).
- Sesión Ordinaria de la Academia: conferencia “¿Qué es la Medicina Interna?” (*noviembre*).

**DR. JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ P.***Permanentes*

- Presidente del Comité de Endocrinología de CONACEM.
- Miembro del Council del Capítulo Chileno del American College of Physicians.
- Miembro del Departamento de Endocrinología de la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Miembro del Centro de Geriatría, P. Universidad Católica de Chile
- Miembro del Consejo de Ex Presidentes de la Sociedad Médica de Santiago.

*Temporales*

- Miembro de Comisión de ASOFAMECH para establecer requisitos de programas de formación en Endocrinología.

*Docencia*

- Docencia de pregrado en la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile:
  - Curso de Fisiopatología Endocrina, Química y Farmacia.
  - Medicina Ambulatoria, Endocrinología, IV Año Medicina.
  - Curso Teórico de Endocrinología, IV Año Medicina.
- Docencia de post título en la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile:
  - Becarios de Endocrinología.
  - Becarios de Medicina Interna en rotación por Endocrinología.

- Médicos en Programa de Adiestramiento en Práctica en Medicina Interna, Hospital de la Asistencia Pública, Casa Central, en rotación por Endocrinología.

#### *Asistencia*

Atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios en la Red de Salud UC.

#### *Investigación*

- Investigador Principal en los siguientes proyectos:
  - Reducción de la incidencia de fracturas y seguridad del acetato de bazedoxifeno comparado con placebo y raloxifeno en mujeres osteoporóticas postmenopáusicas.
  - Estudio para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de un inhibidor de la catepsina K en el tratamiento de mujeres postmenopáusicas con osteoporosis.
  - Proyecto OASIS: An observational, multicenter study on the impact of therapeutic decision making for newly diagnosed acromegalic patients with microadenomas or macroadenomas prescribed Sandostatin LAR under conditions of normal clinical practice.

#### *Extensión*

- Asistencia a la Sesión Anual del American College of Physicians, Philadelphia, abril 2006.
- Asistencia a la Sesión Anual de la Endocrine Society (USA) y presentación del trabajo "Undiagnosed vertebral fractures in healthy postmenopausal women in Chile. A contribution to the epidemiology of fractures in Latin America". Boston, junio, 2006.
- Invitación al Simposio de Neuroendocrinología de la Federación Panamericana de Endocrinología en Lima, Perú, agosto, 2006. Presidencia de un simposio.
- Conferencia en el Congreso Anual de la Sociedad Chilena de Endocrinología, Viña del Mar, noviembre, 2006: "¿Bisfosfonatos para toda la vida? Evidencias y problemas".

#### *Publicaciones*

- Rodríguez P. José A. "Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos". Rev. Med. Chile 2006; 134 (3) 381-384.
- Rodríguez P., JA., Valdivia, G. y Trincado, P.: "Fracturas Vertebrales, Osteoporosis y Vitamina D en la Postmenopausia". Aceptado para su publicación en la Revista Médica de Chile.
- Rodríguez P., JA. y Duque G.: Osteoporosis: de la célula al paciente. Capítulo en Libro "Geriatría y Gerontología", Tercera Edición Ampliada, Editor: P.P. Marín, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, 2006, pp. 119-125.

#### **DR. EDUARDO ROSSELOT J.**

#### *Cargos desempeñados*

- Dirección del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Presidente del Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile A.G.

- Presidente de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Presidente del Comité Académico del Programa de Magíster de Bioética, de las Facultades de Medicina y Filosofía y Humanidades, de la Universidad de Chile.
- Integrante del Comité de Educación Superior de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.
- Integrante del Directorio, de la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud, en calidad de Past Presidente.
- Integrante del Directorio de la Fundación de Cardiología de Chile.
- Equipo editorial de Carta Médica. Sociedad Médica de Santiago.
- Comité Editorial, Revista de Educación en Ciencias de la Salud, Concepción - Chile

*Presentaciones a congresos, jornadas o seminarios*

- Coordinación de la Asignatura sobre Fundamentos Históricos, Filosóficos y Sociopolíticos de la Educación en Ciencias de la Salud, en el Magíster de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, y Conferencias sobre:
  - Profesionalización de la Docencia en Ciencias de la Salud, marzo, 2006.
  - El comienzo y el desarrollo de las profesiones de la salud, marzo, 2006.
  - Profesionalismo, abril, 2006.
  - Educación superior, Valores involucrados, abril, 2006.
- Integrante de Paneles, sobre:
  - El mercado de las Universidades en Chile.
  - Calidad de la Educación en la Sociedad del Conocimiento.
- Proyectando estudios en el área sociopolítica filosófica de la Educación Superior en Chile.
- Derechos y Deberes de los Pacientes, en Diploma de Bioética Clínica. Departamento de Bioética y Estudios Humanísticos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Abril, 2006.
- Profesionalización de la Docencia en Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, mayo, 2006.
- Eutanasia vs. Ensañamiento Terapéutico, en el IV Seminario de Ética Médica, Regional Rancagua del Colegio Médico de Chile, mayo, 2006.
- Gestión de Calidad. Historia. En la asignatura Gestión y Calidad en la Educación Superior en Ciencias de la Salud, del Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, junio, 2006.
- Importancia de la Profesionalización Docente en la Formación del Futuro Médico, en Curso de Perfeccionamiento Docente, de la Oficina de Educación, Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae, junio, 2006.

- Requerimientos indispensables de calidad docente y asistencial para el aprendizaje de competencias clínicas, en VI Jornada Interna de Calidad, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, agosto, 2006.
- Paradigmas e Innovaciones en Educación Médica, en 2° Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina, ASEMECH, 2006. Concepción, agosto, 2006.
- Calidad, una Competencia Esencial para la Medicina del Siglo XXI, en 137° Aniversario de la Sociedad Médica de Santiago, septiembre, 2006.
- Muerte Digna, en Programa de Magíster en Bioética, Facultad de Filosofía y Humanidades (y Facultad de Medicina), noviembre, 2006.

#### *Extensión*

- Participación en Mesa Redonda sobre Profesionalización en Docencia en Ciencias de la Salud. I Jornada Internacional en Educación en Ciencias de la Salud, Antofagasta, noviembre, 2006.
- Presentación del libro Diseño de Casos Integrados. Cabalín D., Cabezas M., Illesca M., Navarro N., Pantoja M., Sandoval P., San Martín S., Zamora J.- OFECS Universidad de la Frontera. 2006. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, noviembre, 2006.
- Participación en Mesa Redonda, Clínica Las Condes, diciembre, 2006: Dilemas Éticos al Final de la Vida (la vejez y la muerte).

#### OTROS

- Integrante del Comité Científico del I Festival de Video y Multimedia en Ciencias de la Salud, enero, 2006. Santiago, Chile.
- Coordinador de la Asignatura: Fundamentos Sociológicos, Filosóficos y Políticos en la Educación Superior, del Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Marzo y abril, 2006.
- Asistencia a la Jornada de SOEDUCSA, sobre: Innovaciones en evaluación del aprendizaje en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Andrés Bello, Santiago, abril, 2006.
- Coordinador de la Asignatura: Gestión y Calidad en la Educación Superior en Ciencias de la Salud, del Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Junio, 2006.
- Módulo sobre Problemas Bioéticos del Final de la Vida, en Curso de Introducción a la Bioética para programas de Postítulo, Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina (2002-2006).
- Integrante del Foro sobre Eutanasia, julio, 2006, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Integrante Comité Editorial Carta Médica. Sociedad Médica de Santiago. 2006.
- Miembro de la Comisión de Innovación Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile para Proyecto Mecesup de Reforma Curricular de las Carreras de la Salud, focalizada en Competencias. Agosto 2006-09.

- Miembro de la Comisión de Programa de Capacitación para la implantación del nuevo Currículum focalizado en Competencias, en la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Septiembre, 2006.
- Asistencia al Seminario Internacional sobre Educación Superior: Nuevos currículos para los nuevos tiempos. CNAP/CSE, Santiago, octubre, 2006.
- Miembro de la Comisión de Acreditación del CNAP para la Escuela de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile. noviembre de 2006.
- Asistencia al Seminario de Asofamech sobre Currículum basado en competencias, Santiago, Hotel Torre Mayor, noviembre de 2006.
- Miembro del Comité de Innovación Académica del Concurso 2006 de Mecesup-Mineduc, noviembre 2006.
- Medalla por 50 años de profesión. Colegio Médico de Chile A.G. Diciembre, 2006.

*Publicación*

- Rosselot E. Dimensiones del Profesionalismo Médico. Proyecciones para el siglo XXI. Rev. Méd. Chile 2006; 134: 665-72.
- Rosselot E. Medicina Interna y Atención Primaria. Carta Médica. SMS, octubre, 2006.

**DR. PEDRO PABLO ROSSO R.***Cargo Actual*

Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

*Distinciones*

El 18 de julio de 2006, el Instituto Italiano de Cultura, le confirió la condecoración Vittoria Alata.

El 29 de noviembre de 2006, en la ciudad de Iquique, recibe Premio Abraham Steckel a la Trayectoria Académica, otorgado por la Sociedad Chilena de Nutrición.

*Publicaciones*

Eutanasia. Revista Ars Medica N° 12 págs. 21-25, 2006.

Innovación en Chile: el aporte de la UC. Dr. Pedro Rosso y Rosario Retamal. Revista N° 62 de Administración y Economía UC. Págs. 8-12. 2006.

Rosso P., Velasco N. A Latin American University strives to become "World Class".

International Higher Education N° 43 Spring 2006: 18-20.

**DR. ZDZISLAW J. RYN***Actividades Docentes*

- Clases de psiquiatría clínica y psicoterapia: Facultad de Medicina – Departamento de Odontología, Universidad Jaguelónica, Cracovia, año académico 2005/2006.
- Clases de rehabilitación en psiquiatría: Facultad de Rehabilitación, Academia de Educación Física y Deporte, Cracovia, año académico 2005/2006.

