

BOLETÍN
DE LA
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA
N° XLV, 2008

ISSN: 0716-2588

Representante Legal
DR. ALEJANDRO GOIC GOIC

Dirección Postal
Clasificador 1349
Santiago-Chile

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

Se acepta canje con revista similares

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

INDICE

CONFERENCIAS ACADÉMICAS

Situación Actual de la Educación Médica en Chile.....	5
DR. RODOLFO ARMAS M.	
La Universidad de Chile en el Siglo XXI	29
DR. JORGE LAS HERAS B.	
Arte y Medicina.....	37
DR. JUAN VERDAGUER T.	
Algunas Reflexiones sobre Creatividad Científica y Artística.....	45
DR. FRANCISCO BEAS F.	
Postmodernismo, Ciencia y Medicina	59
DR. JOSÉ A. RODRÍGUEZ P.	
El dolor, la depresión y la pregunta por el sentido del sufrimiento	73
DR. OTTO DÖRR Z.	
Alexander Von Humboldt: genio universal. Su interés por temas biomédicos y su influencia en la medicina chilena	87
DR. LORENZO CUBILLOS O.	

DISCURSOS DE INCORPORACIÓN

ASOFAMECH, su aporte y compromiso con el aseguramiento de la calidad de la Educación Médica en Chile	105
DR. OCTAVIO ENRÍQUEZ L.	
Discurso de recepción al Prof. Dr. Octavio Enríquez Lorca como Miembro Correspondiente en la Academia de Medicina del Instituto de Chile.	115
DR. ALBERTO GYHRA S.	
La mujer y la fertilidad en el siglo XXI	121
DR. LUIGI DEVOTO C.	
Discurso de recepción al Prof. Dr. Luigi Devoto Canessa como Miembro de Número en la Academia de Medicina del Instituto de Chile.....	127
DR. FERNANDO CASSORLA G.	

History of Psychiatry in Heidelberg..... 131
DR. CHRISTOPH MUNDT

Discurso de recepción al Prof. Dr. Christoph Mundt como
Miembro Honorario en la Academia de Medicina del Instituto de Chile. 141
DR. RODOLFO ARMAS M.

DOCUMENTOS

Significado del proceso de consentimiento informado 143
DR. EDUARDO ROSSELOT J.

¿A qué se refiere el consentimiento informado?..... 145
DR. EDUARDO ROSSELOT J.

Una debilidad subyacente del actual sistema público de salud 147
DR. ALEJANDRO GOIC G.

Fenómeno de las orquestas juveniles 149
Dr. Otto Dörr Z.

El valor de la vida humana..... 151
DR. ALEJANDRO GOIC G.

Reflexiones sobre la píldora del día después. 153
DRA. MIREYA BRAVO L., DRA. GLORIA VALDÉS S, Y DR. EDUARDO ROSSELOT J.

Sobre la anticoncepción de emergencia 155
DR. RICARDO CRUZ-COKE M.

**INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DE LA
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA 157**

ACTIVIDADES DE LOS ACADÉMICOS..... 163

OBITUARIO..... 195

ANEXO 199

SITUACIÓN ACTUAL DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN CHILE¹.

DR. RODOLFO ARMAS MERINO
Académico de Número

La educación médica en Chile tiene antecedentes remotos en la Universidad de San Felipe (1756), pero se inicia formalmente con el Curso de Medicina de 1833 en el Instituto Nacional, que es traspasado en 1842 a la Universidad de Chile. En las primeras décadas del siglo XX se crean las Facultades de Medicina de Concepción, de la Universidad Católica de Chile en Santiago y, posteriormente, las de las universidades Austral de Chile en Valdivia, de Valparaíso y de la Frontera en Temuco. La relación entre estas Escuelas y el sistema sanitario público y la selectividad de ingreso de los alumnos, fueron características relevantes de los primeros 150 años de docencia médica.

A partir de la década de 1980, aumentó el número de Escuelas predominantemente privadas, y consecuentemente el número de estudiantes. Actualmente, existen 26 escuelas pertenecientes a 20 universidades que, en conjunto, tienen 10.000 alumnos (Tabla 1).

TABLA 1. ESCUELAS DE MEDICINA EN CHILE. 2007

Universidad	Año de fundación	Ciudad Sede
de Chile	1833	Santiago
de Concepción	1924	Concepción
Católica de Chile	1929	Santiago
Austral	1967	Valdivia
de La Frontera	1981	Temuco
de Valparaíso	1981	Valparaíso
de Los Andes	1991	Santiago
de Santiago de Chile	1993	Santiago
San Sebastián	1994	Concepción
de Antofagasta	1996	Antofagasta
C. Stma. Concepción Mayor	1997	Concepción
San Sebastián	1998	Santiago
Diego Portales	2002	Puerto Montt
Finis Terrae	2002	Santiago
del Desarrollo	2002	Santiago
Andrés Bello	2001	Santiago
del Mar	2003	Viña del Mar
Católica del Norte	2003	Coquimbo-Guayacán
Del Mar	2004	Iquique
Católica del Maule	2004	Talca – San Miguel
Valparaíso	2005	San Felipe
Andrés Bello	2005	Viña del Mar
Pedro de Valdivia	2007	Santiago
Pedro de Valdivia Mayor	2007	La Serena
	2007	Temuco

Fuente: INDICES, Secretaría Técnica CSE. 2007

1 Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 2 de abril de 2008

La presente Conferencia está basada en el “Informe sobre la situación de la Educación Médica en Chile” elaborado por Drs. Rodolfo Armas Merino y Alejandro Goic Goic, con el valioso aporte de los miembros del Comité de Educación Superior de la Academia que integran los Drs Armas y Goic G., Colomba Norero V., José A. Rodríguez P. Eduardo Rosselot J., Sylvia Segovia P. y Vicente Valdivieso D.

El Informe sobre Educación Médica fue publicado in extenso (LOM Ediciones, 2008. pp. 64) y está disponible en la página web de la Academia Chilena de Medicina: www.institutodechile/academiademedicina

Las escuelas acreditadas y que han graduado estudiantes, se agrupan en la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) (Tabla 2).

TABLA 2. FACULTADES ADSCRITAS A LA ASOCIACIÓN DE FACULTADES DE MEDICINA DE CHILE (ASOFAMECH)

UNIVERSIDAD DE CHILE
 P. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
 UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
 UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
 UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
 UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
 UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
 UNIVERSIDAD MAYOR
 UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN
 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN
 UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA
 Fuente: ASOFAMECH 2007

Las escuelas muestran diferencias importantes en los puntajes de ingresos de sus alumnos (Prueba de Selección Universitaria), disponibilidad de campos clínicos, recursos docentes, actividad de investigación y costos de la educación (Tabla 3).

TABLA 3. PUNTAJES DE INGRESO A LAS DIFERENTES ESCUELAS DE MEDICINA

Escuela de Medicina	Puntajes PSU		
	Máximo	Mínimo	Promedio
Universidad de Chile	827	716	769
Universidad de Concepción	822	717	761
Universidad. Católica de Chile	838	752	791
Universidad Austral de Chile	800	663	726
Universidad de La Frontera	799	701	740
Universidad de Valparaíso (Valparaíso)	814	691	746
Universidad de Los Andes	800	713	750
Universidad de Santiago de Chile	777	688	728
Univer. de San Sebastián (Concepción)	780	603	665
Universidad de Antofagasta	816	635	696
Univ. Católica de la Santísima Concepción	762	684	722
Universidad Mayor	792	687	710
Univer. de San Sebastián (Puerto Montt)	812	581	641
Universidad Diego Portales	760	671	690
Universidad Finis Terrae	738	630	659
Universidad del Desarrollo	789	706	729
Universidad Andrés Bello (Santiago)	815	-	721
Universidad del Mar (Viña del Mar)	-	-	-
Univer. Católica del Norte (Coquimbo)	761	676	716
Universidad del Mar (Iquique)	692	600	-
Universidad de Valparaíso (San Felipe)	764	654	721
Universidad Andrés Bello (Viña del Mar)	-	-	-
Universidad Católica del Maule	786	681	727
Universidad Mayor (Temuco)	-	-	-
Universidad Pedro de Valdivia (La Serena)	-	-	-
Universidad Pedro de Valdivia (Santiago)	-	-	-
Promedio	788	672	720
Rango	838-692	752-581	791-641

Las Escuelas más tradicionales son las que tienen mayor número de alumnos, más docentes de jornada completa o media jornada, mayor disponibilidad de campos clínicos y son las únicas que realizan investigación significativa (Tablas 4 y 5).

TABLA 4. DISPONIBILIDAD DE DOCENTES EN ESCUELAS DE MEDICINA SEGÚN JORNADAS CONTRATADAS. 2006

Universidad	Docentes según tipo de jornada				Alumnos
	total	completa	1/2	horas	total
	n	n	n	n	n
de Chile	1062	265	258	539	1.459
Católica de Chile	608	432	93	83	769
de Concepción	192	74	53	65	782
Mayor	255	12	39	204	414
de Los Andes	246	24	24	198	484
de Santiago de Chile	241	53	28	160	592
de Valparaíso	211	19	21	171	428
de Antofagasta	206	45	8	153	420
Andrés Bello (Santiago) *	168	28	27	113	429
de La Frontera	162	60	15	87	420
Finis Terra	138	2	5	131	259
Católica de la Sntma. Concepción	82	27	20	35	342
Del Desarrollo	77	22	15	40	405
Católica del Maule	62	15	5	42	171
Católica del Norte (Coquimbo)	62	12	22	28	215
Diego Portales	58	4	5	49	268
Austral de Chile *	56	55	1	0	359
de Valparaíso (Sn Felipe) *	36	0	36	0	74
Andrés Bello (Viña)	36	4	2	30	72
San Sebastián (Concepción)	32	19	0	13	543
San Sebastián (Puerto Montt)	19	6	8	5	146
del Mar (Iquique)	-	-	-	-	162
del Mar (Viña)	-	-	-	-	290

Fuente: Secretaría Técnica C.S.E 2006. Jornada completa: 33 h / semana o más; media jornada: entre 20 y 32 h / semana; jornada hora: menos de 20 h / semana.

* Información del año 2005

TABLA 5. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA MEDICINA
APROBADOS EN FONDECYT, SEGÚN UNIVERSIDADES. 2004 – 2006

Universidad	Número de Proyectos			Total	
	2004	2005	2006	n	%
de Chile	23	16	25	64	55,6
Católica de Chile	7	12	7	26	22,6
de Concepción	1	2	0	3	2,6
de los Andes	1	2	0	3	2,6
del Desarrollo	1	1	1	3	2,6
Austral de Chile	1	1	0	2	1,7
Santiago de Chile	0	1	1	2	1,7
de la Frontera	0	1	1	2	1,7
Andrés Bello	1	0	0	1	0,8
Católica de la Santísima Concepción	1	0	0	1	0,8
de Tarapacá	1	0	0	1	0,8
Otras Instituciones	3	3	2	8	6,9
TOTAL	39	39	37	115	100

Fuente. FONDECYT 2006.

Los costos de la matrícula y de los aranceles muestran importantes diferencias entre las escuelas (Tabla 6)

TABLA 6. VALOR DE LA MATRÍCULA Y ARANCELES EN LAS DIFERENTES ESCUELAS DE MEDICINA. 2007

Universidad	Matrícula (\$)	Arancel Anual (\$)
de Chile	78.700	3.112.000
Católica de Chile	73.000	3.830.000
de Concepción	99.500	3.526.000
Mayor (Santiago)	552.000	4.195.220
de Los Andes	475.000	4.034.140
de Santiago de Chile	120.800	2.506.450
de Valparaíso (Valparaíso)	106.000	2.910.000
de Antofagasta	110.000	3.020.000
Andrés Bello (Santiago)	620.500	4.505.800
De La Frontera	98.000	2.678.000
Finis Terrae	450.000	4.500.000
Católica de la Santísima Concepción	98.000	3.200.000
Del Desarrollo	595.000	4.295.000
Católica del Maule (Talca)	105.000	3.089.000
Católica del Norte (Coquimbo)	97.000	2.960.000
de Valparaíso (Sn Felipe)	106.000	2.910.000
Andrés Bello (Viña)	620.500	3.739.814
San Sebastián (Concepción)	464.000	4.770.000
San Sebastián (Puerto Montt)	464.000	4.218.000
del Mar (Iquique)	250.000	3.200.000
del Mar (Viña)	105.000	3.204.000
Pedro de Valdivia (La Serena)	190.000	3.600.000
Pedro de Valdivia (Santiago)	--	--
Mayor (Temuco)	544.000	4.135.060
Austral	100.000	2.870.000
Diego Portales	420.126	4.201.266
Promedio	277.685	3.568.390
Rango	73.000/620.500	2.506.450/4.770.000

Fuente: Secretaría Técnica del Consejo Superior de Educación.

(-) = sin información

En los últimos 17 años se han ido implementando sistemas rigurosos de acreditación de universidades y escuelas de medicina (Tablas 7 y 8) y se ha instituido un Examen Médico Nacional que rinden todos los egresados de la carrera de medicina (Tabla 9).

TABLA 7. EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DEL SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN CHILE

Año	Control de Calidad	Institución responsable
1980	Acreditación de Centros Formadores de Especialistas	ASOFAMECH
1984	Certificación de Especialidades Médicas	CONACEM
1990	Licenciamiento nuevas instituciones de educación superior	CSE
1998	Acreditación de carreras y programas de pre y post grado	MINEDUC
2003	Examen Médico Nacional	ASOFAMECH
2003	Acreditación Institucional de pre grado	CNAP
2006	Aseguramiento de Calidad en la Educación Superior	Agentes Acreditadores

ASOFAMECH = Asociación de Facultades de Medicina de Chile; CONACEM = Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas; CSE = Consejo Superior de Educación; MINEDUC= Ministerio de Educación; CNAP= Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado.

Sólo 8 de las 26 Escuelas de Medicina están acreditadas (Tabla 8)

TABLA 8. ESCUELAS DE MEDICINA ACREDITADAS. CHILE 2008

Universidad	Período acreditado	Término de la acreditación
de Chile	7 años	31 de julio, 2008
Católica de Chile	7 años	22 de enero, 2009
de Concepción	7 años	12 de marzo, 2009
de la Frontera	reacreditada	25 de noviembre, 2008
Austral de Chile	reacreditada	21 de septiembre, 2009
de Valparaíso	4 años*	31 de enero, 2005
de Santiago de Chile	3 años*	27 de junio, 2010
Mayor	2 años*	8 de agosto, 2009
De Antofagasta	2 años	16 de abril, 2009

* Procesos CNAP-Mercosur

Fuente: Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CNAP) 2008.

El examen médico nacional fue instaurado formalmente el año 2003. Lo rinden cada año todos los egresados de las Escuelas de Medicina del país. Los resultados del examen proporcionan información de gran utilidad para las escuelas y, además, sirven de antecedentes para optar a programas de especialización y a cargos funcionarios en el Sistema de Salud Pública (Tabla 9).

TABLA 9. RESULTADO DEL EXAMEN MÉDICO NACIONAL SEGÚN ESCUELAS DE MEDICINA
AÑOS 2003 AL 2007 (*)

	2003			2004			2005			2006			2007		
	N	Pje	DS	N	Pje	DS	N	Pje	DS	N	Pje	DS	N	Pje	DS
Universidad de Antofagasta	17	65,54	6,81	24	62,37	7,37	38	62,75	5,97	52	58,03	7,13	37	58,87	7,81
Andrés Bello	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	62,60	7,47
Austral de Chile	40	57,80	7,37	55	57,82	7,37	40	60,80	5,45	50	67,14	8,54	46	64,31	7,80
Católica de Chile	90	69,54	8,27	105	73,53	6,84	113	71,63	7,07	104	71,64	7,46	107	69,49	7,51
de Chile	213	61,92	9,44	178	65,12	7,46	189	65,07	8,33	199	65,06	8,32	203	64,98	9,20
de Concepción	96	62,19	8,85	92	61,95	8,65	108	60,21	8,52	101	59,59	8,72	104	60,87	7,99
de La Frontera	46	60,41	8,04	51	59,47	8,53	40	62,44	9,35	37	56,81	8,97	61	59,58	9,53
de Los Andes	61	62,54	9,58	56	68,34	8,47	50	70,26	7,04	63	65,85	7,60	44	69,41	7,72
Mayor	-	-	-	38	58,49	5,84	46	58,51	6,30	45	60,67	7,29	29	64,18	7,28
de San Sebastián	28	52,61	5,94	25	56,31	8,79	48	57,02	7,72	29	59,04	8,58	46	58,09	10,09
UCSC	32	57,73	7,65	31	58,98	9,71	31	59,11	8,21	39	56,75	7,31	42	58,86	9,07
Santiago	81	60,58	7,96	76	57,13	8,08	76	57,40	8,92	93	65,02	10,10	72	64,29	9,68
Valparaíso	56	63,94	8,72	52	61,11	8,35	48	63,95	6,64	54	61,91	9,44	69	64,62	9,43
Nacional	760	62,17	9,27	783	63,25	9,40	828	63,30	9,31	866	63,61	9,40	903	63,61	9,40
Repeticiones (*)				5	65,42	10,98	6	62,47	7,63	22	56,12	10,17	22	56,84	10,13

Chile dispone de una cifra estimada de 25.542 médicos siendo 9.627 especialistas certificados; la relación médico/habitantes ha mejorado sostenidamente llegando a un médico por cada 630 personas (Tabla 10).

Tabla 10. EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICOS / HABITANTES EN CHILE SEGÚN DIVERSOS AUTORES

Años	Relación médico / habitantes	Autor
1961	1 : 1.732	JM. Ugarte
1967	1 : 1.606	JM. Ugarte
1980	1 : 1.407	E. Parrochia
1987	1 : 930	E. Medina
1993	1 : 960	A. Goic
1998	1 : 850	A. Goic
2004	1 : 630	O. Román et al.

El número de médicos extranjeros avecindados en Chile ha aumentado, los que se desempeñan especialmente en el sector público en atención primaria; la mayoría no han sido evaluados en virtud de antiguos tratados internacionales.

Respecto a la especialización médica, se inició formalmente en Chile en 1954 con la creación de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile y la formulación de programas específicos y formación para cada especialidad. En 1981, se creó la Corporación Autónoma de Especialidades médicas destinada a certificar como especialistas a quienes no tuvieron la oportunidad de cursar programas universitarios, cumplían con determinados requisitos y se sometían a exámenes de competencia. A la fecha esta institución ha certificado como especialistas a alrededor de 10.000 médicos (Tabla 11).

Tabla 11. ESPECIALISTAS CERTIFICADOS POR CONACEM SEGÚN ESPECIALIDAD. 2007

Total Certificaciones 9.627 (100 %)					
Especialidades	n	%		n	%
1. Medicina Interna	1.087	11,3	26. Neurocirugía	84	0,9
2. Pediatría	1.086	11,3	27. Reumatología	80	0,8
3. Cirugía General	906	9,4	28. Psiquiat. Infant. y Adol.	80	0,8
4. Obstetr. y Ginecología	882	9,2	29. Neurología Pediátrica	79	0,8
5. Anestesiología	553	5,7	30. Cirug. Plástica y Repar.	73	0,8
6. Ortopedia y Traumatol.	526	5,5	31. Medicina Física y Rehabilit.	72	0,8
7. Oftalmología	354	3,7	32. Medicina Intensiva Pediatr	71	0,7
8. Psiquiatría	332	3,4	33. Cirugía Vascular Perif.	69	0,7
9. Radiología	306	3,2	34. Hematología	69	0,7
10. Cardiología	230	2,4	35. Enf. Respirat. Pediátricas	67	0,7
11. Medicina Familiar	219	2,3	36. Laboratorio Clínico	66	0,7
12. Otorrinolaringología	218	2,3	37. Salud Pública	52	0,5
13. Dermatología	200	2,1	38. Infectología	50	0,5
14. Urología	198	2,1	39. Ginecología Oncológica	51	0,5
15. Neurología	181	1,9	40. Coloproctología	42	0,4
16. Cirugía Pediátrica	165	1,7	41. Oncología médica	40	0,4
17. Gastroenterología	135	1,4	42. Endocrinol. Pediátrica	37	0,4
18. Anatomía Patológica	119	1,2	43. Gastroenterol. Pediátrica	33	0,3
19. Enferm. Respiratorias	112	1,2	44. Hematocol. Pediátrica	26	0,3
20. Medicina Intensiva	110	1,1	45. Nefrología Pediátrica	24	0,2
21. Neonatología	101	1,0	46. Cirug. de Cabeza y Cuello	24	0,2
22. Endocrinología	91	0,9	47. Medicina Legal	22	0,2
23. Cirugía Tórax Cardiovasc.	88	0,9	48. Genética Clínica	16	0,2
24. Nefrología	87	0,9	49. Medicina Nuclear	14	0,1
25. Diabetología	86	0,9	50. Geriatria	14	0,1

Fuente: CONACEM, 2007

Debemos subrayar que en el último cuarto de siglo, se ha producido una notable expansión de la cobertura en la Educación Superior. El número de universidades ha aumentado de 8 a 62, las escuelas de medicina de 8 a 26 y la población de jóvenes que siguen estudios superiores ha crecido más de cinco veces. En las universidades públicas, los estudiantes deben asumir el costo de los estudios aunque becas y créditos ayudan a los de menores recursos. La mayor cobertura de la educación superior y la descentralización de instituciones han contribuido al progreso cultural y técnico de las Regiones; la medicina no ha sido ajena a esto, pero han surgido situaciones complejas respecto a los campos clínicos y a las relaciones entre las Escuelas de Medicina y las autoridades locales de los Servicios de Salud.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Transformaciones en educación y salud. En las últimas décadas han ocurrido importantes y profundas transformaciones en la sociedad chilena que han alcanzado tanto a la educación médica como a la forma de proporcionar las prestaciones de salud. Algunas de ellas son: el aumento del ingreso económico de las personas; el desarrollo de las empresas privadas en las áreas de salud y de educación superior; el crecimiento explosivo del número de escuelas y de estudiantes de medicina; la valoración, amplio desarrollo y mayor cobertura de la atención primaria; la inmigración de médicos extranjeros y la aparición de sistemas de control de calidad en educación en general y en la educación médica en particular. Los cambios mencionados han tenido aspectos beneficiosos como son el significativo mayor acceso a la educación superior; la instalación de universidades y de escuelas de medicina en lugares geográficos donde ellas no existían, permitiendo el mejoramiento cultural y técnico de las diversas regiones y el incentivo a la participación de instituciones privadas en la educación superior. Sin embargo, se ha planteado una seria interrogante sobre la calidad de la enseñanza que están otorgando las nuevas instituciones, las que, en general, carecen de experiencia educacional.

El desarrollo de la medicina privada ha resultado muy atractiva para los médicos jóvenes a quienes el sector ofrece mejores condiciones laborales e ingresos económicos. Ha tenido sí el defecto de desinteresarlos en las actividades universitarias y asistenciales públicas; por esto, cada día se ha hecho más lejana la posibilidad de contar con docentes de dedicación exclusiva.

A lo anterior se suman importantes cambios socioculturales que hacen que la medicina se ejerza hoy día en una realidad enteramente nueva en lo cultural, epidemiológico y técnico. En efecto, las personas piden información y participación en la toma de decisiones; las enfermedades infectocontagiosas, predominantemente infantiles, han cedido espacio a las afecciones de origen traumático, a las neoplasias y a las enfermedades degenerativas propias de la tercera edad; el desarrollo técnico y el aumento de los conocimientos hacen impensable que un médico se sienta suficientemente formado con la sola educación de pregrado; en el financiamiento y la administración de las instituciones sanitarias participan personas vinculadas al mundo de los negocios o de la administración, que carecen de la visión científica y humanista que requiere la medicina. Así, pueden señalarse numerosas otras características que ha adquirido la medicina moderna en las últimas décadas, induciendo cambios en el trabajo médico, en la forma de relación con los pacientes y en las instituciones que administran el proceso de recuperar la salud.

La educación superior en Chile ha tenido en los últimos 25 años cambios muy profundos; la matrícula de la educación superior se ha multiplicado por cinco, pero se ha señalado que hay una deserción muy elevada que podría relacionarse con una selección menos exigente; esto no parece ser el caso de medicina. Merece una reflexión especial que la mayoría de las universidades se concentren en el proceso docente, dedicando poco esfuerzo y tiempo a la investigación y recurran a profesores cuyo compromiso con la institución es sólo por horas de clase. Constituyen una excepción las Universidades de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile que, en conjunto, han obtenido en los últimos tres años sobre el 70% de los proyectos de investigación de fondos concursables en el área de la salud.

Este conjunto de cambios acontecidos en el sector salud ha modificado profundamente la relación docente asistencial que imperaba en el país; se ha debilitado el vínculo del sistema educacional con el quehacer asistencial; la descentralización de la organización de salud hace que los directivos educacionales tengan que entenderse con numerosas autoridades sanitarias

locales, no siempre sensibles a las necesidades educacionales; los campos clínicos –como veremos más adelante– se han deteriorado en el sector estatal y desarrollado en el área privada, tornando compleja su utilización. No obstante, es justo reconocer que en la organización de salud ha habido avances importantes en la descentralización administrativa y, particularmente, en la cobertura, equidad y disponibilidad de recursos para las prestaciones médicas.

Docencia médica de pregrado y universidades nuevas. El ingreso de los estudiantes a la carrera de medicina ha sido por años en Chile estricto y transparente, basándose en las calificaciones de los aspirantes a lo largo de la educación media y en el conjunto de evaluaciones vigentes específicas para el ingreso a las universidades. Se comprende que la selección era muy estricta pues la oferta de cupos era escasa en relación a la demanda. La creación de carreras de medicina nuevas y el grado de libertad con que ellas pueden actuar para seleccionar a sus alumnos ha cambiado, surgiendo dudas acerca del rigor en los criterios de aceptación de alumnos a la carrera. No obstante, los estudiantes de medicina aún se sitúan entre los de más altos puntajes en la prueba de selección universitaria (PSU) de los egresados de la educación secundaria y sus puntajes superan a los de los estudiantes de otras carreras de las áreas de la biología y la salud. Sin embargo, hay diferencias marcadas en el puntaje promedio entre las diferentes escuelas de medicina, siendo, en general, más alto en las tradicionales que en las de reciente creación. Parece un deber ineludible de aquellas escuelas que ingresan alumnos con calificaciones bajas, vigilar atentamente su rendimiento académico. No se dispone de datos precisos relativos al tipo de establecimiento de educación secundaria (colegios municipales, privados, privados subvencionados) de donde provienen los estudiantes que ingresan a medicina, ni de sus características socioeconómicas.

Es preciso tener presente que la docencia médica en Chile ha sido teórico-práctica y tutorial, armonizando la entrega de conocimientos con el adiestramiento práctico. Sería deseable que esto se mantenga porque ha dado resultados satisfactorios. Sin embargo, la enseñanza tutorial tiene un alto costo, pues los docentes deben dedicar mucho tiempo a la enseñanza de pocos alumnos; esto es probablemente incompatible con los intereses de muchas de las universidades nuevas. Además, los tutores requieren de capacitación para enseñar, lo que difícilmente puede lograrse con docentes contratados por horas y por períodos breves de tiempo. La triplicación del número de Escuelas de Medicina en sólo una década, sin un aumento proporcional en el número de docentes con preparación adecuada y con una disponibilidad numéricamente limitada de académicos en el país, ha llevado a muchos médicos a improvisarse en la docencia.