- Clases de Antropología y Medicina Indígena Andina: Universidad Jaguelónica, Cátedra de América Latina, 2005/2006.
- Clases de situaciones extremas en la vida humana: Academia de Educación Física y Deporte, Cracovia 2006, para estudiantes extranjeros.
- Miembro del Senado de Academia de Educación Física y Deporte, Cracovia (2006-2008).

#### *Conferencias 2006*

- Auschwitz: Pamięć – Tożsamość – Solidarność [Auschwitz: Memoria – Identidad – Solidaridad], Cátedra de Psiquiatría, Collegium Medicum, Universidad Jaguelónica, Kraków, 24 I 2006.
- Moja przygoda z medycyną górską [Mi aventura con la medicina de montaña], Centro Cultural Dworek Biaopradnicki, Kraków, 2 II 2006.
- Ośrodkowy układ nerwowy, a wysokość [El sistema nervioso central y la altura], Sociedad Médica Polaca, Bielsko-Biala, 1 III 2006.
- Eskulap w dyplomacji [Esculapio en diplomacia], Club de Inteligencia Católica, Bielsko-Biala, 1 III 2006.
- Trzy wyspy – trzy światy [Tres islas – tres mundos], III Festival de Exploradores, Kraków, 21-23 IV 2006.
- Antoni Kepiński – wzór lekarza, uczonego, nauczyciela [Antoni Kepinski – modelo de médico, científico, maestro], X Conferencia Nacional “Ética en la vida económica”, Łódź, 12 V 2006.
- Antoni Kepiński – Biografía, con medicina de montaña, Club de Viajeros Shackleton, Bielsko-Biala, 1 VI 2006.
- Pielgrzym miłości [Juan Pablo II - Peregrino del amor], Jardín Botánico, Universidad Jaguelónica, Kraków, 12 06 2006.
- La Coca Andina y las grandes alturas, Universidad Científica del Sur, Lima – Perú, 26 VI 2006.
- La Clonación Humana – Aspectos antropológicos y psicológicos, Universidad Científica del Sur, Lima – Perú, 26 VI 2006.
- Síndrome del Campo de Concentración, Congreso Internacional de Psicología en la Post Modernidad: Avances y Desafíos, 5-8 VII 2006, Arequipa – Perú.
- El Susto desde perspectiva psiquiátrica, Academia Peruana de la Salud, Primer Encuentro Continental de Etnomedicina, Lima-Perú, 2 VIII 2006.
- Wśród szamanów Shipibos w Amazonii Peruwiańskiej. Od medycyny tradycyjnej do naukowej [Entre los shamanes Shipibos en Amazonia Peruana. Desde la medicina tradicional hasta la medicina científica], Sociedad Médica Cracoviana, Kraków, 18 X 2006.
- Prawda w medycynie [La verdad en medicina], Jornadas de Juan Pablo II, Pontificia Academia de Teología, Universidad Jaguelónica, Kraków, 10 XI 2006.
- Karol Wojtyła – Juan Pablo II apasionado de las montañas y de la naturaleza, XVII Jornadas de Medicina y Socorro en Montaña, Valencia-España, 17 XI 2006. La vida

dedicada a la medicina de montaña. Esculapio en las grandes alturas, XVII Jornadas de Medicina y Socorro en Montaña, Valencia-España, 17 XI 2006.

*Distinciones:*

- Distinción: "El Samaritano Misericordioso del 2005", Distinción de Voluntariado de San Elías de Cracovia, febrero, 2006.
- Doctorado Honoris Causa de la Universidad Científica del Sur, Lima, 27 VI 2006. Resolución Rectoral No 001-2006-CU-UCSUR.
- Miembro Académico Honorario de Academia Peruana de Salud, Lima, 19 de julio de 2006, en reconocimiento a sus méritos y por haber cumplido con los requisitos del Estatuto.
- Miembro Correspondiente de la Sociedad Geográfica de Lima, Lima-Perú,
- "Premio Dr. Augusto Castello Roca al Prof. Dr. Zdzislaw Ryn, Sociedad Española de Medicina y Auxilio en Montaña, Societat Catalana de Medicina de L'Esport, noviembre, 2006.

**DR. ELSO SCHIAPPACASSE F.**

*Conferencias*

- El impacto de la Globalización en los currículos de Estudios médicos. Academia Chilena de Medicina, abril, 2006.
- Cambios curriculares en las Escuelas de Medicina debido al Proceso de Globalización. Departamento de Educación Médica. Universidad de Concepción, 1er semestre 2006.

*Publicaciones*

Cambios importantes en la formación médica en USA, consecuencia en los procesos originales en los sistemas de salud y en la atención sanitaria. RECS vol 3 N° 2, 2006. p. 71-73.

*Docencia*

Profesor del curso anual 1er año Medicina. "Introducción a la Medicina". Universidad de Concepción.

*Otros*

- Asistencia a XI Seminario Internacional de Educación Superior, Santiago, octubre 2006.
- Asistencia al curso de Postgrado: "Bioética en profesiones de la salud", Facultad de Medicina Universidad de Concepción, 1er semestre 2006.
- Miembro de la Academia de Profesores Eméritos de la Universidad de Concepción.

**DR. BENJAMÍN STOCKINS F.**

*Conferencias:*

1. Universidad de La Frontera, Facultad de Medicina: XIV Jornadas de Avances en Medicina Interna. Coordinador Jornadas: Conferencia: "Prevención secundaria en enfermedad coronaria", abril 2006, Temuco.

2. Simposium ILIB ¿Dónde estamos en el Tratamiento Hipolipemiante?: XIV Jornadas de Avances en Medicina Interna: Conferencia: "Las Estatinas más allá del colesterol", abril 2006, Temuco.
3. Simposium ILIB. Viña del Mar: Conferencia: "Estatinas en el Síndrome Coronario Agudo". Julio 2006.
4. Simposio Internacional: Óxido Nítrico y su rol en las enfermedades cardiovasculares: Conferencia: "Disfunción Endotelial e Insuficiencia Cardíaca". Julio 2006. Santiago.
5. Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular – Filial Sur. IV Curso Internacional de Cardiología. Conferencia: "Infarto Agudo del Miocardio c/SDST 2006". Agosto 2006, Osorno.
6. Simposium ILIB: Director simposium. Tópicos del Mundo de las Dislipidemias. Conferencia: "Síndrome Coronario Agudo ¿Juegan las estatinas algún rol?". Agosto 2006, Osorno.
7. Curso Internacional de Cardiología. Clínica Alemana & The Cleveland Clinic Foundation. Director del Curso. Conferencia: Manejo del Síndrome Coronario Agudo y Estratificación de riesgo post infarto", septiembre, 2006, Temuco.
8. Resumen de hallazgos más relevantes de ACTION A Coronary disease trial investigating Outcome with Nifedipine GITS (The Lancet, Vol. 364). Presentado en Temuco, octubre, 2006.
9. IX Jornadas Chilenas de Cardiología Intervencionista. Conferencia: El futuro de la Hemodinamia en Chile frente al AUGE-GES, octubre, 2006, Temuco.
10. Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLVIII Congreso Chileno de Cardiología. Simposium: El Desafío Diario en Lípidos. Balance entre Eficacia, Evidencia y Seguridad: ¿Es una ilusión? Conferencia: Interpretando la evidencia en la práctica clínica cardiológica, noviembre, 2006. Viña del Mar.

*Nombramientos:*

Integrante del Consejo Consultivo AUGE del Ministerio de Salud.

Jefe del Centro Cardiovascular en Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco.

Encargado Relaciones Internacionales Facultad de Medicina Universidad de La Frontera, Temuco.

Asesor del Programa AUGE - Infarto del Miocardio, en Servicio Salud Araucanía Sur.

Miembro Junta Directiva Universidad de La Frontera, Temuco.

*Participación en Congresos y Cursos*

- American College of Cardiology. 55th Annual Scientific Session. Meeting Evaluation and Credit Reporting System; Atlanta, Estados Unidos, Marzo 2006.
- 4<sup>th</sup> International Meeting on Nitric Oxide. Latin America. Buenos Aires, March, 2006.
- Congreso Europeo de Cardiología, Septiembre 2006 en Barcelona-España.
- Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: Viña del Mar, Noviembre 2006. Viña del Mar.

- TCT 2006. 15<sup>th</sup> Annual Cardiovascular, Nurse and Technologist Symposium. October 2006. Washington Convention Center. Washington DC.

*Publicaciones:*

Editor de Libro: "Actualización en Lípidos". Libro editado por ILIB Chile, autor de capítulo "Estatinas en Síndromes Coronarios Agudos", 2006.

**DR. RICARDO UAUY D.**

*Capítulos en Libros*

- Uauy R., Hertrampf E., Dangour A. Food Based Dietary Guidelines for Healthier Populations: International Considerations. In: Shils M., Shike M., Ross AC., Caballero B., Cousins R., editors. Modern Nutrition in Health and Disease. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1701-1716.
- Uauy R., Mena P., Warshaw JB. Growth and metabolic adaptation of the fetus and newborn. In: McMillan JA., Feigin RD., De Angelis C., Jones MD., Jr., editors. Oski's pediatrics: principles & practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 174-181.

*Revistas Internacionales*

- Pawlosky RJ., Lin YH., Llanos A., Mena P., Uauy R., Salem N. Jr. Compartmental Analyses of Plasma 13C- and 2H-Labeled n-6 Fatty Acids Arising from Oral Administrations of 13C-U-18:2n-6 and 2H5-20:3n-6 in Newborn Infants. *Pediatr Res* 2006; 60(3): 327-333.
- Dangour AD., Uauy R. Nutrition challenges for the twenty-first century. *Br J Nutr* 2006; 96(Suppl 1):S2-7
- Price GM., Uauy R., Breeze E., Bulpitt CJ., Fletcher AE. Weight, shape, and mortality risk in older persons: elevated waist-hip ratio, not high body mass index, is associated with a greater risk of death. *Am J Clin Nutr* 2006; 84(2):449-460.
- Uauy R., Dangour AD. Nutrition in brain development and aging: role of essential fatty acids. *Nutr Rev* 2006; 64(5 Pt 2):S24-33; discussion S72-91
- Uauy R., Rojas J., Corvalán C., Lera L, Kain J. Prevention and control of obesity in preschool children: Importance of normative standards. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43(Suppl 3):S26-S37.
- Uauy R., Lock K. Commentary: The importance of addressing the rise of overweight and obesity—progress or lack of action during the last fifty years? *Int J Epidemiol* 2006; 35(1):18-20

*Revistas Nacionales*

- Rojas J., Uauy R. Evolución de las normas de alimentación y nutrición del programa alimentario y cambios en el estado nutricional de preescolares beneficiarios de la JUNJI en las últimas 3 décadas (Evolution of the nutrition and dietary guidelines and changes in the nutritional status of preschool children beneficiaries of the JUNJI program over the past 3 decades). *Rev Chil Nutr* 2006; 33(1): 91-101

**DRA. GLORIA VALDÉS S.***Docencia*

- Seminarios, Clases y docencia tutorial a 3er, 4º Año Medicina, Internado Medicina Interna, Becados Nefrología y a integrantes Centro Renal Hospital Sótero del Río.
- Seminario Programa Doctorado Ciencias Médicas. Abril.

*Asistencia*

Atención pacientes hipertensos Centro Médico San Joaquín, Laboratorio Hipertensión Arterial, Departamento Nefrología y apoyo al Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico. Miércoles AM.

## Investigación:

Segundo Año "Relación entre el sistema calicreína-cininas y otros componentes del repertorio vasodilatador en el proceso de la placentación". Investigador Responsable.

Fondecyt 1050707.

*Participación Cursos o Congresos*

- Chairman sesión "Endothelial dysfunction and organ damage". 4th International Meeting on Nitric Oxide (Latin America). Buenos Aires, marzo, 2006.
- Conferencia "Hipertensión arterial y terapia hormonal en la mujer". Jornadas Sociedad Chilena Hipertensión Arterial. Agosto.

*Presentación Trabajos Libres*

- Valdés G., Corthorn J., Chacón C. Expression of VEGF and kallikrein in the pregnant guinea pig. Congreso Internacional Society Study Hypertension in Pregnancy. Lisboa. Julio
- Corthorn G., Valdés G., Chacón C. Expression of MMPs and kallikrein in the pregnant guinea pig. Congreso Internacional Society Study Hypertension in Pregnancy. Lisboa. Julio.

*Publicaciones*

## Artículos Revistas Comité Editorial:

- Distribution of Angiotensin-(1-7) and ACE2 in human placenta of normal and preeclamptic pregnancies. G. Valdés, LLA. Neves, L. Anton, J. Corthorn, C. Chacón, AM. Germain, DC. Merrill, CM. Ferrario, R. Sarao, J. Penninger, KB. Brosnihan. Placenta 2006; 27:200-207.
- Expression of Kallikrein, Bradykinin B2 Receptor and Endothelial Nitric Oxide Synthase in placenta normal gestation, Preeclampsia and Placenta Accreta, PE and control. J. Corthorn, AM. Germain, C. Chacón, S. Rey, GX. Soto, CD. Figueroa, W. Muller Esterl, I. Duarte, G. Valdés. Endocrine 2006; 29: 491-499.
- Endothelial Dysfunction: A connecting Link between Preeclampsia, Recurrent Pregnancy Loss and Future Cardiovascular Events? AM. Germain, MC. Romanik, I. Guerra, S. Solari, MS. Reyes, RJ. Johnson, K. Price, SA. Karumanchi, G. Valdés. Hypertension 2007; 49:1-6.

*Distinciones*

Nombramiento Socio Honorario Sociedad Chilena Hipertensión. Agosto 2006.

*Otros*

- Jefatura Laboratorio Nefrología, Departamento Nefrología.
- Integrante Comité para preparar propuesta GES Programa Hipertensión Arterial UC.
- Conferencia Inaugural Año Académico Ciencias de la Salud, Universidad Santo Tomás.
- Charla "Adaptaciones hemodinámicas a la gestación", a alumnos 3°-4° Medio. Liceo Amador Neghme, Las Rejas, por Programa Explora Fondecyt, Octubre.
- Miembro Comité Internacional International Society Study Hypertension in Pregnancy.
- Miembro Comité Científico XVI Meeting Inter-American Society Hypertension 2007.

**DR. VICENTE VALDIVIESO D.***Actividades Académicas*

- Representante de la Academia de Medicina ante el Directorio de CONACEM.
- Representante de la Academia de Medicina ante el Consejo Consultivo del AUGE.

*Distinciones*

Nombramiento de Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Agosto, 2006.

**DR. JUAN VERDAGUER T.***Distinciones*

- Electo Primer Vicepresidente en la Academia Ophthalmologica Internationalis, 18 de Febrero de 2006
- Medalla A. Edward Maumenee Pan American Association of Ophthalmology. World Congress of Ophthalmology, Sao Paulo, Brasil, 20 de Febrero de 2006.
- ASOFAMECH. Nombrado miembro de comisión para la preparación de standards en la Especialidad de Oftalmología.

*Presentaciones a cursos y congresos*

- Chairman, Academia Ophthalmologica Internationalis Retina Symposium. World Congress of Ophthalmology, Sao Paulo, Brasil, 19-24 de Febrero 2006
- "Macula disorders in pathological myopia". World Congress of Ophthalmology. Sao Paulo, Brasil, 19-24 Febrero 2006
- "Resident education in Latin America". World Congress of Ophthalmology. Sao Paulo, Brasil. 19-24 de Febrero 2006
- "Para ophthalmic personnel (Medical Technologists) in Latin America". World Congress of Ophthalmology. Sao Paulo, Brasil, 19-24 Febrero 2006

- "Development of a new residency program". Ophthalmology Program Directors Course. Lima, Perú, Marzo 24, 2006
- "Conduite à tenir dans l'œdème maculaire lié a néovascularisation choroïdienne myopique ". 112<sup>avo</sup> Congreso Sociedad Francesa de Oftalmología, París 7 de Mayo 2006
- "Management of intraocular vascular tumors ". 6<sup>th</sup> Congress of the European Society of Retina Specialists. Lisboa, Portugal 18-21 de Mayo de 2006
- "Manejo de tumores vasculares". Curso Anual 2006. Fundación Oftalmológica Los Andes. 16 de Junio, 2006
- "Enfermedades maculares en la miopía patológica", "Edema macular diabético". Curso Internacional de Oftalmología Tucumán 2006. Tucumán, Argentina 25 y 26 de Agosto de 2006
- "Edema Macular Diabético". Invitado de Honor, Segundo Simposio Internacional Vítreo Retina 2006. Buenos Aires, Argentina 1º de Septiembre, 2006
- "Retinopatía Diabética". III Curso Anual Fundación Oftalmológica Los Andes Sede Norte. La Serena, 6 de Octubre de 2006
- "Vasculitis retinianas". "Tumores vasculares del fondo de ojo". Sociedad Argentina de Retina y Vítreo. Buenos Aires, Argentina, 13 de Octubre de 2006
- "Retinopatía diabética" . Lo Mejor de la Academia de Oftalmología en Español. Las Vegas, Nevada, USA. 15 de Noviembre de 2006
- "Ojo Rojo". Sociedad Médica de Santiago, XVI Curso "Problemas frecuentes en la atención primaria del adulto". Santiago, 20 de Noviembre de 2006
- "Estrategias en el diagnóstico y manejo oportuno en retinopatía diabética". Curso de Prevención de Ceguera. XX Congreso Chileno de Oftalmología, Viña del Mar, 7 de Diciembre de 2006
- "Diagnóstico diferencial de patología retinal frecuente en la edad pediátrica". Curso de Oftalmología Pediátrica. XX Congreso Chileno de Oftalmología, Viña del Mar, 7 de Diciembre de 2006
- "Degeneración macular relacionada a la edad y baja visión" Curso de Baja Visión. XX Congreso Chileno de Oftalmología, Viña del Mar, 7 de Diciembre de 2006
- "Electroretinografía multifocal". XX Congreso Chileno de Oftalmología, Viña del Mar, 10 de Diciembre de 2006
- "Retinopatía Diabética" Simposio Lo Mejor de la Academia. XX Congreso Chileno de Oftalmología, Viña del Mar, 10 de Diciembre de 2006.

#### *Conferencias culturales*

- "Gaudí y Verdaguer en la Barcelona tumultuosa del cambio de siglo"  
Fundación Oftalmológica Los Andes, Junio 2006
- "Desolación y muerte en la poesía de García Lorca" Fundación Oftalmológica Los Andes

- "Un Héroe" (José Rizal). XX Congreso Chileno de Oftalmología, Viña del Mar 8 de Diciembre, 2006

*Publicaciones*

- Pacheco, M, Verdaguer T.,J, Cabezas M, Verdaguer D, JI, Rojas, B, Carpetier, C, Filsecker,L. " Atrofia retinal post terapia fotodinámica en pacientes miópicos con membrana neovascular coroidea" Arch. Chil. Oftal 2006;63:39-43
- Sepúlveda G, Green C, Castiglione E, Filsecker L, Verdaguer D, JI, Verdaguer T., J . "Tratamiento con verteporfin de la membrana neovascular coroidea en miopía. Serie retrospectiva de 3 años". Arch. Chil. Oftal. 2006; 63: 45-48
- Sepúlveda G., Greene C, Castiglione E, Filsecker L, VerdaguerD,JI, Verdaguer T., J. "Tratamiento con verteporfin de la membrana neovascular coroidea en degeneración macular relacionada con la edad. Serie retrospectiva de 3 años. Arch. Chil. Oftal. 2006; 63:49-53
- Verdaguer T,J, "Management of diabetic macular edema". Highlights of Ophthalmology. En prensa
- Verdaguer T.,J, Capítulo: "Tumores vasculares del fondo de ojo" del libro "Tumores Oculares" Francisco Contreras y David Pelayes, editores. En prensa.
- Verdaguer T,J. Capítulos "Macro aneurismas arteriales" y Síndrome IRVAN" del libro "Enfermedades de la Retina". Fernando Arévalo, editor. En prensa, edición Highlights of Ophthalmology
- Verdaguer T., J "Clasificación de retinopatía diabética en Retinopatía Diabética". Tratado médico quirúrgico. V. Alfaro, F. Fómez Ulla, H. Quiroz, M.Figueroa, S. Villalba. Editores. Mac Line, S.L. 2006. P 43-60.
- Verdguer T,J, "Fluoroangiografía de retina en Retinopatía Diabética". Tratado médico quirúrgico. V. Alfaro, F. Gómez Ulla, H. Quiroz, M. Figueroa, S. Villalba. Editores. Mac Line S.L. 2006. P. 53-60



DR. MARIO HERRERA MOORE<sup>1</sup>

Concurro a este Templo a expresar en nombre de la Academia Chilena de Medicina nuestro profundo pesar por el fallecimiento del Profesor Dr. Mario Herrera Moore, Académico Honorario de la Corporación.