La ausencia de investigación y de una masa crítica de académicos para el intercambio de ideas e incluso la falta de contacto con otras disciplinas pone en riesgo el carácter universitario de la enseñanza de la medicina, exponiéndola a transformarse en una mera capacitación profesional impartida o aprendida con poco espíritu crítico e innovador.

Respecto a la disponibilidad de campos clínicos, las escuelas de medicina nuevas, aparentemente, no previeron el problema ni su solución antes de iniciar sus actividades por lo que han tenido que enfrentar y resolver carencias en este ámbito en forma improvisada e insatisfactoria. Se han generado situaciones inconvenientes y a las que no estábamos habituados, como ser el insuficiente número de campos clínicos para un número creciente de estudiantes de medicina; enseñanza en algunos hospitales con desarrollo inadecuado para este fin; docencia en establecimientos privados en que los pacientes difícilmente aceptan ser atendidos por estudiantes de pregrado; coexistencia en un mismo centro asistencial de estudiantes de diferentes escuelas, con distintos programas de estudio y niveles; incorporación a otra institucio-

nes de un campo clínico utilizado tradicionalmente por una universidad, con la consiguiente incertidumbre en la programación de sus actividades docentes futuras y una mayor incomodidad para los pacientes y cobro por parte de un hospital público de una proporción del arancel que los estudiantes cancelan a su universidad para autorizar la docencia en él. A lo anterior se suma que las universidades tradicionales se han visto obligadas a autofinanciarse en una alta proporción, lo que induce a las que tienen hospitales propios a comportarse como clínicas privadas, colocando a la docencia en una situación difícil. Por otra parte, los establecimientos de salud públicos –necesitados de contar con más recursos– facilitan sus campos clínicos a cambio de obtener algún beneficio de las universidades a través de una suerte de concurso o licitación. Un matutino de la capital ha denominado a esta situación como “la millonaria lucha de las universidades para apoderarse de hospitales”, la que involucra cifras que superan los tres millones de dólares². Es alentador que después de muchos años el Ministerio de Salud haya aprobado recientemente “normas sobre asignación y uso de los campos de formación profesional y técnica en el sistema nacional de servicios de salud” que podrían contribuir a superar las dificultades mencionadas.

Después de haberse aplicado por 5 años consecutivos, el Examen Médico Nacional ha resultado ser una experiencia de mucho interés que, seguramente, contribuirá al mejoramiento de la enseñanza de pregrado. Sus resultados han puesto en evidencia que los puntajes obtenidos en promedio por los estudiantes pueden ser significativamente diferentes de una universidad a otra y que una determinada universidad puede mejorar su resultado en forma progresiva o bien de uno a otro año; es probable que el examen haya actuado como un poderoso estímulo para mejorar la enseñanza. Por otra parte, a las escuelas les ha permitido conocer los resultados por asignaturas y los obtenidos en los distintos campus, si poseen más de uno. Es digno de atención que hay universidades cuyos estudiantes han obtenido buenos resultados no obstante tener debilidades institucionales habitualmente consideradas negativas, como ser la escasa actividad de investigación y el reducido número de docentes de jornada completa y media jornada. Es cierto que el examen sólo mide conocimientos teóricos y no habilidades y destrezas que obviamente tienen una enorme importancia en la formación del médico, así como tampoco evalúa la formación valórica, el espíritu de servicio público y el sentido social de los egresados.

Las situaciones que hemos descrito anteriormente son complejas y preocupantes y son la consecuencia de privilegiar la cobertura más que la calidad de la enseñanza. La libertad de enseñanza ha permitido la creación de carreras de la salud sin que cuenten con campos clínicos en cantidad y calidad suficiente, lo que daña la enseñanza en un aspecto de mucha importancia como es la creación de hábitos de disciplinas y destreza que perduran. La solución tendrá que venir de las autoridades de salud y de la comunidad educacional, las que deberán actuar responsablemente con comprensión y solidaridad. Hay que procurar que los directivos de los centros asistenciales valoren a la docencia como parte de su quehacer y la vean como una actividad que beneficia la calidad de la asistencia a los enfermos.

Número y distribución de médicos y especialistas. Respecto del número de médicos que ejerce la profesión, inexplicablemente no se cuenta con una información precisa; otrora ésta podía obtenerse con facilidad pues existía el registro obligatorio en el Colegio Médico de Chile y, además, el dato estaba disponible con bastante aproximación en el sistema estatal de salud que era el empleador de la gran mayoría de ellos. Esto último se perdió con el desarrollo de las atenciones médicas privada y primaria municipal descentralizada. Tampoco contamos

² Diario El Mercurio, 13 de enero de 2008.

con información acerca de la distribución de médicos según se desempeñen en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en la atención primaria municipal, en las Fuerzas Armadas y de Orden o en universidades u otras instituciones privadas o estatales; desconocemos el número dedicado exclusivamente al ejercicio privado de la profesión, los que están cursando programas de formación de especialistas, los médicos jubilados, etcétera. Obviamente, estas actividades no se contraponen entre sí pues es característica de la medicina chilena el sistema mixto, esto es que los médicos trabajen parte de su tiempo como funcionarios en una o más instituciones estatales o privadas y parte de él como profesionales de ejercicio liberal. Tampoco tenemos información fidedigna de cuántos son los médicos que en la práctica se desempeñan como especialistas sin la certificación correspondiente y cuántos son los que ejercen la medicina general

El número de egresados anuales de las escuelas de medicina se ha incrementado notablemente y es previsible que lo siga haciendo, dados los mayores números de escuelas y total de estudiantes. Si a esto se suma la importante inmigración de médicos extranjeros, se comprende el aumento progresivo en el número de médicos que se está observando en el país. Así, es difícil proyectar su disponibilidad para los próximos años; ciertamente sería conveniente contar además con información sobre su distribución a lo largo del país.

De acuerdo a las estimaciones que se han hecho, la relación médico/habitante ha ido mejorando en los últimos 50 años. La relación actual estimada de 1 médico por cada 630 habitantes, ubica a Chile dentro de los países que la nomenclatura internacional califica como de "economía de mercado consolidada". Este aspecto merece la debida atención pues un crecimiento desproporcionado del número de médicos no sería indiferente a la calidad técnica y humana de la medicina.

Respecto a los médicos extranjeros, no sólo es incierto el número que ingresa al ejercicio profesional en Chile, sino que también existe una razonable duda acerca de su nivel de preparación. De hecho, alrededor de dos tercios de ellos están ejerciendo sin haberse sometido a exámenes de reválida por haberse acogido a los beneficios del reconocimiento automático de títulos profesionales contemplado en tratados internacionales. Muchos de los médicos extranjeros ejercen en la atención primaria municipal, actividad en la que los profesionales chilenos no se interesan porque, en términos relativos, es mal remunerada y carece de incentivos profesionales y de desarrollo técnico. Es lamentable que para resolver las falencias de esta actividad se recurra a médicos extranjeros no evaluados, en circunstancias que es una tarea que se estima prioritaria en las políticas de salud. El Ministerio de Salud y las Facultades de Medicina deberían privilegiar la formación y la educación continua de profesionales competentes para la atención primaria.

En lo referente a las necesidades y disponibilidades de especialistas tampoco existe información suficiente. Las autoridades, más que precisar las necesidades razonables para cada especialidad en las distintas áreas geográficas tienden a señalar las deficiencias manifiestas cuando ellas ocurren y tienen repercusión pública. Contar con esta información, permitiría al sistema educacional determinar con racionalidad los cupos formativos en los respectivos programas de especialización. En este sentido, sería recomendable el establecimiento de una suerte de "observatorio de recursos humanos" que permitiera monitorizar el número de médicos en el país y según regiones y su proyección a mediano y largo plazo para adoptar medidas regulatorias que eviten una plétora de profesionales, y, eventualmente, una cesantía médica como la que se observa en otras naciones. Lo propio debiera hacerse respecto al requerimiento de especialistas.

La mejor información sobre disponibilidad y distribución geográfica de especialistas es la que proporciona el registro de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). Esta Corporación representó la primera oportunidad en que las principales agrupaciones médicas del país –sociedades médicas, el Colegio Médico de Chile, Facultades de Medicina y la Academia de Medicina- se asociaron para una tarea común, lo que ha tenido notables beneficios para la medicina nacional. CONACEM, trabajando con autonomía, aplicación y seriedad, ciñéndose a normas preestablecidas y bien conocidas, ha logrado que sus certificaciones sean aceptadas como válidas por las instituciones asistenciales y académicas tanto del área pública como privada. Su creación, además de ser uno de los primeros pasos referentes a control de calidad en la medicina nacional, reconoció como especialistas a médicos que no contaban con certificación universitaria por haberse formado en la práctica en centros calificados en Chile o en el extranjero; muchos de estos médicos se adiestraron como especialistas cuando aún no había en el país programas de formación universitaria en esas disciplinas.

El registro de CONACEM tiene la limitación de que la certificación es voluntaria. Sin embargo, es probable que actualmente sean pocos los médicos calificados que no se hayan registrado en la corporación, dado el reconocimiento que ha alcanzado esta entidad en el medio nacional y las amplias facilidades que otorga para su inscripción a quienes egresan de los programas universitarios de especialización. Debe destacarse que, no obstante tener CONACEM un trabajo continuo por más de veinte años, aún en los establecimientos del ministerio de salud se desempeñan centenares de médicos como especialistas sin contar con certificación alguna ni haber demostrado tener las competencias necesarias.

Controles de calidad. Algunos sostienen que la calidad de la educación debe ser regulada por el libre juego del mercado, lo que no compartimos porque, entre otras razones, se trata de un mercado imperfecto. En algunos casos, la enseñanza se está realizando en escuelas de medicina que acogen a estudiantes que carecen de los requisitos que hasta hace poco eran exigibles para iniciar estudios de medicina; sus plantas docentes son exiguas; tienen escasa o ninguna actividad investigativa y una compleja situación respecto a sus campos clínicos.

Los diferentes sistemas de control de calidad de la enseñanza médica que se han instaurado en Chile constituyen un valioso avance. Cabe destacar que ellos han sido propuestos e implementados por la comunidad médica nacional y sus organizaciones -Facultades de Medicina, organización gremial, sociedades médicas y Academia de Medicina del Instituto de Chile- evidenciando el convencimiento de estas instituciones de que el mercado no es suficiente para regular la calidad en la medicina. Ya nos referimos a la importancia que CONACEM ha tenido en la certificación de la calidad de los especialistas clínicos.

La experiencia de las últimas dos décadas con los procesos de licenciamiento y acreditación sirvió de base para elaborar la *Ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior* que fue aprobada por el Parlamento en agosto del 2006. Esta Ley entrega la responsabilidad de la acreditación a una *Comisión Nacional de Acreditación* de carácter autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, formalizando el trabajo ya realizado por CNAP. La Ley establece que la acreditación será voluntaria con excepción de los estudios de medicina y de pedagogías. La acreditación institucional queda reservada a la propia CNAP, en tanto que la de carreras y programas la llevarán a cabo agencias privadas acreditadas por ella. De acuerdo a la ley, de aquí en adelante todas las escuelas de medicina deberán someterse al proceso de acreditación desde su primer año de funcionamiento.

El examen médico nacional ha sido un gran paso en la educación médica chilena, pese a la inevitable limitación de medir sólo conocimientos y no destrezas ni aptitudes. Es deseable que se aplique no sólo a la totalidad de los egresados de las carreras de medicina sino que también a los médicos extranjeros que desean ejercer la profesión en Chile. Merece señalarse que los egresados de la escuela de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, han obtenido consistentemente los mejores resultados en este examen. También, cabe mencionar que pareciera no haber una relación ente los resultados en la prueba y la antigüedad en la experiencia docente de la respectiva escuela.

Este examen permite a cada escuela conocer los resultados globales de su enseñanza y, además, la de la docencia de cada una de las distintas disciplinas del currículum. Esta información es un instrumento de inapreciable valor, pues representa una oportunidad para mejorar selectivamente la docencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Chile está viviendo profundos cambios en todo el espectro de la educación superior, incluida la enseñanza de la medicina, los que no son exclusivos de nuestro país. Los médicos y sus instituciones tienen la responsabilidad de velar por la calidad de la educación médica y la obligación moral de responder a la fe pública que en ellos deposita la sociedad chilena.

El conjunto de modificaciones en el sistema de educación superior que se ha producido en los últimos 25 años, ha tenido algunos aspectos muy beneficiosos como son la mayor cobertura educacional, que ha dado acceso a un número creciente y significativo de los jóvenes a la educación superior; la instalación de universidades y de escuelas de medicina en lugares donde ellas no existían, contribuyendo al mejoramiento cultural y técnico de las diversas regiones; la incorporación de recursos privados en la educación superior y el mejoramiento de la relación en el número de médicos por habitante. La tarea prioritaria de hoy es velar por la calidad de la educación médica que se imparte.

2. Se carece de información confiable, actualizada y oportuna acerca de la cantidad y distribución geográfica de médicos y especialistas en Chile.

Es indispensable y urgente que las autoridades de salud implementen un sistema para contar con esta información, así como con la proyección de los recursos profesionales en el mediano plazo. Ello permitiría enfrentar oportunamente el déficit actual según especialidades y regiones y adecuar los cupos en los programas de formación de especialistas a las necesidades reales del país.

3. El costo de los estudios de medicina para los alumnos y sus familias en términos del valor de la matrícula y los aranceles han tenido un significativo incremento en los últimos años, lo que implica el riesgo de que estudiantes idóneos no puedan ingresar a las Escuelas de Medicina por razones económicas.

Es muy deseable que la sociedad garantice que las limitaciones de orden económico no excluyan de los estudios médicos a alumnos académicamente capaces y con vocación de servicio. Un sistema de becas o de créditos con pago diferido de matrículas y aranceles para cuando los alumnos se incorporen al mundo del trabajo, son mecanismos que adecuadamente implementados pueden garantizar que los mejores estudiantes ingresen a las Escuelas de Medicina. Las Escuelas de Medicina tradicionales, y muy particularmente las de carácter público, tienen la obligación de constituirse en un mecanismo moderador del costo de los estudios médicos.