El Dr. Herrera, médico distinguido, tuvo una brillante carrera profesional y universitaria. Graduado en la Universidad de Chile en 1954 se especializó en Obstetricia y Ginecología en Chile y en los EE.UU. como Residente Asistente en el Bellevue Medical Center de la New York University, iniciando luego una fructífera carrera asistencial y académica en el hospital San Francisco de Borja y en la Universidad de Chile, la que lo llevaría a asumir importantes responsabilidades y obtener las más altas distinciones en su especialidad. Fue Profesor Titular de la Universidad de Chile, Director del Departamento docente y Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología y Presidente de la Sociedad Chilena de la especialidad, los reconocimientos otorgado a su destacada trayectoria culminarían con las distinciones de Maestro de la Obstetricia Chilena y de la Latinoamericana. Su labor docente fue muy meritoria e intensa en la formación directa de alumnos, médicos especialistas y matronas. Ejerció, además, por un largo período como editor de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología y tuvo una destacada participación en el Colegio Médico de Chile, siendo director del Departamento científico y docente, Consejero Nacional y Vice Presidente de la Orden. Sus numerosas publicaciones revelan la gran dedicación a su especialidad, en las que aborda una amplia gama de problemas clínicos obstétricos, epidemiológicos y éticos, que alimentaron sus ponencias en Congresos médicos nacionales, latinoamericanos y mundiales. Además, sus inquietudes intelectuales lo llevaron a escribir artículos de reflexión en la Revista Vida Médica del Colegio Médico y en importantes medios de comunicación de la capital, sobre diversos aspectos relativos a la profesión médica y temas universitarios y culturales de interés general. La Academia de Medicina en reconocimiento a sus relevantes méritos profesionales y personales lo nombró Miembro Honorario en el año 2004, participando activa y regularmente en las reuniones académicas de la institución y representándola en el Consejo Asesor del Ministro para el Plan de Garantías Explícitas en Salud. En los últimos años tuve la oportunidad y el privilegio de compartir con él en la Academia y en la Comisión de Evaluación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, siendo testigo de su dedicación, capacidad y entusiasmo y de sus excepcionales cualidades humanas. Destacaban en él la fuerza de sus convicciones, su rigurosidad, al igual que su simpatía y honorabilidad. Mario Herrera ha sido una figura muy destacada de la Obstetricia Chilena y su desaparición constituye una gran pérdida para la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la Academia de Medicina, y muy en particular, para la Obstetricia nacional.

---

<sup>1</sup> Palabras del Presidente de la Academia Chilena de Medicina en los funerales del Académico Honorario Dr. Mario Herrera Moore, marzo 2006.

Junto con expresar nuestras sentidas condolencias a su familia, confiamos en que Dios le ha de acoger y otorgar la paz eterna. ■

DR. ALEJANDRO GOIC G.

## DR. HELMUT JAEGER LUNECKE<sup>1</sup>

Traigo a este Templo el sentimiento de profundo pesar de la Academia Chilena de Medicina por el fallecimiento del distinguido médico y académico Dr. Helmut Jaeger Lunecke. Recordemos hoy algunos aspectos relevantes de su extensa y brillante trayectoria profesional y de su personalidad médica. Después de estudiar medicina en la Universidad de Concepción y graduarse en la Universidad de Chile en 1940, sus inquietudes quirúrgicas lo llevaron a incursionar en los campos de la urología y la neurocirugía pediátricas, campos inexplorados en aquellos años en Chile. Entre 1951 y 1953 fue becado por la W K Kellogg Foundation para hacer estudios de postgrado en EE.UU. en la especialidad de cirugía cardíaca en la prestigiosa Johns Hopkins University, período de especialización que sería decisivo en su vida profesional. Dedicado de lleno a la cardiocirugía infantil en el hospital de niños Calvo Mackenna, del cual fue Jefe del Servicio de Cirugía y Director en varias oportunidades, creó y dirigió con perseverancia y disciplina -características destacadas de su personalidad médica- el Centro Cardiovascular, el Instituto de Cardiología Infantil y la Corporación Salvémosle el Corazón al Niño, instituciones de las cuales se han beneficiado cientos de niños con cardiopatías congénitas y adquiridas. Fue un pionero de la cirugía cardiovascular en Chile, realizando la primera intervención con circulación extracorpórea y bregando con ingenio y creatividad para vencer las dificultades que pueden encontrar en nuestro país las iniciativas de interés nacional. El Dr. Jaeger se caracterizó por ejercer la medicina con idoneidad, compasión y sentido social. Además, colaboró en las etapas iniciales de organización de la Corporación de Ayuda al Niño Limitado que daría origen años después a la Teletón. Con tesón logró captar recursos municipales y privados para extender los beneficios de una cirugía cardíaca de alto nivel técnico a los niños necesitados de ella. Esta ha sido una de sus grandes contribuciones a la medicina chilena y por lo cual obtuvo un amplio reconocimiento nacional e internacional. Fue profesor de Cirugía Infantil y Ortopedia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Presidente de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Infantil y Presidente del Capítulo Chileno del American College of Surgeons. Las diversas instituciones a las que estuvo vinculado le confirieron merecidos honores: el Colegio Médico de Chile lo nombró Miembro Emérito; la Sociedad de Cardiología y Cirugía Infantil, Maestro de la Cirugía Cardiovascular Chilena; el American College of Surgeons la distinción de Fellow Emérito y la Corporación Salvacor lo designó Presidente Vitalicio. La Academia Chilena de Medicina, en reconocimiento a su vasta y destacada trayectoria profesional y académica, lo nombró Miembro Honorario en 1995 y la comunidad médica de Chile le otorgó en el año 2004 el Premio Nacional de Medicina -la más alta distinción que se entrega a un médico en Chile- por su notable contribución al progreso y prestigio de la medicina chilena. En nombre de la Academia de Medicina expreso mis condolencias a su dis-

---

<sup>1</sup> Palabras del Presidente de la Academia Chilena de Medicina en los funerales del Académico Honorario Dr. Helmut Jaeger L., noviembre 2006.

tinguida esposa Sra. Yerka García, las que hago extensivas a sus hijos y familiares, en la esperanza de que Dios ha de conceder a este eminente médico la paz eterna. ■

DR. ALEJANDRO GOIC G.

## DR. ITALO CAORSI CHOUQUER<sup>1</sup>

Con un sentimiento de profundo pesar, doy cuenta a ustedes del fallecimiento del Académico Correspondiente Dr. Ítalo Caorsi Chouquer.

El Dr. Ítalo Caorsi obtuvo su título profesional en agosto de 1947 en la Universidad de Chile, especializándose posteriormente en Anatomía Patológica, en los Estados Unidos. En 1954 ingresó a la Universidad Austral de Chile como Director del Instituto de Histología, dictando en forma paralela las cátedras de Citología y Patología. En 1958 asumió la Dirección del Instituto de Morfología y en 1960 la Decanatura de la Facultad de Estudios Generales. El Dr. Italo Caorsi cumplió un rol importante en la gestación de la Universidad Austral de Chile. Se desempeñó como Decano de la Facultad de Medicina entre los años 1962 a 1968, período en el cual fue propulsor del Plan de Desarrollo de su Facultad con la apertura de las Carreras de Enfermería, Obstetricia y Puericultura. También fue Director Fundador de la Escuela de Tecnología Médica entre 1960 a 1966 y del Instituto de Histología y Patología desde 1975 a 1987. En reconocimiento a su destacado aporte en docencia e investigación y sus cualidades profesionales y personales, la Academia Chilena de Medicina lo nombró Miembro Correspondiente en 1978 y la Universidad Austral de Chile lo distinguió el año 2000 con el título de «Padre Fundador». Posteriormente, en el año 2002, fue galardonado con el premio «Jorge Millas», por sus méritos personales y su relevante trayectoria académica. Asimismo, en el año 2004 y debido a la estrecha relación del Dr. Caorsi con la UACH desde su fundación, fue distinguido como Profesor Emérito de esta casa de estudios.

Guardemos un minuto de silencio en memoria de este distinguido Académico, Dr. Ítalo Caorsi Chouquer. ■

DR. ALEJANDRO GOIC G.

---

<sup>1</sup> Palabras del Presidente de la Academia Chilena de Medicina en Sesión Ordinaria de fecha 6 de diciembre de 2006.



## DR. ÍTALO CAORSI, UNIVERSITARIO EXCEPCIONAL Y VALIOSÍSIMA PERSONA<sup>1</sup>

Nos ha dejado Ítalo Caorsi, colega universitario y entrañable amigo. Se ha ido silenciosamente, siendo su firme deseo que su partida pasara ojalá desapercibida. Su familia respetó tal decisión; asimismo sus colegas y amigos. Ya ausente, me permito expresar, muy brevemente, algo de su enorme, trascendente, significación académica y humana.

No es éste el momento de detallar los múltiples aspectos de su fecunda acción realizadora en la Universidad Austral de Chile y en el hospital base de Valdivia, como profesor, investigador, médico anatómo-patólogo. Con toda justicia, amplio merecimiento, es considerado uno de los principales fundadores de nuestra Universidad y de la Facultad de Medicina, con sus distintas escuelas; desempeñando además, múltiples y delicadas funciones administrativas. Sobradamente merecidas fueron sus designaciones como Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Profesor Emérito de la Universidad y Premio Jorge Millas.

Lo que quisiera ahora poner de relieve al evocar la figura ejemplar de Ítalo Caorsi es la creadora identificación entre la persona y la institución a que ella pertenece. Advertimos cómo ambas partes configuran un todo armónicamente integrado. El era para la Universidad, para la Facultad de Medicina, para el hospital. En la realización de su tarea mostraba seriedad, exigencia, deseo ferviente de perfeccionar tales centros, tanto en sus aspectos materiales como humanos. Asumía estas complejas responsabilidades con fervor, con entrega generosa; es decir, éticamente. Todo esto da cuenta de su espíritu realizador, creador, aspirando a la excelencia.

Junto a lo anterior estaba en juego, formando parte importante de su ser personal, su espíritu deportivo, su goce al efectuar extensos recorridos en bicicleta, o practicando otras actividades deportivas, contagiando al ambiente con su vitalidad, alegría y vivo sentido del humor. De esta manera se complementaban riquezas de su personalidad profesional académica con las surgidas de su persona vital, auténtica y amistosa.

Considero que nosotros, como colegas universitarios y amigos, como asimismo la Institución a la que sirvió, quedamos en deuda con Ítalo Caorsi. No volveremos a ver su figura tan expresiva, pero su imagen seguirá por siempre teniendo vida en nosotros, en nuestro mundo íntimo. Debemos mantener vivo su recuerdo, dar cuenta de su obra y de su riqueza personal. Así evitaremos su segunda muerte, la del olvido, como nos lo enseñara el maestro Jorge Millas en un sentido y profundo discurso póstumo, despidiendo a otro distinguido Universitario. ■

DR. FERNANDO OYARZÚN P.  
Académico Correspondiente

---

<sup>1</sup> Palabras del Académico Correspondiente Dr. Fernando Oyarzún en los funerales del Dr. Caorsi, noviembre 2006.



**Médicos de ciencia y de conciencia. La Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.** Juan Eduardo Vargas, Benedicto Chuaqui, Ignacio Duarte. Ediciones Universidad Católica de Chile: Santiago de Chile. 2005 (620 páginas).

Este excelente y muy bien documentado libro nos da cuenta del origen y trayectoria de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, de las dificultades que debió enfrentar así como de sus logros, que le han permitido, a través de 75 años de esfuerzos y progreso sostenido, convertirse en una de las más prestigiosas Escuelas de Medicina del país y de Latinoamérica.

El nacimiento de esta Escuela no fue fácil y se inscribe en una época de la historia de Chile en que el campo educacional universitario estaba dominado por la educación pública inspirada en el concepto del «Estado docente». Una universidad privada como la Universidad Católica había logrado tener presencia sólo en algunas áreas educacionales de carácter humanístico y se asomaba tímidamente en las de carácter científico.

Los autores organizaron el libro en 8 Capítulos en los que se relata los períodos de mayor significación en el desarrollo de la Escuela de Medicina, centrados en los acontecimientos de cada época y en la obra de los sucesivos Decanos que la han conducido. En ellos se incluye, también, una descripción de la importante labor desarrollada por los profesores que se desempeñaron como Directores de la Escuela. El epígrafe de cada uno de los capítulos nos revela el contenido esencial que los inspiró.

Cada Capítulo incluye una completa bibliografía y extensas y pormenorizadas notas bibliográficas, y el libro, un Plano histórico y un Índice onomástico.

En el Primer Capítulo, que los autores denominan «*Los primeros intentos*», se nos habla de los difíciles momentos iniciales entre 1888 y 1929, años de fundación de la Universidad Católica y de la Escuela de Medicina, respectivamente. En el decreto de la creación de la Escuela se consignan en forma precisa las razones principales que la motivaron, una de orden religioso y otra de orden social: «... *interesa en sumo grado a la sociedad la formación de médicos en quienes las familias cristianas depositen su entera confianza, ya por la solidez y amplitud de sus conocimientos, ya por la identidad de sus creencias*». Se consideró, además, que «*es un bien positivo que se aumente el número de médicos como quiera que existen poblaciones privadas de la conveniente asistencia científica por falta de facultativos*». En palabras del ilustre Rector Monseñor Casanueva se trataba de formar «*médicos de ciencia y conciencia*».

En el Capítulo 2: «*Los primeros años de la Carrera (1930-1941)*», se describen sucesivamente los decanatos de los doctores Carlos Monckeberg -su Decano Fundador-, el de Luis Calvo Mackenna y el primero de Cristóbal Espíldora; y, en el Capítulo 3: «*Hacia la autonomía docente (1942-1955)*», el segundo período de Cristóbal Espíldora y

el decanato de Rodolfo Rencoret. El Capítulo 4: «*El crecimiento y la crisis (1954-1967)*», reúne el segundo decanato de Rodolfo Rencoret y los de Fernando García-Huidobro, Roberto Barahona y Juan de Dios Vial. El Capítulo 5: «*La Escuela de medicina y la reforma (1968-1974)*», relata la labor de los Decanos Juan Ignacio Monge, Hugo Salvestrini y Ramón Ortúzar. El Capítulo 6: «*La Escuela reformada y el título de médico-cirujano*» (1975-1982) incluye el primer decanato de Pablo Casanegra y el de Carlos Quintana y el Capítulo 7: «*Los estatutos de la Facultad y la ampliación del campo clínico (1983-1991)*», el segundo decanato de Casanegra y los dos de Ricardo Ferreti. El Capítulo 8 y final: «*La escuela de medicina hacia el siglo 21*», reseña la labor de los dos decanatos de Pedro Rosso y el de Gonzalo Grebe, actual decano.

Como era esperable, en sus primeras décadas la mayoría de los profesores de la Escuela provenían de la Universidad de Chile; posteriormente, dispuso de profesores formados en la propia Universidad Católica.

En cada uno de los períodos reseñados se hace una detallada revisión del gobierno institucional, las actividades académicas, las asignaturas y profesores, el equipamiento y espacios físicos, las circunstancias económicas, las características del alumnado, etc., señalando no sólo los avances obtenidos sino que también con mucha transparencia las dificultades y desencuentros que se enfrentaban. En su conjunto, el relato nos da cuenta del esfuerzo permanente de sus profesores por hacer progresar la Escuela y fijar progresivamente nuevos objetivos y lograr nuevas metas institucionales.

Probablemente, una nota característica de la Escuela fue un desarrollo sin apresuramientos, ligado a la disponibilidad de recursos humanos y financieros. Así, los siete años de duración que tiene la Carrera de Medicina en nuestro país fueron completados en un lapso de veinticinco años y el número de alumnos fue incrementado en forma paulatina a medida que la Escuela se consolidaba.

Hitos de gran significación para la Escuela fueron la construcción del Hospital Clínico en 1939 (que entró en funcionamiento en 1943) y la inauguración del policlínico en 1940, «cuya finalidad principal era la atención de los pobres»; la creación de la Escuela de Ciencias Biológicas en 1952, destinada a impulsar la investigación en ciencias básicas; la obtención legal de su autonomía académica en 1955, que le permitió dar curso a políticas y estrategias educacionales propias e innovadoras; la creación del Internado en 1956; la creación en 1962 de becas para la formación de especialistas médicos; los convenios con hospitales públicos, en particular, en 1970 con el Hospital Sótero del Río, con el fin de expandir los campos clínicos para entrenamiento de los estudiantes; la creación del Centro de Diagnóstico en 1980, destinado a actividades asistenciales y académicas; el otorgamiento autónomo del título de médico-cirujano en 1981, hasta entonces prerrogativa exclusiva de la Universidad de Chile; la inauguración del Centro de Investigaciones Médicas en 1990; la puesta en marcha del Programa de Estudios Médico-Humanísticos en 1998 y la Acreditación de la Escuela por la Comisión Nacional de Acreditación en el año 2002. En verdad, el notable desarrollo de la Escuela en todas sus facetas se produjo especialmente en los últimos

cincuenta años, incluyendo un fuerte impulso a la formación de especialistas médicos, al desarrollo de grupos calificados de investigadores y a la expansión y modernización de su biblioteca.

Hay que señalar que en la época de fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, la disponibilidad de médicos era muy deficitaria y las condiciones sanitarias del país precarias, de modo que su creación, además de su motivación religiosa, debe ser vista como una contribución a la tarea educacional del Estado y al desarrollo de la medicina en el país.

No obstante referirse a una Escuela en particular, este libro constituye un aporte significativo al conocimiento de la evolución de la medicina y la educación médica chilenas. Demuestra que la creación de una nueva escuela de medicina no se improvisa y su afianzamiento requiere gran dedicación y un esfuerzo sostenido en el tiempo. La experiencia con ésta y algunas otras escuelas de medicina chilenas pareciera indicar también que el apoyo y supervisión por el sistema educacional establecido de una nueva Escuela de Medicina en sus etapas iniciales de desarrollo hasta alcanzar su plena autonomía académica resulta beneficiosa para la propia institución y el país.

Mirado retrospectivamente, el proyecto de creación de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de 1929 ha sido tremendamente exitoso. A juzgar por la historia del desarrollo de la Escuela descrita en este ejemplar obra, la fórmula parece haber sido conjugar un propósito institucional claro y explícito, mantenerse fiel a los principios fundacionales que lo inspiraron, disponer de un cuerpo de docentes e investigadores calificados y de alumnos estrictamente seleccionados por sus aptitudes académicas.

Digna de destacar es la rigurosidad académica de este libro, la abundante información sobre hechos y personajes y la prolijidad y pertinencia de la descripción. Sin duda que la asociación de un historiador experto: el profesor Juan Eduardo Vargas, y de dos médicos interesados en la historia de la medicina: el recordado Dr. Benedicto Chuaqui y el Dr. Ignacio Duarte, ha sido en extremo fructífera y ha permitido poner a disposición del mundo académico y la profesión médica una obra de gran valor histórico, social y humano. ■

Dr. Alejandro Goic G.



ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA  
2006

ALEJANDRO GOIC GOIC  
Presidente

SYLVIA SEGOVIA POLLA  
Secretaria

RODOLFO ARMAS MERINO  
Tesorero

**ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE PRECEDENCIA<sup>1</sup>**

	<i>Nombre</i>	<i>Fecha Incorporación</i>	<i>Nº Sillón</i>
1.	Bruno Günther Scheafeld	19 de Abril de 1972	17
2.	Hugo Salvestrini Ricci	15 de Junio de 1972	3
3.	Fernando Monckeberg Barros	21 de Septiembre de 1972	6
4.	Ernesto Medina Lois	8 de Agosto de 1979	15
5.	Raúl Etcheverry Barucchi	5 de Agosto de 1981	4
6.	Ricardo Cruz-Coke Madrid	3 de Abril de 1985	23
7.	Jaime Pérez Olea	8 de Mayo de 1985	24
8.	Julio Meneghello Rivera	8 de Octubre de 1986	10
9.	Esteban Parrochia Beguin	28 de Abril de 1987	26
10.	Victorino Farga Cuesta	16 de Noviembre de 1988	14
11.	Rodolfo Armas Merino	26 de Abril de 1989	27
12.	Alejandro Goic Goic	30 de Noviembre de 1989	28
13.	Carlos Miquel Bañados	19 de Abril de 1990	29
14.	Manuel García de Los Ríos	10 de Mayo de 1990	30
15.	Juan Verdaguer Tarradella	4 de Octubre de 1990	31
16.	Eduardo Rosselot Jaramillo	26 de Noviembre de 1991	33
17.	Marta Velasco Rayo	20 de Agosto de 1992	34
18.	Vicente Valdivieso Dávila	14 de Abril de 1994	5
19.	Santiago Jarpa Orrego	19 de Mayo de 1994	2
20.	Sergio Ferrer Ducaud	23 de Mayo de 1996	9
21.	Humberto Reyes Budelovsky	28 de Junio de 1996	25
22.	Colomba Norero Vodnizza	25 de Julio de 1996	12
23.	Sylvia Segovia Polla	29 de Agosto de 1996	16
24.	Otto Dörr Zegers	21 de Abril de 1999	20
25.	Pedro Rosso Rosso	23 de Junio de 1999	18
26.	Mordo Alvo Gateño	15 de Junio de 2000	7
27.	Ricardo Uauy Dagach-Imbarack	25 de Abril de 2002	21
28.	Gloria López Stewart	24 de Abril de 2003	11

<sup>1</sup> Llevan una + los Académicos que han fallecido durante el año.

29.	Fernando Cassorla Goluboff	20 Noviembre de 2003	1
30.	Flavio Nervi Oddone	22 de Abril de 2004	32
31.	Jorge Las Heras Bonetto	17 de Junio de 2004	8
32.	Gloria Valdés Stromilli	19 de Mayo de 2005	19
33.	Pablo Casanegra Prnjat	21 de Julio de 2005	22
34.	José Adolfo Rodríguez Portales	13 de Octubre de 2005	35
35.	Mireya Bravo Lechat	Electa	13

### RELACIÓN DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS DE NÚMERO SEGÚN FECHA DE INCORPORACIÓN A LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

BRUNO GÜNTHER SCHEAFELD

Fecha de incorporación: 19 de abril de 1972

Discurso de Incorporación: *"La teoría de información en biología y medicina"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alfonso Asenjo

RAÚL ETCHEVERRY BARUCCHI

Fecha de incorporación: 5 de agosto de 1981

Discurso de Incorporación: *"Homenaje al profesor doctor Hernán Alessandri Rodríguez"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Roberto Barahona Silva

HUGO SALVESTRINI RICCI

Fecha de incorporación: 15 de junio de 1972

Discurso de Incorporación: *"Algunos progresos en neumología y cardiología vinculados a la cirugía"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Juan Allamand M.

RICARDO CRUZ-COKE MADRID

Fecha de incorporación: 3 de abril de 1985

Discurso de Incorporación: *"Genes y cromosomas en enfermedades comunes"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Jorge Mardones Restat

FERNANDO MONCKEBERG BARROS

Fecha de incorporación: 21 de septiembre de 1972

Discurso de Incorporación: *"Experiencia en el campo de la desnutrición en Chile"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Aníbal Ariztía A.

JAIME PÉREZ OLEA

Fecha de incorporación: 8 de mayo de 1985

Discurso de Incorporación: *"Reactividad cardiovascular: del órgano asilado al ser humano"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Luis Hervé L.

ERNESTO MEDINA LOIS

Fecha de incorporación: 8 de agosto de 1979

Discurso de Incorporación: *"Consideraciones acerca de la medicina actual"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Fernando Mönckeberg

JULIO MENEGHELLO RIVERA

Fecha de incorporación: 8 de octubre de 1986

Discurso de Incorporación: *"Experiencia y reflexiones sobre la enseñanza de pediatría entre los años 1940 - 1980"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Amador Neghme R.

TULLIO PIZZI POZZI †

Fecha de incorporación: 4 de noviembre de 1986

Discurso de Incorporación: *"Aspectos biológicos del envejecimiento"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Benjamín Viel V.

ESTEBAN PARROCHIA BEGUIN

Fecha de incorporación: 28 de abril de 1987

Discurso de Incorporación: *"Servicio de medicina del Hospital San Juan de Dios. Cuarenta años de historia (1946 - 1986)"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Rodolfo Armas Cruz

VICTORINO FARGA CUESTA

Fecha de incorporación: 16 de noviembre de 1988

Discurso de Incorporación: *"La conquista de la tuberculosis"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Esteban Parrochia Beguin

RODOLFO ARMAS MERINO

Fecha de incorporación: 26 de abril de 1989

Discurso de Incorporación: *"Reflexiones acerca de la docencia clínica médica actual"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Luis Hervé

ALEJANDRO GOIC GOIC

Fecha de incorporación: 30 de noviembre de 1989

Discurso de Incorporación: *"Estímulos psicológicos, emociones y enfermedad"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Arturo Atria

CARLOS MIQUEL BAÑADOS

Fecha de incorporación: 19 de abril de 1990

Discurso de Incorporación: *"Tratamiento intensivo: Cuándo y hasta cuándo"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Esteban Parrochia Beguin

MANUEL GARCÍA DE LOS RÍOS

Fecha de incorporación: 10 de mayo de 1990

Discurso de Incorporación: *"Diabetes Mellitus: Del empirismo a la biología molecular"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Fernando Valenzuela Ravest

JUAN VERDAGUER TARRADELLA

Fecha de incorporación: 4 de octubre de 1990

Discurso de Incorporación: *"Albert von Graefe. El hombre y su época"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Victorino Farga Cuesta

EDUARDO ROSSELOT JARAMILLO

Fecha de incorporación: 26 de noviembre de 1991

Discurso de Incorporación: *"Orden, caos y azar en el ritmo cardíaco"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Rodolfo Armas Merino

MARTA VELASCO RAYO

Fecha de incorporación: 20 de agosto de 1992

Discurso de Incorporación: *"Los virus de la hepatitis desde la placa de agar a la hibridización molecular"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alejandro Goic G.

VICENTE VALDIVIESO DÁVILA

Fecha de incorporación: 14 de abril de 1994

Discurso de Incorporación: *"Patogenia de la litiasis biliar. Historia de una investigación clínica"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Rodolfo Armas Merino.

SANTIAGO JARPA ORREGO

Fecha de incorporación: 19 de mayo de 1994

Discurso de Incorporación: *"Neoplasias del colon: mosaico de lesiones genético-dependientes"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Fernando Valenzuela Ravest.

SERGIO FERRER DUCAUD

Fecha de incorporación: 23 de mayo de 1996

Discurso de Incorporación: *"Charcot, su tiempo y su influencia en la neurología chilena"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Jaime Pérez Olea

HUMBERTO REYES BUDELOVSKY

Fecha de incorporación: 28 de junio de 1996

Discurso de Incorporación: *"El médico de hoy: un profesional multifacético"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alejandro Goic G.

COLOMBA NORERO VODNIZZA

Fecha de incorporación: 25 de julio de 1996

Discurso de Incorporación: *"El inicio de la hipertensión esencial. La visión del pediatra."*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Eduardo Rosselot J.

SYLVIA SEGOVIA POLLÁ

Fecha de incorporación: 29 de agosto de 1996

Discurso de incorporación: *"La mujer del siglo XXI: reflexiones y desafíos"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Manuel García de los Ríos

OTTO DÖRR ZEGERS

Fecha de incorporación: 21 de abril de 1999

Discurso de Incorporación: *"Angustia, melancolía y creatividad: El caso del poeta Rainer María Rilke"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alejandro Goic G.

PEDRO ROSSO ROSSO

Fecha de incorporación: 23 de junio de 1999

Discurso de Incorporación: *"El pensamiento médico del siglo XIX: Los obstáculos para la incorporación del método científico"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Benedicto Chuaqui

MORDO ALVO GATEÑO

Fecha de incorporación: 15 de junio de 2000

Discurso de Incorporación: *"Comentarios de nefrología"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Santiago Jarpa Orrego

RICARDO UAUY DAGACH-IMBARACK

Fecha de incorporación: 25 de abril de 2002

Discurso de Incorporación: *"Desafíos de la nutrición para el siglo XXI"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Manuel García de los Ríos Álvarez

GLORIA LÓPEZ STEWART

Fecha de incorporación: 24 de abril de 2003

Discurso de Incorporación: *"El médico frente al paciente crónico: ¿es posible cambiar conductas?"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Esteban Parrochia Beguín

FERNANDO CASSORLA GOLUBOFF

Fecha de incorporación: 20 noviembre de 2003

Discurso de Incorporación: *"De andrógenos a estrógenos: ¿sólo un átomo de carbono de distancia?"*

Discurso de Recepción realizado por la Académica Dra. Colomba Norero Vodnizza.