4. *No parece razonable que la atención primaria, que tiene alta prioridad en la atención de salud de la población, esté en una proporción significativa en manos de médicos extranjeros que, mayoritariamente, han ingresado al ejercicio profesional sin ser evaluados. También es inquietante que los médicos chilenos demuestren escaso interés en participar en la atención primaria.*

Las Facultades de Medicina debieran evaluar si están impartiendo una docencia que capacite adecuadamente y haga atractiva para los estudiantes la atención primaria, y las autoridades sanitarias preguntarse si ésta es una actividad asistencial que cuenta con los incentivos profesionales y económicos correctos.

5. *No es sensato que médicos graduados en el extranjero puedan ejercer la profesión en Chile sin que hayan sido sometidos a una evaluación de sus competencias y con el mero registro del título en el Ministerio de Relaciones Exteriores.*

La Academia de Medicina estima indispensable que se revisen aquellos tratados internacionales que permiten el ejercicio profesional en Chile a médicos poseedores del título de médico-cirujano, obtenido en algunos países extranjeros. Estos convenios recíprocos son de antigua data y no resultan equitativos respecto de las exigencias académicas a que se someten los médicos chilenos y los extranjeros que revalidan su título en la Universidad de Chile, previa evaluación de sus competencias.

6. *La relación que desde hace décadas ha existido entre las Facultades de Medicina y el sector público de Salud ha sido extraordinariamente beneficiosa para el país. Muchos de los logros en salud y educación médica no habrían sido posibles sin ella, entre otros la mejoría progresiva y significativa en la relación médico/habitantes. Lamentablemente esta relación se ha deteriorado en el transcurso de los años.*

Es necesario que la autoridad de Salud reactive y asegure el funcionamiento permanente de las comisiones docentes asistenciales nacional y locales. La Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS), integrada por autoridades del Ministerio de Salud, de las Facultades de Medicina y gremiales, podría resolver importantes materias de interés común para el sistema universitario y el sector estatal de salud, como el uso de los campos clínicos que pertenecen al Ministerio de Salud, el desinterés de los médicos chilenos por desempeñarse en la atención primaria, el estímulo a las investigaciones que tienen especial interés para mejorar la salud de la población y los requerimientos de médicos y especialistas.

Ambas instituciones debieran definir relacionarse a través de un convenio de largo plazo e informarse mutuamente de los planes y programas y de todas las materias de interés común y garantizar las facilidades básicas para los estudiantes como vestuarios, servicios higiénicos y alimentación cuando corresponda. Por su parte, la institución docente debe retribuir al centro asistencial por el beneficio que representa contar con un hospital o consultorio para la enseñanza de sus estudiantes e incentivar la participación de los médicos del centro asistencial en las actividades docentes, implementando estímulos económicos, académicos y profesionales.

7. *Varios de los hospitales y consultorios públicos en que se realiza la docencia universitaria no reúnen las condiciones de infraestructura, implementación tecnológica, organización y funcionamiento para la adecuada enseñanza de los estudiantes de medicina y de los especialistas médicos.*

Los futuros médicos debieran formarse en establecimientos docente-asistenciales que sean modelos de calidad de la atención médica, que cuenten con todas las disciplinas correspondientes a su nivel de complejidad y estén acreditados por un comité externo e independiente. Urge que la autoridad pública rehabilite los hospitales deteriorados y construya

hospitales y consultorios modernos donde se requieren, dotados de tecnología de uso clínico actualizada, tanto para la debida atención de los enfermos como para la enseñanza de pre y postítulo.

8. Las principales instituciones médicas chilenas –Academia de Medicina, Facultades de Medicina, agrupación gremial y Sociedades Médicas- tienen el deber de seguir contribuyendo decisivamente a los controles de calidad de la educación médica en el país.

Los diversos sistemas de supervisión y control de calidad de la enseñanza médica que está en vigencia o en proceso de implementación deben mantenerse y perfeccionarse y no ceder en su rigurosidad. Las disposiciones de la Ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior que establecen la acreditación obligatoria de las Escuelas de Medicina es un paso determinante en resguardo de la calidad de la educación médica.

Es deseable que los proyectos de nuevas escuelas de medicina sean sometidos a licenciamiento para garantizar que cuenten con los recursos necesarios para proporcionar una educación médica de calidad. Igualmente las escuelas que no logren acreditarse deberían ser excluidas del sistema educacional.

9. La formación de especialistas es un proceso que requiere dedicación de jornada completa y dedicación exclusiva para el adecuado cumplimiento de sus obligaciones académicas y asistenciales, teóricas y prácticas.

No es aceptable que en esta etapa de su formación los médicos tengan que distraer su tiempo para financiar su sustento y el pago de matrículas y aranceles, en actividades ajenas a su programa de especialización. Urge recuperar la dedicación exclusiva de los médicos en etapa de especialización que contemplaban originalmente estos programas. ■

COMENTARIOS

Ac. Las Heras. Es muy importante que la Academia se aboque a un tema tan significativo como es la educación médica en nuestro país. El trabajo que ha presentado el Dr. Armas es muy extenso y completo. Quisiera hacer una acotación en relación al comentario que él hizo sobre la cantidad de alumnos de medicina que hay de las universidades tradicionales, versus las universidades privadas y el perfil socioeconómico de los mismos, específicamente de las universidades privadas. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile el 60% de los alumnos que ingresa vienen de colegios privados del barrio alto y el 25% viene de colegios mixtos y sólo un 15% viene de colegios municipalizados. Si ustedes van al estacionamiento de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se van a encontrar con que hay más autos en ese estacionamiento que en muchas de las universidades privadas. Creo que es un elemento importante a considerar porque los alumnos que asisten a las universidades privadas en gran parte pertenecen a la clase media baja de este país, familias que con mucho esfuerzo sacan créditos y se endeudan, o buscan ayuda de la familia. Creo que hay que ser muy cuidadoso y objetivo con este análisis. Por otra parte en la Universidad Católica, siendo una universidad tradicional, sus alumnos pertenecen en su mayoría a familias económicamente con más recursos.

Un segundo comentario es con respecto a los médicos extranjeros. Creo que el ministerio no desconoce lo que está pasando. Aquí se ha mantenido una política de subsidiariedad en salud al igual que en educación y en políticas de previsión, que los gobiernos de la concertación no

han cambiado, probablemente porque es mucho más económico para el Estado seguir aplicando la misma política que tratar de modificar lo que se había hecho durante el régimen militar. Por ejemplo, en Chile nadie ha realizado un estudio crítico de qué es lo que pasa con la salud municipalizada. Al respecto, los médicos ecuatorianos no son 780 sino que 1880 según la última información que se me ha entregado. Como dijo el Dr. Armas, vienen a cumplir un rol en nuestro país que es importante para la atención primaria y la medicina rural. A mí no me consta que los médicos que vienen de Ecuador sean peores que los médicos que estamos formando en algunas universidades privadas en Chile, las que declaran tener como campos clínicos el Hogar de Cristo y el Instituto Médico Legal, sin desmerecer el rol que cumplen estas instituciones. Yo estoy muy de acuerdo en que hay que cambiar los convenios históricos que existen en el Ministerio de Relaciones Exteriores para el reconocimiento de los médicos extranjeros. Pero no hay que olvidar que países como Estados Unidos, se nutrieron históricamente con médicos extranjeros, y miles de ellos ocuparon áreas que los médicos americanos no habrían podido desarrollar. Es cierto que en Estados Unidos son mucho más exigentes y toman exámenes rigurosos, pero de todas maneras no hay que subvalorar el impacto de esos médicos que llegan al país a trabajar cuando tienen una buena formación. Un punto importante a considerar, es que nuestra Academia de Medicina debiera establecer contactos con las Academias de los países desde donde migran un mayor número de médicos y conversar este tema, porque de alguna manera lo que Chile recibe como un "beneficio" puede tener un impacto negativo en la salud de esos países.

Ac. Rosselot. Felicito al Dr. Armas por el enorme trabajo que ha tenido en conciliar posiciones, en ordenar los datos y entregarnos una información tan atractiva como la presentada hoy y además, como la que esperamos encontrar en el informe final. Es difícil discutir algunos aspectos sin conocer realmente el fondo del informe. Quiero hacer sólo un comentario sobre algo que creo que falta. La salud hoy día no es un problema de los médicos exclusivamente, no se menciona nada del resto de los profesionales que trabajan en salud que forman parte de este grupo y que aportan importantes efectos a que se logre la salud adecuada. Uno de los puntos que debiera ser resaltado y agregado, es qué ocurre con las otras profesiones de la salud, a las cuales se les debe exigir la misma calidad, la misma excelencia, las mismas condiciones de formación que se le exigen a los médicos si queremos que la medicina, que incluye a estos profesionales también, sea de la calidad que debiera ser en el país.

Ac. Uauy. Me sumo a las felicitaciones al Dr. Armas. Este trabajo es un excelente diagnóstico y aporta interesantes antecedentes históricos. Pienso sí que es urgente que pasemos más allá del diagnóstico y de las recomendaciones que pueden quedar totalmente olvidadas. Desgraciadamente no hay ningún mecanismo para que la Academia transforme estas recomendaciones en práctica o en implementaciones. Este es un tema central a la salud, a la medicina y a la misión de esta Academia y si no somos capaces de ir más allá que de esta conversación académica, vamos a fracasar en esa misión. Al respecto pienso que hay que hacer un análisis estratégico bastante más profundo de quienes son los actores que están definiendo esto, convocarlos para discutir este tema que podría generar un buen debate nacional y que incluya a todos los profesionales de la salud. Me parece que el asunto no está en separar extranjeros y nacionales o en privados o públicos; el camino está en implementar controles de calidad estrictos. Deben definirse los niveles necesarios para los cargos, de manera que se represente a las instituciones que están contratando gente no capaz para tales funciones, demandando no solamente a ese médico sino al prestador. Es necesario que nos pongamos serios y transformemos esto en un tema nacional, con toda su dimensión política, con el debate legal correspondiente que esto tiene en cuanto a la responsabilidad de los contratos; si no lo hacemos, no vamos a avanzar y vamos a seguir en el lamento.

La Academia tiene la autoridad moral y la misión de hacer una denuncia de lo mal que están las cosas y junto con ello deberíamos convocar y erigirnos como instancia que está velando por la salud de los chilenos. Es un excelente trabajo e insisto en que debería ser un tema para un debate de un día entero para tratarlo en la Academia y hacer planteamientos para prepararnos a generar un debate nacional y ver qué pasos damos, pero me gustaría que esto no quedara como otra materia más que se ha discutido y que hemos hecho recomendaciones; en este trabajo está la esencia de la labor de esta Academia.

Ac. Valdivieso. Deseo agradecer una vez más a los Drs. Goic y Armas, por el tremendo trabajo que les significó editar este material. Quiero hacer tres consideraciones. La primera se refiere a las conclusiones y recomendaciones y va por la línea que señaló el Dr. Uauy. Creo que el Comité de Educación Superior de la Academia debe abocarse al estudio de cómo algunas de las conclusiones y recomendaciones que se hacen en el informe, pudieran llevarse a la realidad, aunque sea una, pero estudiémosla a fondo para hacer las proposiciones necesarias.

Lo segundo que quería decir se refiere al tremendo dinamismo que tiene este informe. Sobre los comentarios que allí se hicieron, ya aparecieron datos nuevos, cambios que se van agregando todo el tiempo. Respecto del control de calidad quería señalar que la medición de la cantidad de médicos y de especialistas se ha centrado con la nueva ley de salud en la Intendencia de Prestadores, quien hace unos meses hizo un convenio con CONACEM para intercambiar información, de modo que a poco andar vamos a tener una información a nivel nacional de todas las fuentes oficiales que nosotros tenemos para formar especialistas y que va a estar en la Superintendencia en convenio con CONACEM. El próximo de estos informes va a ser mucho más seguro en cuanto a cantidad de especialistas.

Otro punto que quería señalar en cuanto a control de calidad es que acabamos de terminar en el seno de la Comisión Nacional de Acreditación, un trabajo de la Comisión dedicado a cómo deben ser los programas de postítulo y los centros en que se realizan; ha sido un trabajo de seis meses y espero ver que en el próximo de estos informes aparezcan esas condiciones básicas o fundamentales para formarse como especialista.

Ac. Cruz-Coke. Felicito al Dr. Armas. Han hecho un trabajo muy importante junto a los demás miembros del Comité. Han puesto en el tapete la situación en que nos encontramos. Recuerdo que cuando yo formaba parte del Consejo Superior de Educación, hace unos años, informé a esta Academia cuando se estaba formando la estratificación de las nuevas escuelas de medicina, lo que hoy se confirma con el trabajo presentado por el Dr. Armas; eso es lógico cuando aumentan las instituciones y se produce la estratificación de acuerdo con la sociología del país. Todos los países tienen estratificadas sus escuelas de medicina. Estados Unidos tiene 5 niveles perfectamente definidos, para qué mencionar los países del resto de América Latina; claro que en Francia e Inglaterra no hay tantas diferencias. Tenemos que hacer todos los esfuerzos para mejorar el control de calidad. Los miembros de esta Academia, en la última década, frente a toda esta explosión de las Universidades y Escuelas de Medicina hemos cumplido con nuestra labor ya que hemos sido parte y apoyado tanto al Ministerio como a las Universidades para tratar de mejorar las leyes o reglamentos, para controlar y mejorar la calidad de la educación. Pero lo que hace falta es que debemos aprovechar este año para transformarnos seriamente en los directores en el país de la mejoría de la situación de la salud y de la educación nacional de los médicos y de todas las especialidades médicas; y en ese sentido nos hace falta publicidad, "mediaticidad", porque nosotros no aparecemos en la prensa y sólo aparece el Colegio Médico con sus temas propios; debiera la Mesa Directiva de la Academia hacer un esfuerzo especial y contratar periodistas para que seriamente comencemos a difun-

dir este informe una vez completado. Debemos hacer una política mediática en periódicos, en televisión, en las radios, tenemos que salir en el primer lugar de la escena, con un liderazgo de la medicina chilena.

Ac. Casanegra. Quiero felicitar al Dr. Armas y a todos los que han trabajado en este proyecto que es muy importante para esta Academia y para la medicina de Chile. En este auditorio todos estudiamos gratis, fuimos de la época en que estudiar medicina era gratis y nadie pagó nada por el título que obtuvo ni de pre ni de post grado. Hemos sido favorecidos y por eso mismo no debemos descuidar cuál es el problema para otros. De los puntos que se tocan en este informe, me pareció muy importante el de las becas de especialización; yo no creo que a estas alturas se puede aceptar gente que tiene que hacer otras cosas para especializarse, ya sea obtiene financiamiento de la universidad correspondiente, o del ministerio, o del Estado, o subvenciones de industrias; pero alguien tiene que pagar para que esa persona esté de dedicación exclusiva dos, tres o cuatro años según la especialidad que corresponda.

En segundo lugar me parece que el examen médico nacional debiera ser el camino bien implementado, obligatorio para que aquellas universidades débiles, de 30 alumnos y con medio docente por alumno, de situaciones precarias; si no aprueban el examen médico nacional tengan pocas posibilidades de trabajar dentro del país.

Por último me parece que en el país no es aceptable que por un truco de inmigración entren a trabajar los médicos extranjeros. No tengo nada en contra de los médicos extranjeros pero si debiera haber un periodo de seis meses o un año de internado o residencia para prepararlos para la práctica que van a realizar en la atención primaria, previo a que salgan a trabajar; si no aprueban ese curso de medicina práctica primaria yo no los aceptaría. Estos tratados del año 1930 no pueden ser mecanismo de entrada para ejercer la medicina en Chile.

Ac. Cassorla Junto con felicitar al Dr. Armas por su presentación quería sólo hacer un comentario y que tiene que ver con el concepto que aludió el Dr. Las Heras de cómo la clase política es un poco complaciente con estos fenómenos porque de alguna manera, se acomoda del punto de vista del incentivo económico que favorece que haya una especie de clase médica subpagada y la cual no reclama mucho. Es interesante traer a colación que este fenómeno es como una curva en forma de U, es decir, en muchas partes del mundo en que ha habido un aumento de la cantidad de profesionales que son actores del proceso médico, en una primera etapa se produce una disminución de los gastos porque a la gente se le paga menos y trabajan sin alegar mucho; pero el médico es un poderoso agente de gastos. Es decir, cuando se llega a tener un número alto de médicos por población, el médico empieza a justificar su existencia y en la medida que no tenga una formación adecuada comienza a solicitar una serie de exámenes que están un poco demás. Quizás como argumento para nuestras autoridades uno puede decir cuidado, esto de tener un médico por 600 habitantes, quizás significa que a nuestros profesionales en un futuro se les paga menos y eso puede ser favorable para las Municipalidades, para el Ministerio de Salud o para el gasto público en salud; pero en realidad cuando esto llega a una proporción aún mayor, lo que ocurre es que el gasto mayor va a ser en radiografías u otros exámenes que se van pidiendo.

Me permito hacer otro comentario. Cuando el Dr. Armas habló de los médicos ecuatorianos, me pareció entender que eran 800 aproximadamente los que estaban en atención primaria; 1.800 pueden haber en el país y puede que muchos de ellos estén en cualquier lado y esos también gastan dinero. La presión del público es muy alta solicitando o exigiendo exámenes y es muy fácil ceder a esa presión. Por ejemplo en Estados Unidos el porcentaje del PGB que se gasta en salud es altísimo, incluso más alto que el de Canadá o el de Inglaterra, pero con

índices mucho peores y es porque ocurre este fenómeno de que se piden una serie de exámenes, entre otras cosas porque se ha legalizado demasiado la práctica profesional. No debemos desconocer el hecho de que a la larga esta relación médico-población nos va a jugar en contra y aquellos que están cuidando el gasto y usando esto en forma mañosa, para de alguna manera tener un incentivo perverso para bajar los gastos.

Ac. Ferrer. La presentación del Dr. Armas, por lo demás, muy informada y excelente, me ha conducido a una reflexión pesimista. El Dr. Armas nos ha informado que los estudiantes que acceden a los estudios de Medicina corresponden a ese 20% de los estratos económicos más acomodados. Pues bien, surgirá una contradicción socioeconómica enorme. La inversión monetaria familiar es cuantiosa para una carrera cuya posibilidad de trabajo se ve cada día más mermada por la profusión de las Universidades Privadas que forman un contingente de médicos que sobrepasa las necesidades de la población chilena. Yo pienso que este fenómeno de sobreoferta producirá una futura proletarización de la medicina. Este mismo fenómeno ha afectado a todas las profesiones liberales. Observo en este proceso el surgimiento de un sentimiento de frustración de una multitud de jóvenes profesionales que ven truncadas sus aspiraciones de trabajo y de justas remuneraciones. Con respecto a la medicina esta situación repercute en el prestigio y aun en la moralidad del ejercicio profesional. El Dr. Armas nos ha mostrado que hay aproximadamente 2.000 médicos ecuatorianos que no han sido evaluados por las comisiones de acreditación ad hoc y solamente aceptados por una gestión del Ministerio de Relaciones Exteriores; esto entraña una peligrosa amenaza a la calidad de la medicina que estos médicos otorgan.

Personalmente tuve la experiencia de hacer clases en la Universidad de Quito frente a 500 alumnos que egresaban a la Academia Médica sin selección y constatar su pésima formación teórica y práctica. Hace algunos años, esta distinguida Academia discutió el problema de las Acreditación de Universidades Privadas y recuerdo que se elevaron muchas voces que propiciaban una perentoria acción de la Academia de Medicina y de otras organizaciones rectoras de la enseñanza médica para exigir un mayor control sobre la acreditación de las Universidades Privadas. Tengo la impresión, ojalá errónea, que estas opiniones tuvieron poco o ningún efecto.

Finalmente, se ha hablado de la formación clínica de los médicos de las universidades privadas y quisiera referirme a la formación en ramos básicos. Aquí el problema es más grave. Se improvisan profesores sin capacidad de docencia o atributos de conocimientos para impartir enseñanzas en asignaturas como Fisiología, Embriología, etc., que son de gran complejidad e importancia. Es de esperar que surjan voluntades políticas que establezcan orden en esta situación que parece a la deriva y que tal vez, me temo, sea irreversible.

Ac. Las Heras. Me gustaría recomendarle a la Academia que se pusiera en contacto u obtuviera información de lo que está pasando en el Congreso. Hace dos meses recibí una petición de un Senador con un proyecto de ley, del Senador Navarro con otros, incluyendo a algunos connotados médicos, en la cual están proponiendo que cualquier universidad de este país puede revalidar títulos médicos extranjeros; además de una ley paralela para darle todas las facilidades a los médicos chilenos que se están formando en Cuba en estos momentos y que se les reconozca en forma automática el título al momento de llegar a Chile. Creo que eso es tremendamente peligroso y la Academia, sí podría tener una participación muy activa y directa política sobre lo que se está discutiendo; nosotros hemos respondido desde la Universidad de Chile con los fundamentos legales que habilitan por Ley a esa universidad a ser la que revalida los títulos, pero me temo que esto está en una situación más que precaria y a corto

plazo vamos a tener una presión política para que cualquier universidad de este país pueda revalidar los títulos de los médicos de cualquier país.

Ac. Armas (Relator). Agradezco las felicitaciones y comentarios a nombre de los que participamos de este trabajo. Me impresionó lo que dijo el Dr. Las Heras que los quintiles más altos también están concentrados en las universidades públicas, lo que encuentro lamentable; pero en todo caso es distinto tener un 60% del quintil económicamente mejor a tener el 100%. Una gracia de importancia formativa que hay en las universidades es la diversidad; en todo caso, el 30% o 20% minoritario en un grupo, lo hacen heterogéneo.

El punto sobre los ecuatorianos, si son 1200 o son 600, eso demuestra que se necesita un observatorio que informe sobre la población de médicos; yo hablé de los 600 que hay en la atención primaria, del resto no sé. Recojo el comentario del Dr. Las Heras que no tiene nada contra los médicos ecuatorianos porque no sabe si son buenos o malos; precisamente ése es el problema, no sabemos si son buenos o malos, nadie sabe porque basta un timbre del Viceministerio para poder ejercer.

Vicente Valdivieso da ideas de datos nuevos y Eduardo Rosselot ideas sobre incorporar al resto de las profesiones de la salud. Eso debiera venir en los futuros informes. Este es un primer informe y tendrán que venir otros y perfeccionados, hay que buscar un mecanismo para que se enriquezcan permanentemente los informes y que podrían ser bienales.

Sobre los estudios gratis es otro tema. Creo que es iluso pensar en volver a los estudios gratis. Gracias a que no lo son, se está educando mucha gente; pero hay que buscar mecanismos de financiamiento. Desde luego creo que a los residentes hay que pagarles lo que hacen, sus turnos por ejemplo; hay que procurar que tengan renta dentro de la institución que los está formando.

Ac. Goic (Presidente). Creo que el Dr. Armas ha hecho una muy buena síntesis de un documento que es bastante complejo, largo y con muchos juicios y análisis. El informe está prácticamente listo, estamos en la revisión final y espero que esté publicado a más tardar el próximo mes. Será ampliamente difundido entre todo el mundo médico, universitario, académico, político y asistencial. Quiero destacar que éste es el tipo de documento que me parece la Academia debe hacer. Del recuerdo que yo tengo tal vez lo único que se podría comparar es una publicación que se hizo durante la presidencia del Dr. Neghme, de homenaje a las grandes figuras médicas del pasado; fue un conjunto de publicaciones que para la historia de la medicina fue un aporte muy importante de la Academia. Creo que este documento sobre educación médica es lo más sólido que la Academia ha hecho en los últimos años, el de más envergadura; ojalá pudiéramos hacer lo mismo en salud, pero tenemos carencia de especialistas en esta disciplina en el seno de la Academia. Sin embargo, pienso que si bien no están aquí las capacidades para hacer un análisis de la salud chilena en su conjunto, sí las hay para analizar la atención médica y en ese tema creo que todos los que estamos aquí tenemos mucho que decir, mucho que opinar y mucho que proponer.

Lo segundo que quiero decir es que en este documento hay informaciones, unas más sólidas que otras, pero es lo que está disponible. El Consejo Superior de Educación es la institución que tiene más información en el campo de la educación en general y de la educación médica y hemos recurrido mayoritariamente a esa fuente de información. Hay otras informaciones que aparecen en las páginas web de las respectivas escuelas de medicina, pero no todas las tienen y no todas entregan la información que uno necesita. Por ejemplo, lo que nos ocurrió con campos clínicos: algunas escuelas en su página web informan los hospitales y consultorios que usan, pero hay varias que no mencionan cuáles campos clínicos usan. O sea, es la mejor

información disponible, esa es la expresión que hemos usado. Tal vez uno de los déficit que tiene el documento es en el área social que aquí ha sido mencionada. El tema es muy complejo; aquí sí que no se encuentra información. Además, eso requiere estudios específicos como ser: origen socioeconómico de los estudiantes, o de las escuelas de las cuales provienen, etc.; de esa información no se dispone, la que aparece es más bien anecdótica, como la de determinada escuela o la determinada generación, pero estudios a nivel nacional no hay y por eso que no está incluida en el documento.

Pienso que este es un documento sólido, macizo y la idea, como lo ha señalado el Dr. Armas, es publicarlo periódicamente cada dos o tres años, para ver los avances o retrocesos que pueda haber en este campo.

Debo destacar y agradecer la colaboración de los miembros de la Comisión de Educación Superior, son 5 personas y hemos tenido que hacer un trabajo arduo, particularmente el Dr. Armas y yo; ha consumido días, meses, se comenzó hace dos años. De manera que la colaboración de todos en las tareas de la Academia es muy necesaria.

LA UNIVERSIDAD DE CHILE EN EL SIGLO XXI¹
CONSTRUYENDO PUENTES PARA PRODUCIR INNOVACIÓN QUE NOS LLEVE AL DESARROLLO.

DR. JORGE LAS HERAS B.
Académico de Número

Las necesidades del cambio en las universidades contemporáneas son alentadas por los fenómenos sociales, los imperativos económicos y la tecnología. La educación superior está en una encrucijada que, para algunos, más que cambiar de paradigmas, necesita ser reinventada. Aunque parezca contradictorio, la universidad debe cambiar para poder mantener sus tradiciones y valores fundamentales. Esta capacidad de cambio, de renovación, debe ser enfocada como parte de un proceso de planificación estratégica y no como un fenómeno reactivo, con plena comprensión de la misión y visión de futuro de la universidad.

La metodología de la planificación estratégica en la universidad ha tenido resultados mixtos, despertando en muchos sectores académicos aprensión contra los “teóricos” o “burócratas” responsables de este proceso. Sin embargo, la habilidad de las universidades para adaptarse con éxito a los profundos cambios que ocurren en nuestra sociedad va a depender, en gran parte, del diseño de planeamiento, gestión y gobierno que estas instituciones sepan darse.

Existen muchas formas de definir una estrategia universitaria y de enfrentar el futuro en forma proactiva, superando la manera clásica de responder a los problemas en forma reactiva (la política de los “small-wins”, como le llaman los norteamericanos). En una institución del tamaño y complejidad de la Universidad de Chile generalmente es muy difícil manejar centralmente muchos procesos o actividades, lo que obliga a establecer prioridades u objetivos institucionales que sean seguidos por los organismos locales y manejados por sus propias autoridades.

¿De qué manera una universidad tradicional, grande y compleja, como la Universidad de Chile, se transforma a través de un proyecto estratégico, cumpliendo con su misión y sin perder su visión?

La primera etapa del proceso requiere un análisis del entorno, los desafíos a los que la universidad está expuesta, y el reconocimiento de la necesidad de asumir los cambios necesarios para enfrentar esos desafíos.

Una de las tareas más importantes de la Universidad es la investigación, la que históricamente ha sido emprendida como elemento complementario del proceso docente y con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos científicos. Aunque los resultados de la investigación científica tienen, habitualmente, beneficios de carácter social, medioambiental, o cultural, han sido los beneficios de carácter económico los que últimamente han recibido más atención. En este sentido, cabe decir que la relación entre la investigación básica, financiada esencialmente por fondos públicos, y los resultados económicos de un país, y de su sector empresarial en particular, se ha abierto a un debate amplio en la sociedad. Este debate está liderado por el desafío para las universidades de competir en el espacio de la innovación, reconociendo que

1 Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 7 de mayo, 2008.

en esa área existen dos mundos, que aunque muy diferentes, son complementarios: el empresarial y el universitario.

Desde inicios de los años 80, la frecuencia de las relaciones de colaboración entre las universidades y las empresas ha ido en aumento. Esto ha ocurrido, en primer lugar, por el propio desarrollo de la ciencia en ciertos campos (biología molecular, física de los materiales, ciencias de la computación, etc.), que son los que se caracterizan por tener una mayor aplicación en el ámbito comercial, que los hace más valiosos para las empresas. Por otra parte, la difícil situación presupuestaria de muchas universidades las ha obligado a buscar fuentes de financiamiento complementarias, mejorando los mecanismos de transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos generados en sus laboratorios hacia las empresas.

La combinación de investigación básica y aplicada es ahora una iniciativa de primera línea que forma parte de las políticas públicas y de las instancias que definen el destino de recursos públicos para investigación.

La Universidad de Chile se ha comprometido a participar más activamente en el proceso innovador, como una manera de participar en el desarrollo de la economía de nuestro país. Sin embargo, hay reglas institucionales que limitan esta participación, incluyendo:

- a) *inadecuada política de reclutamiento de académicos,*
- b) *énfasis solo en publicaciones de investigación básica,*
- c) *falta de recursos institucionales y de procedimientos para el inicio de nuevas unidades de investigación,*
- d) *prevalencia de liderazgos personales en la dirección de proyectos, en vez de liderazgos duales o tríos,*
- e) *falta de reglas institucionales que favorezcan a los investigadores innovadores (en procesos de evaluación y calificación académica),*
- f) *falta de apoyo legal a los innovadores.*

Respondiendo a estas inquietudes la Universidad de Chile, como parte de su Proyecto de Desarrollo Institucional (PDI), ha iniciado nuevos procesos de apoyo en el área de innovación que incluyen:

- *mayor estímulo para programas de I+D compartidos entre la Universidad y la empresa,*
- *creación de grupos multidisciplinarios que abarquen la totalidad de los eslabones del proceso innovador,*
- *facilidades financieras y jurídicas para la creación de empresas que desarrollen y exploten los resultados de la investigación,*
- *reconocimiento y valoración de los parámetros de innovación (patentes, "know-how", asistencia técnica, etc.) en la carrera profesional del personal docente e investigador,*
- *desarrollo pleno del parque científico y tecnológico de Laguna Carén,*
- *consolidación de centros de investigación de excelencia tanto en ciencias básicas y aplicadas como de humanidades.*

Sumado a lo anterior, se han incrementado los vínculos universidad-empresa, generando programas de incubadoras y "joint-ventures", especialmente con las pequeñas y medianas empresas. Adicionalmente habría que iniciar programas que den facilidades a los post-doc-

torados para que, si así lo desean, se puedan transformar en “profesores-empresarios”, sin desvincularse de la universidad.

El verdadero desafío en el desarrollo de nuevas tecnologías requiere descifrar primero los problemas que afectan a nuestra sociedad, y a partir de allí desarrollar plataformas de investigación aplicada, construyendo equipos complejos e integrados de investigación a los que se vinculen “boundary spanners” u otras fuentes de financiamiento para que aporten los recursos necesarios para desarrollar los proyectos en forma exitosa. Este modelo ha sido muy exitoso en países como Italia y Taiwán o en lugares clásicos como el Valle de Silicon, en USA, ejemplos en la formación de “clusters” de pequeñas empresas vinculadas a universidades. Para el éxito de este proceso es necesario que la universidad juegue un rol de apoyo, pero respetando la iniciativa de los grupos innovadores. La gestión de la innovación es lo contrario a la gestión de una burocracia.

Hay que tener presente que en las primeras etapas del proceso por lo general se producen resistencias, especialmente de aquellos que sienten que van a ser afectados por el mismo, y no siempre se logra apoyo de la comunidad, por lo general escéptica a las promesas de cambio.

Algunos de los elementos que pueden garantizar el éxito del proceso incluyen: el firme compromiso de la autoridad superior y de nivel intermedio con las necesidades del cambio; la participación y compromiso de la comunidad universitaria, especialmente de los académicos con más liderazgo en la comunidad; la definición clara de los objetivos a alcanzar y la focalización de la actividad de los ejecutores del proyecto en respuesta a las necesidades de la agenda definida; reconocer que en el periodo de transición hay que resistir a las presiones de los que se oponen al cambio. La resiliencia de las universidades modernas se debe, en parte, a la capacidad que tienen estas de actuar en forma empresarial, utilizando la negociación como herramienta de trabajo. En el futuro debiéramos ser capaces de guiar ese proceso, preservando nuestros valores, tradición, y misión, en una sociedad cambiante. Las instituciones capaces de adaptarse al cambio sobrevivirán, mientras que aquellas que pretendan mantener el statu quo, con visiones idílicas, enterrando la cabeza en la arena, están en riesgo. En el convencimiento de que el mundo está cambiando rápidamente y el futuro se hace cada vez más incierto, es necesario enfrentar los cambios que la universidad necesita como un proceso de aprendizaje, como un modelo teórico de “cambio institucional”, que preservando las tradiciones de la institución se anticipe, en forma exploratoria, a los desafíos que le plantea la sociedad cambiante.

La mejor manera de predecir el futuro es inventarlo. ■

REFERENCIAS

- Higher Education in Developing Countries. Peril and Promise. Task Force of Higher Education and Society By the World Bank. Washington, DC, 2000.
- The Creation of the Future. The Role of the American University. Frank H. T. Rhodes, Cornell University Press. 2001.
- Hacia un Chile competitivo: Instituciones y Políticas. Oscar Muñoz Gomá (Ed). Editorial Universitaria. 2003.
- A University of the 21st Century. James J. Duderstadt. The University of Michigan Press. 2003
- Academic Capitalism and the New Economy. Markets, State, and Higher Education. Slaughter, S. y Rhoades, G. The Johns Hopkins University Press. 2004.
- Análisis y Proyecciones de Ciencia Chilena 2005. Jorge E. Allende, Jorge Babul, Servet Martínez, Tito Ureta (Eds), Academia Chilena de Ciencias, Consejo de Sociedades Científicas de Chile, CONICYT, 2006.

COMENTARIOS

Ac. Uauy. Es interesante escuchar al Pro-Rector de la Universidad de Chile, haciendo esta propuesta, porque en esa universidad la autoridad ha estado más bien reacia a los procesos de innovación porque significa romper las estructuras vigentes. Tenemos poca capacidad de aceptar y priorizar la necesidad de innovar dentro del sistema. Me gustaría escuchar la opinión del Dr. Las Heras en esto de que hay que compatibilizar la innovación con las estructuras de la universidad ya que detrás de cada innovación hay habitualmente una persona, un cerebro, más que un comité. Esto significa que si deseamos innovar debemos ser respetuosos en permitir que la individualidad se exprese. Esto no se resuelve en comisiones ni acuerdos de comités. Entonces la pregunta es qué entiende el Dr. Las Heras por acomodar; en verdad la Universidad de Chile no lo ha hecho. Cabe mirar a los grupos de Valdivia y otros que se fueron; ellos estaban dentro de la Universidad y eran vistos como que estaba rompiendo el esquema. La pregunta es si se fueron o los echaron, o no los invitaron a quedarse e innovar dentro de la universidad. Deberíamos aprender algo de esta experiencia. Qué estamos haciendo como Universidad de Chile para dar cabida a este proceso que parte en individuos y qué reglas nuevas van a promover esto. Hasta el momento, con mucho respeto, mi opinión es que los cambios institucionales para permitir algo que no sea burocrático y que parta de las personas, no están. En la actual Universidad de Chile tratar de innovar, dentro del sistema, tiene demasiadas cortapisas. A menos que se genere una institucionalidad paralela con todos los timbres y respaldo de la institucionalidad actual es prácticamente imposible pensar en innovar y lo digo desde la experiencia vivida.

Ac. Norero. Deseo felicitar al Dr. Las Heras. Me encantó escucharlo porque durante años comentamos este tema hasta el infinito y veo que ha continuado en lo que partió hace 7 años atrás como una inquietud del Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; tratando de ponerlo en práctica, creando oficinas de gestión, de innovación, de proyectos, etc. Creo que el desafío es muy grande para las universidades tradicionales importantes del país, porque no podemos olvidar que Chile es un país en desarrollo y que el nivel educativo es bastante bajo; desgraciadamente tenemos que reconocer que es así. Somos 16 millones de personas, pero ¿qué porcentaje de la población es capaz de captar y aplicar ideas abstractas incluso dentro de los intelectuales del país?; creo que el problema de fondo es la masa crítica de gente que esté dispuesta a efectuar este cambio. El Dr. Las Heras lo dijo bien, aquí se requiere de un conjunto de personas que esté pensando en esta forma y que, sin abandonar la Academia tradicional -que ha hecho de las universidades chilenas lo prestigiosas que son- puedan permitir la innovación. Es necesario reunir una masa crítica que cambie la cultura organizacional; mientras esto no ocurra, en estas universidades que son claves, va a ser prácticamente imposible hacer el cambio o éste va a tomar años de convencimientos para lograrse, en vez de alcanzar la maduración rápida que debiera tener

Ac. Valdivieso. Quiero agradecer al Dr. Las Heras su presentación. En gran medida yo estoy de acuerdo con las ideas que ha planteado para el desarrollo futuro de la universidad y en particular de la investigación.

Quiero descender un momento a la medicina, si me lo permite porque esta Academia hace 5 años respaldó el Fondo Nacional de Investigación de Salud, respaldo que fue realmente muy importante en las decisiones que al respecto tomó el Ministerio de Salud y CONICYT. Actualmente, si en alguna parte se desarrolla investigación aplicada, transferencia tecnológica y gestión estratégica es en el puñado de proyectos FONIS que se están llevando a cabo. Tengo el gusto de contarles, porque he trabajado estos años ahí, que hay por lo menos 5 proyectos

que salieron de ese fondo y que han sido muy innovadores, pues se han traducido en impacto social y económico en beneficio de la población.

Quiero decir algo referente al perfil que hizo el Dr. Las Heras del investigador tradicional, marcando un poco las tintas porque no todos son iguales, de su carácter unipersonal en lo que se refiere a llevar adelante un proyecto, porque esas cosas son ciertas, pero al mismo tiempo limitan el número de personas capaces de acceder a proyectos FONDECYT por ejemplo. Una universidad, como la Católica o la de Chile, tiene una fracción minoritaria de su capital académico dedicado a ese tipo de proyectos y tiene una gran cantidad de profesores que no hacen investigación ni siquiera aplicada y prospectiva en su área de desarrollo. Probablemente el 90% de los profesores que están trabajando en las Facultades de Medicina tradicionales de Chile no tienen proyectos de investigación o si los tienen son de carácter retrospectivo y /o financiados por sus propios departamentos, un poco más que el simple registrar la experiencia ya pasada, lo que no tiene mucho que ver con lo que aquí se ha planteado.

Tuve el gusto hace unas semanas, en el Consejo del AUGE donde yo represento a esta Academia, de oír al Dr. Ramón Corbalán, quien informó que la Sociedad Chilena de Cardiología ha organizado un grupo de 25 hospitales entre públicos y privados que están dedicados a estudiar con mucha seriedad, cuál ha sido el impacto en el infarto del miocardio de aplicar los protocolos actualmente vigentes en el AUGE. Por primera vez, en el año 2006 se quebró la curva de mortalidad y se quebró significativamente con una disminución franca de la mortalidad, por el simple expediente de hacer lo que se puede llamar transferencia tecnológica e investigación aplicada, a propósito de una patología respaldada por el Estado. Siempre uno piensa que las cosas del Ministerio no andan bien, pero en este caso, la experiencia que el Dr. Corbalán mostró, se refería sólo a 10 hospitales públicos, en que los criterios de investigación aplicada y transferencia tecnológica se habían usado en protocolos manejados por enfermeras, no por médicos, pero de muy buena calidad. El resultado final que el Dr. Corbalán terminó por presentar fue muy alentador.

De modo que la sociedad chilena tiene grupos que son capaces de organizarse de esa manera, no en torno a una persona sino que en torno a una institución o una universidad y que puede servir de ejemplo para lo que podamos hacer, aunque sean pequeños los ejemplos.

Ac. Cruz-Coke. En primer lugar deseo felicitar al Dr. Las Heras por este tema que es fundamental para la investigación científica en el país. Estuve presente en la formación de CONICYT hace 40 años y más adelante en FONDECYT; actualmente el Estado continúa con la CONICYT y después de 40 años está exactamente igual, con la misma estructura burocrática; la presión que se realizó el año pasado reclamó por el presupuesto y planteó que también debía cambiar su burocracia. Tiene que haber una subsecretaría de investigación. Todos los Académicos de Ciencias y Medicina antiguos, hablaban de la necesidad de cambiar la naturaleza del funcionamiento de la CONICYT, porque desgraciadamente ése es el principal obstáculo burocrático al que hace mención el Dr. Las Heras.

Los esfuerzos que hacen pequeños grupos de investigadores para tratar de sacar el máximo provecho a CONICYT y FONDECYT, no sirven de nada porque no existen las condiciones económicas para la investigación aplicada en medicina. Puedo informar, muy reservadamente, que desgraciadamente el sector médico que hace investigación aplicada no tiene ninguna posibilidad de poder expandirse y organizarse mejor, debido a que contamos con la oposición de todos los grupos del sector de Ingeniería en investigación y del sector económico que tienen todos los grandes grupos de poder para la obtención de dinero para sus investigaciones. A mí se me ha dicho que en la investigación médica aplicada no se necesita el apoyo del Es-

tado, que para eso están los laboratorios para que nos financien. Esa es la visión que tienen los grupos de poder tanto de ingeniería como de economía, que manejan el país. Por ejemplo, para hacer un estudio sobre la energía nuclear el gobierno pone 100 millones de pesos para hacer los proyectos. Nosotros estamos trabajando con pocos recursos económicos y contra una burocracia demasiado grande.

Ac. Rosselot. En primer lugar deseo felicitar al Dr. Las Heras y felicitarnos nosotros por tener la oportunidad de hacer esta discusión. En nuestra sociedad se vive -como ocurre en cada universidad, en cada instancia, en cada institución- lo propio de este siglo: la complejidad, los conflictos y la oposición que existe entre distintos conceptos. Sin ir más lejos creo que donde hay que poner el centro en este momento, o de los cambios que hay que hacer, es el ponernos de acuerdo sobre el lenguaje. Aquí se ha planteado por ejemplo, legalidad versus innovación; ¿es posible que haya innovación cuando la legalidad es lo más importante? La legalidad comprime, restringe, impide todo movimiento, libertad y flexibilidad, y la innovación es eso; es aventurarse, creer en la realidad de la incertidumbre y de la incerteza y lanzarse a la aventura; si Colón no se hubiera lanzado a la aventura ¿dónde estaríamos? Este problema está en el fondo de lo que ha planteado el Dr. Las Heras, si acaso no hay innovación, lo que también tiene su contraparte porque hoy día por innovación se habla de cualquier cosa, pero hay que ver qué tipo de innovación es la que necesitamos; y con la legalidad se puede ir a través del lenguaje, decir una herejía por ejemplo, ir desde el Tribunal Constitucional hasta lo que es la libertad real, es decir dos extremos que ambos pueden tener justificaciones o fundamentaciones, pero que en realidad transforman la vida en una paradoja. Ese es el problema que la universidad tiene que descifrar y es eso lo que se desconoce en nuestra cultura o por lo menos la universidad dejó de tener un eje o un centro en eso. La universidad perdió un poco el rumbo, dentro de esta vorágine y se dedicó probablemente a incentivar otro tipo de valores y no los que son realmente propios de ella; es ahí dónde tenemos que poner el acento, naturalmente que en esos valores trata de rescatar lo que dice el Dr. Las Heras: seamos innovadores, racionalmente, no nos amarremos; y en las cosas habituales no creamos que es la verdad de ayer la verdad definitiva, sino que abramonos al libre impulso, a la intuición y a la esperanza de que las cosas por tener la dignidad de la humanidad, vamos a llegar de repente a nuestro destino concreto y humano. Esa libertad tenemos que poseerla cada uno en el interior, así podremos ser innovadores y hacer lo que no nos atrevimos antes y que tenemos que hacer ahora. A medida que envejecemos nos hacemos más jóvenes, por lo menos en las ideas.

Ac. Nervi. Muy interesante la presentación del Dr. Las Heras.

En el área de la investigación e innovación, aspectos inseparables y en los que la universidad sin dudar tiene un rol irremplazable, hay un punto que me habría gustado que usted hubiera desarrollado más y que tiene que ver con un elemento esencial y primario, que tiene su raíz en lo que ha sido la universidad desde sus orígenes hace más de mil años. Es el de la formación de capital humano. Eso es lo fundamental para que haya una masa crítica cerebral que permita hacer investigación y eventualmente innovación. En las grandes universidades del mundo, el elemento central que ha permitido la investigación científica ha sido la libertad y la disminución de las trabas burocráticas. En general los que han hecho los grandes cambios, las grandes revoluciones, han sido las personas y no las instituciones. Creo que la gestión, la administración, la planificación estratégica debiera darse en la universidad, fundamentalmente hoy día dirigidas a aumentar nuestra masa crítica de investigadores porque es de ahí de donde van a salir los innovadores y no de quienes son los gestores del capital. Creo que el capital no se involucra con las universidades porque somos nosotros quienes no estamos

cumpliendo, por distintas razones, con nuestra función fundamental que es la de formar el capital humano necesario.

Ac. Las Heras (Relator). Quería señalar dos cosas. Sobre el capital humano que mencionaba el Dr. Nervi, sin duda que es vital y la universidad va a tener que cumplir un rol fundamental. Todos los programas que tienen en estos momentos nuestras universidades en formación de doctores van en esa dirección, pero yo me refería a quién captamos para tal cosa.

Uno siempre está tentado a traer a alguien de EEUU o de Europa; la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile lo hizo cuando se creó el Instituto de Ciencias Biomédicas, eran alrededor de 10 ó 12 investigadores europeos y algunos americanos casados con chilenas. ¿Qué paso con ellos? Se encontraron que en nuestro país hay un gran aislamiento de los investigadores, no tenemos redes, entonces quien llega a desarrollar un área especial, no tiene con quién dialogar. Puede que haya un problema de rentas pero hay uno grave de cómo comunicarse. Por eso señalaba que era muy importante el generar equipos; claramente la gente necesita diálogo.

Le respondo al Dr. Cruz-Coke. El recurso humano que estamos formando, requiere que le abramos la perspectiva de la innovación. Dándole las facilidades y eliminando la burocracia; hemos tomado conciencia que si no lo hacemos no hay ningún futuro.

En lo que se conoce en la Universidad de Chile como el Proyecto de Desarrollo Institucional, uno de los 10 temas que consideramos como vitales y estratégicos, es precisamente el tema de la innovación. En ese sentido, uno de los primeros puntos es cómo facilitarle la vida a la gente, es decir cómo eliminar las trabas burocráticas para que la persona que se dedica a investigación y a la innovación, no sean restringidos por la evaluación, la calificación, los horarios ni por la docencia; no queremos que el académico esté en todo, tenemos que dar la facilidad para que una persona esté metida en su laboratorio y nadie sabe aparentemente lo que está haciendo. Pero en 6 meses puede salir con un fórmula que le signifique a la universidad, como ocurre en Estados Unidos, una patente de 300 millones de dólares por año; esos milagros no nos van a ocurrir a nosotros, porque la gente que tiene esas capacidades se va a Estados Unidos porque sabe que allá tiene interlocutores válidos y se generan los espacios para que pueda desarrollar sus capacidades con más tranquilidad, mayor confianza y mejores rentas. Estamos reconociendo que la Universidad de Chile es burocrática en muchos aspectos y estamos en estos momentos incorporando a la evaluación y calificación el tema innovación como tal y reconociendo en los académicos que están dedicados, el valor del tiempo que le dedican sin obligarlos a hacer docencia y una serie de cosas más.

Ac. Goic (Presidente). Quiero hacer un par de comentarios. Primero, creo que Chile ha tenido en los últimos decenios un avance notable en diversas áreas. Nuestro país se ha modernizado, percepción que tiene uno como simple ciudadano al circular por sus carreteras y por sus ciudades. Sin embargo tenemos, también, muchas falencias; el tema que hoy hemos escuchado respecto a las universidades y la innovación científica y tecnológica es una de esas falencias. Estoy de acuerdo con lo que señaló el Dr. Nervi, de que hay un elemento central que considerar que es el factor humano, se dijo "capital humano"; necesitamos cada vez más académicos que tengan grados académicos superiores: doctorados y post doctorados, no por el hecho de tener un diploma que los acredite como tales, sino porque se supone que son personas que han dedicado un período de su vida a profundizar el conocimiento, a indagar cada vez más y crear conocimiento en una determinada área. Uno se pregunta: ¿Cuál es la calidad de los programas de doctorado que en este país entregamos? ¿Está evaluada rigurosamente

su calidad por agentes externos a las universidades? ¿Cuántos programas de doctorado en Chile se asocian a universidades extranjeras de alto nivel, para intercambio de profesores, de investigadores, de experiencias, etcétera, que enriquezcan los programas que nosotros desarrollamos en el país? Hace unos 40 años, hubo el plan Chile-California, donde se enviaron jóvenes académicos chilenos a California a estudiar y a profundizar los conocimientos y de ahí surgió gente muy capaz y que tuvo una gran influencia en el desarrollo de algunas disciplinas básicas en Chile. En el área de las matemáticas, el profesor Igor Saavedra es un buen ejemplo de las bondades de ese plan. Creo que mañana el Canciller Foxley en la Inauguración del Año Académico del Instituto de Chile, se va a referir a este tema. Hemos leído en la prensa que Chile ha hecho convenios precisamente con California con el objeto de restituir ese programa o uno parecido al desarrollado hace ya cuatro décadas.

El tema de los recursos humanos académicos de gran nivel o de gran profundidad de conocimientos creo que es crucial, sin desmerecer la operación y gestión propia de las universidades. A raíz de la erupción del volcán Chaitén, leía sobre el escaso número de geólogos y vulcanólogos que hay en Chile, país que entiendo tiene más de 20.000 volcanes. Este es un asunto que nos atañe a todos. Hay muy poca gente capacitada en esta materia que importa no sólo a los poblados cercanos a los volcanes, sino también a las industrias o empresas que necesitan saber la calidad y seguridad de los terrenos en que se instalan.

Un segundo comentario. Creo que es muy importante la innovación tecnológica y la innovación en investigación experimental pero, también, es importante la innovación en las ideas. Aquí, el rol que pueden cumplir las Facultades del área de las humanidades, me parece fundamental. No se trata sólo de hacer experimentos, se trata también de innovar la mente y que surjan ideas que puedan contribuir al desarrollo del país o de la sociedad. Por ejemplo, el aporte que pueden hacer al conocimiento del entorno los filósofos, sociólogos, economistas, politólogos, etcétera, es muy necesario. Pienso que las universidades han descuidado el desarrollo del área de las humanidades, porque la gran reina de la ciencia hoy día es la biología. Lo cierto es que los investigadores experimentales en el área de las ciencias puras como la matemática, la física, la biología, etcétera, prácticamente no necesitan ayuda porque existen los fondos nacionales a los cuales postulan y, habitualmente, aprueban sus proyectos y obtienen los recursos para hacer investigación; no ocurre lo mismo con el sociólogo, el economista, el literato, el hombre de derecho, o el filósofo, a quienes se les hace bastante más difícil conseguir recursos para sus propias investigaciones. Creo que la universidad debería de alguna manera suplir esa deficiencia a través de un apoyo directo a las Facultades humanísticas que son las más débiles.

En resumen, hay que poner el énfasis en la calidad de los académicos. Aquí se mencionó que el nivel de exigencia para los nuevos académicos deja mucho que desear. Mi experiencia en la comisión de evaluación académica de mi Facultad, revela que, a veces, revisando los currículos uno piensa: cómo la Facultad puede interesarse en contratar personas que no tienen ningún antecedente que las califique para la vida académica. Entonces, el factor humano, la innovación en las ideas o el pensamiento, son elementos fundamentales y que, naturalmente, deben ser complementados por una buena gestión de las universidades y el diseño de una planificación estratégica para su desarrollo.

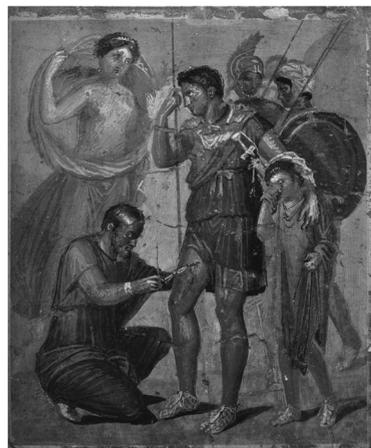
Agradecemos la asistencia de todos ustedes, y al Dr. Las Heras, por su interesante conferencia.

ARTE Y MEDICINA¹

DR. JUAN VERDAGUER T.
Académico de Número

Numerosas son las obras de arte relacionadas con la medicina, con pacientes de las más diversas patologías y con médicos. Se revisaron algunas de estas obras, muchas de ellas célebres, otras poco conocidas.

CIRUGÍA. “Eneas herido y sanado”. Este magnífico fresco proviene de Pompeya. Estos frescos se conservaron asombrosamente bien después de la erupción del Vesubio (79 A.C.). Este fresco, actualmente en el Museo Archeologico Nazionale de Nápoles, representa una escena de la Eneida del poeta latino Virgilio. El emperador Augusto solicitó este poema épico a Virgilio para dotar a Roma de un origen mítico. Eneas, héroe Troyano, escapa de Troya, después de una serie de trabajos (descenso a los infiernos, visita al Paraíso o Campos Elíseos) llega a la península itálica donde debe luchar contra los rúculos para posteriormente unirse a los latinos. El cuadro representa a Eneas de pie, apoyado en una lanza, herido por un dardo en el muslo derecho, abrazando a su hijo Ascanio que no puede contener las lágrimas. Arrodillado, el longevo médico Yapige, provisto de una pinza, en vano trata de extraer la punta del dardo, ya que la herida sangra abundantemente; Eneas está furioso e impaciente por volver al campo de batalla. Surge entonces el componente mítico-religioso: la madre de Eneas, la diosa Venus, semioculta en un extremo del cuadro, suministra al médico una hierba, llamada Dictamo, de conocidas propiedades coagulantes; al cesar la hemorragia, Yapige, con habilidad extrae la punta de la flecha.



Eneas Herido y Sanado
Fresco romano procedente de Pompeya
Museo Arqueológico, Nápoles

La Eneida fue escrita aproximadamente 100 años antes de la erupción del Vesubio.

ANATOMÍA. Jan Van Calcar: ilustración para De Humani Corporis Fabrica de Andreas Vesalius. El médico flamenco Andrea Vesalio se aboca al estudio de la anatomía efectuando sistemáticamente disecciones de cadáveres en la Universidad de Padova. Muy pronto descubre que hay groseros errores en la anatomía de Galeno, cuyas enseñanzas se mantenían inamovibles por más de mil años; se da cuenta que Galeno había descrito la anatomía del mono y otros animales; la explicación saltaba a la vista: en la época de Galeno, la ley romana prohibía las autopsias. La “Fabrica” de Vesalio, ricamente ilustrada por Van Calcar y por el mismo Vesalio, con ilustraciones de cadáveres disecados representados en poses alegóricas extraordinariamente didácticas pasó a ser el tratado oficial de anatomía, así como su compendio, denominado Epítome.

Vesalio dejó Padova para integrar la corte de Carlos V en calidad de médico imperial. A

1 Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 4 de junio de 2008.

la muerte de Carlos V, continuó en la corte de Felipe II. En 1562 practicó una trepanación al hijo de Felipe II, Carlos de Habsburgo, lo que aparentemente le salvó la vida. Por un oscuro asunto relacionado con una autopsia, la Inquisición Española lo condenó a la hoguera. Sin embargo el monarca esta vez se impuso sobre la Inquisición y cambió la radical condena por una peregrinación a Tierra Santa. Vientos adversos en el mar Jónico llevan la nave a la isla de Zante donde falleció de muerte natural.

Rembrandt. La lección de Anatomía del Dr. Tulp. Rembrandt tenía sólo 26 años cuando pinta esta obra maestra: el Dr. Nicolás Tulp está practicando una disección del antebrazo y con una pinza en su mano derecha demuestra la acción de los músculos flexores de la mano: siete personas sobriamente vestidas de oscuro con cuellos de encaje, observan atentamente la demostración; uno parece llevar la lista de los asistentes; otro tiene la vista fija en la pinza que tracciona los tendones. En el extremo derecho inferior está abierto un gran libro, que no es otro que la "Fabrica" de Vesalio. Se aprecia soberbia maestría en el retrato y notable manejo del claro-oscuro. Este cuadro, hoy en La Haya, catapultó la carrera de Rembrandt, ya que el Dr. Tulp era una de las personas más conocidas y respetadas de Ámsterdam.



La Lección de Anatomía del Dr. Nicolaes Tulp
Rembrandt, 1632
Museo Mauritshuis, La Haya

INFECTOLOGÍA. En la Catedral de St. Louis, en Nueva Orleans, se encuentran una serie de retratos que ilustran la vida de San Luis, Rey de Francia. En uno de ellos aparece el Rey tocando con su mano uno de los bubones de un apestado. La peste bubónica es producida por un coco-bacilo gram-negativo transmitido a través de la pulga de la rata. La peste llegó a Europa desde Asia, en los barcos de la flota genovesa que traían ratas y con ellas, la muerte. La humanidad conoció varias pandemias que diezmaron poblaciones enormes.

Dijo Bocaccio, "Tantos hombres valientes, mujeres admirables que desayunan en familia y terminan cenando con sus ancestros, en el más allá".

El bubón (adenopatía dolorosa) era fétido y altamente contagioso, de manera que el gesto de San Luis demuestra su valentía y virtud. El Rey Luis IX de Francia, el constructor de la Sainte Chapelle de París, era un virtuoso y un anacoreta y un verdadero santo que solía almorzar con los más humildes de sus súbditos. Financió y pertrechó dos cruzadas; en la séptima fue hecho prisionero en Egipto y liberado contra rescate; en la octava falleció en las costas de Túnez, afectado por enfermedad contagiosa ¿peste bubónica?

Albrecht Dürer: Los cuatro jinetes del Apocalipsis. Notable grabado en madera que muestra los cuatro jinetes del Apocalipsis (La Guerra, La Peste, La Hambruna y la Muerte en escuálida cabalgadura) arrasar, en furioso galope, con toda una población que incluye a justos y pecadores; aparecen representados una cabeza coronada, un obispo y prácticamente toda la burguesía de Nüremberg de la época. Es probable que Durero quisiera representar el fin de los tiempos y sugerir que tal vez, luego de esta catástrofe, vendrían otros tiempos, libres de

enfermedad, de hambre y de muerte.

Jean Antoine Gros. Bonaparte visitando las víctimas de la plaga en Jaffa.

Cuadro de gran formato perteneciente al Louvre: vemos una mezquita transformada en Hospital Militar. Napoleón Bonaparte, entonces Cónsul, aparece en el centro de la escena, brillantemente iluminado, en el momento en que toca con su mano el bubón de uno de sus soldados; el médico militar trata de impedirlo y el mariscal Bèssieres, quien se había comportado en forma altanera con Gros, es representado como un cobarde, tapándose la nariz con un pañuelo para no sentir el hedor reinante en el lugar; en el cuadro hay muchos personajes, un médico francés que fallece en el momento de atender a un paciente; un ciego que dirige la cabeza en dirección a la voz del carismático general y muchos otros; algunos de ellos están desnudos; la aparición del desnudo llamado “heroico” anuncia el inicio del romanticismo en la pintura y el alejamiento de la escuela clásica de su maestro David. El barón Gros intenta convencernos que la virtud y el arrojo de Napoleón justifican los horrores de la guerra. Hoy día Jaffa (Yafo), puerto varias veces milenario, es un suburbio de Tel Aviv y una ciudad de piedra llena de encanto, misterio e historia.

Juan Manuel Blanes. Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires (1871). Ese emotivo cuadro de Blanes, el pintor de la Patria para los uruguayos, se encuentra en el Museo Nacional de Artes Visuales de Montevideo. La fiebre amarilla es producida por un virus transportado por el mosquito *Aedes Aegypti* que suele proliferar en agua apozadas. A la época, las condiciones de saneamiento en Buenos Aires eran deplorables, y la epidemia afectó especialmente a los emigrantes italianos que alojaban en conventillos miserables.

En el suelo se encuentra una mujer que acaba de morir víctima de la fiebre amarilla; de su mano ha caído una taza y una cuchara, que con seguridad y con gran abnegación, utilizó, hasta caer muerta, para socorrer un personaje, ¿vivo?, ¿agónico?, ¿muerto?, que yace en un lecho; un niño -el hijo de la mujer- en vano trata de encontrar su pecho para alimentarse; un joven, apoyado en el dintel de la puerta, expresa su inmensa pena en los ojos llorosos y mira, tal vez con desprecio, a los caballeros muy bien vestidos en el centro del cuadro que contemplan acongojados la escena. A primera vista, se podría pensar que son dos médicos que contemplan con impotencia la triste escena. Sin embargo, son abogados: don Roque Pérez y don Manuel Algerich, del Comité Ciudadano contra la fiebre amarilla que tratan de ayudar a los deudos, en circunstancias que las autoridades administrativas de Buenos Aires habían emigrado fuera de la ciudad para salvar la vida. Ambos habrían de fallecer posteriormente víctimas de la epidemia.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO: GOTA. **Eduardo Rosales. Presentación de don Juan de Austria al Emperador Carlos V.** El Emperador Carlos V (1500 – 1558), viudo y enfermo de gota ha abdicado a favor de su hijo Felipe II y se ha retirado al monasterio de Yuste. En este cuadro de pequeño formato, el pintor español de escenas históricas, Eduardo Rosales nos presenta a don Carlos sentado junto a una ventana, prácticamente inválido por sus continuos ataques de gota, sus pies reposando sobre un cojín. Un adolescente, vestido de un vivo azul, es presentado a su padre, el ex Emperador por su tutor, don Luis de Quijada. Don Juan de Austria era hijo natural de Carlos V y una lavandera alemana y su existencia había sido mantenida en secreto. Acompañan a los personajes principales los nobles de la corte. Los personajes están ubicados con maestría y los rostros y la indumentaria están magistralmente representados. Don Juan de Austria, a las órdenes de su hermanastro Felipe II, habría de triunfar sobre los otomanos en Lepanto, a la cabeza de la flota española, veneciana y pontificia.

Eduardo Rosales habría de morir a los 37 años, víctima de la tuberculosis.

NEUROLOGÍA - SIQUIATRÍA. **André Brouillet. Course d'histerie – Jean Martin Charcot.** Reproducciones de este famoso cuadro se pueden encontrar en las consultas de muchos siquiátras. Representa una de las famosas “Lessons du Mardi” del Dr. Jean Marin Charcot en la Salpêtrière. El profesor diserta sobre la histeria mientras su discípulo Babinski sostiene a la pobre histérica que se desploma en sus brazos. Contemplan la escena numerosos asistentes entre los que reconocemos a Pierre Marie y Gilles de la Tourette. Con el tiempo, estas clases se transformaron en espectáculos teatrales que reunían a periodistas, artistas y otros que asistían, atónitos, a las demostraciones que a veces culminaban en crisis violentas. Algunos discípulos como Babinski no aprobaban estos espectáculos, pero callaban, aparentemente por temor a Charcot, a quien se apodaba “el César de la Salpêtrière”.

Desde Chile, el Dr. Joaquín Luco Arriagada soñaba con una especialización en Neurología con Charcot. No duda en embarcarse a la isla Dawson para trabajar en la Compañía ganadera británica y juntar dinero para viaje y estadía en París. Encontrándose en la isla, recibe la noticia de la muerte del Profesor Charcot. Persevera en su intento y se especializa con el gran y serio Babinski. A su regreso y después de la inesperada renuncia del Profesor Orrego Luco, se hace cargo de la cátedra de Neurología. Se le reconoce como un clínico notable. A su retiro disocia su cátedra en una de Neurología, a cargo del Prof. Hugo Lea Plaza y de Psiquiatría, a cargo del Prof. Oscar Fontecilla. Joaquín Luco Arriagada fue el padre del gran neurofisiólogo, Premio Nacional de Ciencias, Dr. Joaquín Luco Valenzuela y abuelo del destacado neuro-oftalmólogo Dr. Cristián Luco Franzoy.

CARDIOLOGÍA. **Francisco de Goya. Autorretrato con el Dr. Arrieta (1820).**

Goya se pinta a sí mismo en el momento que parece sufrir un episodio de edema pulmonar agudo. Así lo indica su extrema palidez, la mirada extraviada, la boca entreabierta, ávida de aire, las manos asidas del borde de la sábana. El Dr. Arrieta, solícito, lo socorre y le ofrece algo líquido. Detrás de ellos siniestras facciones de individuos imaginarios que contemplan la escena ¿un anuncio de los personajes de pesadilla que habría de pintar en las paredes de la quinta del sordo?

Goya también pintó “**El albañil borracho**”. En este cartel, destinado a la Real Fábrica de Tapices, se muestra a un albañil que ha caído de un andamio y que es trasladado en brazos de los compañeros que ríen picarescamente, obviamente también borrachos. Este cartel no gustó en la corte de Carlos III: Goya no dio por perdidos los honorarios y, prestamente, reemplazó las facciones de los compañeros que llevan en andas al herido; sus rostros parecen ahora serios y preocupados por la suerte del amigo. Esta vez lo tituló “**El albañil herido**”.

DERMATOLOGÍA – MEDICINA LEGAL. **Jacques-Louis David: Marat Assasiné (1783).** David había cenado con Marat, su amigo, la antevíspera del asesinato. El cuadro representa a Marat en su bañera inmediatamente después de que Charlotte Corday lo hiriera mortalmente bajo la clavícula derecha. Marat trabajaba en su bañera, llena de agua ¿tibia?, para escapar del intolerable prurito que le producía su afección a la piel. Algunos dermatólogos piensan que era un cuadro herpetiforme, otros, considerando que en un tiempo Marat fue perseguido y debió ocultarse en las catacumbas y alcantarillas de París, creen que padecía de sarna: al estar en el agua, los ácaros no afloran y deben permanecer en sus túneles. Sin embargo, es raro que Marat, siendo médico, no usara el azufre, tratamiento conocido desde los tiempos bíblicos. La causa de muerte está clara: la herida interesó uno de los grandes vasos con pérdida copiosa de sangre; el agua de la bañera se ve teñida de rojo. El arma homicida está en el suelo: es el

cuchillo que la señorita Corday había comprado en camino a la casa de Marat. Marat sostiene en su mano la carta en que la Corday le solicita audiencia. Este es un cuadro post-mortem de gran crudeza; toda la mitad superior del cuadro está pintada de negro, para resaltar la figura heroica del “Ami du Peuple”, que aún sostiene en su mano derecha una pluma de escribir, símbolo de su dedicación al trabajo.

Marat fue inicialmente un médico de moda y de éxito que vivió un tiempo largo en Londres, donde escribió un artículo de oftalmología; también un tratado de óptica. Situado a la izquierda de la revolución, en el grupo de los Jacobinos, fue implacable con sus adversarios, ayudando a consolidar el terror apoyado por sus “listas negras” y “comités de vigilancia”.

Cuando Marat le anuncia a la Corday que sus amigos girondinos irán a la guillotina en menos de 8 días, la mujer ya no tiene dudas y con fuerza sobrehumana, hunde el cuchillo en el pecho de Marat; al retirarlo, el arma cae al suelo. “A moi, cher ami” alcanzó a decir Marat. Charlotte Corday murió en la guillotina poco después. Marat fue deificado por la Convención.

CEGUERA. Pieter Bruegel el Viejo. La Parábola de los ciegos. Este cuadro, joya del museo Capodimonte en Nápoles, ilustra la parábola de