FLAVIO NERVI ODDONE

Fecha de incorporación: 22 de abril de 2004

Discurso de Incorporación: *"La doble cara del colesterol en la era postgenómica"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Vicente Valdivieso Dávila.

JORGE LAS HERAS BONETTO

Fecha de incorporación: 17 de junio de 2004

Discurso de incorporación: *"La placenta humana: de diario de vida a hoja de ruta. Un modelo para armar"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo.

GLORIA VALDÉS STROMILLI

Fecha de incorporación: 19 de mayo de 2005

Discurso de incorporación: *"Un largo viaje desde la hipertensión hacia el inicio de la vida"*.

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Vicente Valdivieso Dávila.

PABLO CASANEGRA PRNJAT

Fecha de incorporación: 21 de julio de 2005

Discurso de incorporación: *"La medicina y los medios de comunicación"*.

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Flavio Nervi Oddone

JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES

Fecha de incorporación: 13 de octubre de 2005

Discurso de incorporación: *"Del caso clínico al metaanálisis: cambios en la epistemología médica"*.

Discurso de Recepción realizado por la Académico Dra. Gloria López Stewart

### ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL PAÍS

<i>Nombre</i>	<i>Fecha Incorporación</i>	<i>Lugar</i>
1. Adolfo Reccius Ellwanger	1975	Valparaíso
2. Ítalo Caorsi Chouquer †	1978	Valdivia
3. Fernando Oyarzún Peña	1978	Valdivia
4. René Guzmán Serani	1983	Valdivia
5. Fructuoso Biel Cascante	1984	Concepción
6. Gonzalo Ossa Abel	1984	Temuco
7. Hernán Sudy Pinto	1984	Arica
8. Luis Cabrera Spiess	1986	Ovalle
9. Carlos Martínez Gaensly	1986	Concepción
10. Edmundo Ziede Abud	1986	Antofagasta
11. Sergio de Tezanos Pinto	1988	Valparaíso
12. Ernesto Mundt Flühmann	1989	Valparaíso
13. Alberto Gyhra Soto	1989	Concepción
14. Elso Shiappacasse Ferreti	1989	Concepción
15. Benjamín Stockins Fernández	1993	Temuco
16. Jorge Litvak	1993	Santiago
17. Juan Donoso Muñoz	1998	Concepción
18. Sergio Mezzano Abedrapo	2001	Valdivia
19. Jaime Duclós Hertzner	2002	Valparaíso
20. Eduardo Fasce Henry	2002	Concepción

**ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES**

<i>Nombre</i>	<i>Año de Elección</i>
1. Héctor Croxatto Rezzio	1974
2. Luis Vargas Fernández	1981
3. Miguel Ossandón Guzmán	1985
4. Jorge Allende Rivera	1988
5. Roque Kraljevic Orlandini	1988
6. Camilo Larraín Aguirre	1989
7. Ramón Ortúzar Escobar	1991
8. Mons. Bernardino Piñera Carvallo	1991
9. Helmut Jaeger Lunecke †	1995
10. Jorge Kaplán Meyer	1995
11. Sergio Lecannelier	1995
12. Felipe Cabello (reside en EE.UU)	1998
13. Rafael Parada Allende	2003
14. Sergio Peña y Lillo Lacassie	2003
15. Carmen Velasco Rayo	2004
16. Mario Herrera Moore †	2004
17. Francisco Beas Franco	2006
18. Lorenzo Cubillos Osorio	2006
19. Enrique Fanta Núñez	2006
20. Alberto Gormaz Balierio	2006
21. Mauricio Parada Barrios	2006

**ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL  
EXTRANJERO**

1. Carlos Eyzaguirre	1978	(EE.UU.)
2. H. Cecil Coghlan	1984	(EE.UU.)

**ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS**

	<i>Año de Elección</i>
<i>AMÉRICA</i>	
<i>Brasil</i>	
Dr. José Fernández Pontes	1978
Dr. Horacio Knesse de Mello	1978
Dr. José Ribeiro Do Valle	1979
<i>Colombia</i>	
Dr. Hernaldo Groot Lievano	1984
Dr. José Félix Patiño	1987
Dr. Pablo Gómez	1987

*Costa Rica*

Dr. Rodolfo Céspedes F.	1985
Dr. Mario Miranda G.	1985
Dr. Guido Miranda G.	1985

*Estados Unidos*

Dr. John A. D. Cooper (Washington)	1978
Dr. Edward C. Rosenow (Filadelfia)	1979
Dr. Martín M. Cummings (Bethesda)	1979
Dr. Joseph P. Evans (Washington)	1979

*México*

Dr. Ignacio Chávez Rivera	1995
---------------------------	------

*Perú*

Dr. Javier Arias Stella	1978
Dr. Carlos Monge Casinelli	1983
Dr. Enrique Fernández Enríquez	1985
Dr. César Náquira Velarde	1985
Dr. Carlos Bustamante Ruiz	1985
Dr. Jorge Voto Bernales	1985

*Uruguay*

Dr. Eduardo C. Palma	1978
Dr. Federico Salveraglio	1978
Dr. Rodolfo V. Talice	1978

*Venezuela*

Dr. Marcel Roche	1985
Dr. Jacinto Convit	1986
Dr. Gabriel Briceño Romero	1987
Dr. Francisco Kerdel Vegas	1987
Dr. David Iriarte	1987

## EUROPA

*España*

Dr. Valentín Matilla	1981
Dr. Benigno Lorenzo Velázquez	1986
Diego Gracia Guillén	2001

**DIRECTORIOS DE LA ACADEMIA***Presidentes*

1964 - 1969 Dr. Armando Larraguibel	1975 - 1976 Dr. Aníbal Ariztía Ariztía
1969 - 1973 Dr. Víctor Manuel Avilés	1977 - 1987 Dr. Amador Neghme Rodríguez
1973 - 1975 Dr. Juan Wood Walters	1987 - 1997 Dr. Armando Roa Rebolledo

1997 - 2000 Dr. Jaime Pérez Olea	
2001 a la fecha Dr. Alejandro Goic Goic <i>Secretarios</i>	1976 - 1978 Dr. Roberto Estévez Cordovez
1964 - 1969 Dr. Alfonso Asenjo	1977 - 1985 Dr. Ernesto Medina Lois
1970 - 1975 Dr. Hernán Romero	1986 - 1987 Dr. Alberto Donoso Infante
1987 - 1996 Dr. Jaime Pérez-Olea	
1997 a la fecha Dra. Sylvia Segovia <i>Tesoreros</i>	1965 - 1969 Dr. Víctor Manuel Avilés
1964 - 1965 Dr. Alfonso Asenjo	1969 - 1976 Dr. Walter Fernández
	1977 - 1980 Dr. Aníbal Ariztía
	1981 - 1984 Dr. Víctor Manuel Avilés
	2001 a la fecha Dr. Rodolfo Armas Merino

### ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE SILLÓN DESDE LA FUNDACIÓN

SILLÓN NÚMERO 1:	FALLECIMIENTO
Dr. Emilio Croizet Croizet	(junio 1965)
Dr. Juan Allamand Madaune	(marzo 2003)
Dr. Fernando Cassorla Goluboff	
SILLÓN NÚMERO 2:	
Dr. Armando Larraguibel Moreno	(julio 1972)
Dr. Roberto Estévez Cordovez	(junio 1993)
Dr. Santiago Jarpa Orrego	
SILLÓN NÚMERO 3:	
Dr. Leonardo Guzmán Cortez	(julio 1971)
Dr. Hugo Salvestrini Ricci	
SILLÓN NÚMERO 4:	
Dr. Hernán Alessandri Rodríguez	(abril 1980)
Dr. Raúl Etcheverry Barucchi	
SILLÓN NÚMERO 5:	
Dr. Alfonso Asenjo Gómez	(julio 1980)
Dr. Guillermo Brinck Pashwall	(julio 1992)
Vicente Valdivieso Dávila	
SILLÓN NÚMERO 6:	
Dr. Sótero del Río Gundián	(marzo 1969)
Dr. Fernando Mönckeberg Barros	
SILLÓN NÚMERO 7:	
Dr. Víctor Manuel Avilés Beúnza	(marzo 1997)
Dr. Mordo Alvo Gateño	

## SILLÓN NÚMERO 8:

Dr. Amador Neghme Rodríguez (julio 1987)  
Dr. Fernán Díaz Bastidas (julio 2003)  
Dr. Jorge Las Heras Bonetto

## SILLÓN NÚMERO 9:

Dr. Luis Prune Riseti (mayo 1970)  
Dr. Óscar Avendaño Montt (marzo 1993)  
Dr. Sergio Ferrer Ducaud

## SILLÓN NÚMERO 10:

Dr. Aníbal Ariztía Ariztía (marzo 1986)  
Dr. Julio Meneghello Rivera

## SILLÓN NÚMERO 11:

Dr. Roberto Barahona Silva (agosto 1982)  
Dr. Luis Hervé Lelievre (enero 1998)  
Dr. Gustavo Pineda Valdivia (agosto 2001)  
Dra. Gloria López Stewart

## SILLÓN NÚMERO 12:

Dr. Héctor Orrego Puelma (febrero 1995)  
Dra. Colomba Norero Vodnizza

## SILLÓN NÚMERO 13:

Dr. Walter Fernández Ballas (abril 1985)  
Dr. Tulio Pizzi Pozzi (agosto 2005)  
Vacante

## SILLÓN NÚMERO 14:

Dr. Juan Wood Walters (marzo 1987)  
Dr. Victorino Farga Cuesta

## SILLÓN NÚMERO 15:

Dr. Hernán Romero Cordero (mayo 1978)  
Dr. Ernesto Medina Lois

## SILLÓN NÚMERO 16

Dr. Rodolfo Armas Cruz (enero 1995)  
Dra. Sylvia Segovia Polla

## SILLÓN NÚMERO 17

Dr. Leonidas Corona Toledo (agosto 1970)  
Dr. Bruno Günther Schaeffeld

## SILLÓN NÚMERO 18

Dr. Armando Roa Rebolledo (septiembre 1997)  
Dr. Pedro Rosso Rosso

## SILLÓN NÚMERO 19

Dr. Fernando Valenzuela Ravest (noviembre 2003)  
Dra. Gloria Valdés Stromilli

## SILLÓN NÚMERO 20

Dr. Alberto Donoso Infante (febrero 1988)

Dr. Salvador Vial Urrejola (julio 1997)

Dr. Otto Dörr Zegers

## SILLÓN NÚMERO 21

Dr. Benjamín Viel Vicuña (julio 1998)

Dr. Ricardo Uauy Dagach-Imbarack

## SILLÓN NÚMERO 22

Dr. Svante Törnvall Stromsten (marzo 2004)

Dr. Pablo Casanegra Prnjat

## SILLÓN NÚMERO 23

Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid

## SILLÓN NÚMERO 24

Dr. Jaime Pérez Olea

## SILLÓN NÚMERO 25

Dr. Francisco Rojas Villegas (diciembre 1993)

Dr. Humberto Reyes Budelovsky

## SILLÓN NÚMERO 26

Dr. Esteban Parrochia Beguín

## SILLÓN NÚMERO 27

Dr. Rodolfo Armas Merino

## SILLÓN NÚMERO 28

Dr. Alejandro Goic Goic

## SILLÓN NÚMERO 29

Dr. Carlos Miquel Bañados

## SILLÓN NÚMERO 30

Dr. Manuel García de los Ríos

## SILLÓN NÚMERO 31

Dr. Juan Verdaguer Tarradella

## SILLÓN NÚMERO 32

Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt (junio 2003)

Dr. Flavio Nervi Oddone

## SILLÓN NÚMERO 33

Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo

## SILLÓN NÚMERO 34

Dra. Marta Velasco Rayo

## SILLÓN NÚMERO 35

Dr. José Adolfo Rodríguez Portales

## SILLÓN NÚMERO 36

Vacante

## OBITUARIO DESDE LA FUNDACIÓN ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

<i>Académicos de Número</i>	<i>N° de Sillón</i>	<i>Fecha</i>	
Dr. Emilio Croizet	1	Junio	1965
Dr. Sótero Del Río	6	Marzo	1969
Dr. Luis Prune	9	Mayo	1970
Dr. Leonidas Corona	17	Agosto	1970
Dr. Leonardo Guzmán	3	Julio	1971
Dr. Armando Larraguibel	2	Julio	1972
Dr. Hernan Romero	15	Mayo	1978
Dr. Hernán Alessandri Rodríguez	4	Abril	1980
Dr. Alfonso Asenjo	5	Julio	1980
Dr. Roberto Barahona Silva	11	Agosto	1982
Dr. Walter Fernández Ballas	13	Abril	1985
Dr. Aníbal Ariztía Ariztía	10	Marzo	1986
Dr. Juan Wood Walters	14	Marzo	1987
Dr. Amador Neghme Rodríguez	8	Julio	1987
Dr. Alberto Donoso Infante	20	Febrero	1988
Dr. Guillermo Brinck Pashwall	5	Julio	1992
Dr. Oscar Avendaño Montt	9	Marzo	1993
Dr. Roberto Estévez Cordovez	2	Junio	1993
Dr. Francisco Rojas Villegas	25	Diciem.	1993
Dr. Héctor Orrego Puelma	12	Febrero	1995
Dr. Rodolfo Armas Cruz	16	Enero	1995
Dr. Víctor Manuel Avilés	7	Marzo	1997
Dr. Salvador Vial Urrejola	20	Julio	1997
Dr. Armando Roa Rebolledo	18	Septiembre	1997
Dr. Luis Hervé Lelievre	11	Enero	1998
Dr. Benjamín Viel Vicuña	21	Julio	1998
Dr. Gustavo Pineda Valdivia	11	Agosto	2001
Dr. Juan Allamand Madaune	1	Marzo	2003
Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt	32	Junio	2003
Dr. Fernán Díaz Bastidas	8	Julio	2003
Dr. Fernando Valenzuela Ravest	19	Noviembre	2003
Dr. Svante Törnvall Stromsten	22	Marzo	2004
Dr. Tulio Pizzi Pozzi	13	Agosto	2005

### *Académicos Correspondientes y Honorarios*

Dr. Ottmar Wilhelm (Corresp.) <sup>2</sup>	Junio	1974
Dr. Alejandro Garreton (Hon.) <sup>3</sup>	Enero	1979

2 (Corresp.) = Académico Correspondiente

3 (Hon.) = Académico Honorario

Dr. Eduardo Skewes Orellana (Corresp.)	Abril	1986
Dr. Alberto Rahausen Jiménez (Hon.)	Abril	1987
Dr. Pedro Uribe Concha (Corresp.)	Abril	1989
Dr. Renato Gazmuri Ojeda (Corresp.)	Sept.	1989
Dr. Pablo Goepfert Seinecke (Corresp.)	Sept.	1989
Dr. Arturo Tello Tello (Hon.)	Octubre	1989
Dr. Ignacio González Ginouvés (Hon.)	Agosto	1990
Dr. Ruperto Vargas Molinare (Hon.)	Octubre	1990
Dr. Ismael Canessa Ibarra (Hon.)	Abril	1991
Dr. Hernán Gouet Vallet-Cendre (Corresp.)	Sept	1991
Dr. Roberto Gajardo Tobar (Corresp.)	Diciembre	1992
Dr. Carlos Levi-Ruffineli (Corresp.)	Enero	1993
Dr. Desiderio Papp (Hon.)	Enero	1993
Dr. René García Valenzuela (Hon.)	Marzo	1993
Dr. Néstor Flores Williams (Hon.)	Sept.	1993
Dr. Onofre Avendaño Portius (Hon.)	Abril	1994
Dr. Antonio Rendic Ivanovic (Hon.)	Junio	1994
Dr. Jérôme Lejeune (Hon. Francia)	Abril	1994
Dr. Melchor Riera Bauzá (Hon.)	Enero	1995
Dr. Luis Tizné Brousse (Hon.)	Sept.	1995
Dr. Alberto Cristoffanini Truco (Corr.)	Marzo	1996
Dr. Aníbal Scarella Calandroni (Corr.)	Mayo	1996
Dr. Claudio Zapata Ormeño (Corr.)	Sept.	1996
Dr. Ramón Valdivieso Delauney (Hon.)	Diciembre	1996
Dr. Hernán Hevia Parga (Hon.)	Julio	1997
Dr. Carlos Patillo Bergen (Corr.)	Enero	1998
Dr. José Manuel Balmaceda Ossa (Hon.)	Junio	1998
Dr. Arturo Atria Ramírez (Hon)	Junio	1998
Dr. Alberto Taquini (Hon. Ext- Argentina)	Junio	1998
Dr. Jorge Mardones Restat (Hon.)	Noviembre	1998
Dr. Mario Plaza De Los Reyes (Hon.)	Abril	1999
Dr. Ivar Hermansen Pereira (Corr.)	Diciembre	1999
Dr. Abraham Horvitz (Hon.)	Julio	2000
Dr. Jorge Alwayay Carrasco (Corr.)	Julio	2000
Dr. Ramón Campbell Batista (Corr.)	Noviembre	2000
Dr. Pedro Laín Entralgo (Hon. Ext. España)	Junio	2001
Dr. Ennio Vivaldi Ciccero (Corr.)	Abril	2002
Dr. Jorge Otte Gabler (Hon.)	Febrero	2003
Dr. Gabriel Gasic Livacic (Hon.)	Octubre	2003
Dra. Cristina Palma Prado (Hon.)	Octubre	2003
Dr. Federico Puga Concha (Hon.)	Marzo	2004
Dra. Mafalda Rizzardini Pierreti (Hon.)	Junio	2004
Dr. Carlos Silva Lafrentz (Corr.)	Julio	2004
Dr. Juan Arentsen Sauer (Hon.)	Noviembre	2004
Dr. Mario Herrera Moore (Hon.)	Marzo	2006
Dr. Helmut Jaeger Luncke (Hon.)	Noviembre	2006
Dr. Ítalo Caorsi Chouquer (Corr.)	Noviembre	2006

---

## ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Fundada por Ley N° 15.718 de 30 de septiembre de 1964\*

### ACADÉMICOS DE NÚMERO FUNDADORES

Dr. Emilio Croizet  
Dr. Armando Larraguibel  
Dr. Leonardo Guzmán

Dr. Hernán Alessandri Rodríguez  
Dr. Alfonso Asenjo

La sesión constitutiva de la Academia  
tuvo lugar el 26 de octubre de 1964

### ACADÉMICOS DE NÚMERO ELEGIDOS EN LA CUARTA SESIÓN

25 de noviembre de 1964

Dr. Sótero del Río Gundián  
Dr. Víctor Manuel Avilés Beúnza

Dr. Amador Neghme Rodríguez  
Dr. Luis Prunés

\*La Ley N° 15.718 de 30 de septiembre de 1964 creó el Instituto de Chile y las Academias de Ciencias: Ciencias Sociales, Políticas y Morales; Medicina y Bellas Artes. Anteriormente existían la Academia de la Lengua (1885) y la Academia de la Historia (). La Ley N° 15.718, modificada por la Ley N° 18.169 de 1982, rige el Instituto de Chile y sus Academias.

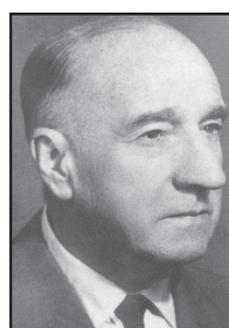
EX- PRESIDENTES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA  
DEL INSTITUTO DE CHILE



Dr. Armando Larraguibel M.  
Presidente  
(1964-1969)



Dr. Víctor Manuel Avilés B.  
Presidente  
(1969-1973)



Dr. Juan Wood W.  
Presidente  
(1973-1975)



Dr. Anibal Ariztía A.  
Presidente  
(1975-1976)



Dr. Amador Neghme R.  
Presidente  
(1977-1987)



Dr. Armando Roa R.  
Presidente  
(1987-1997)



Dr. Jaime Pérez Olea  
Presidente  
(1997-2000)



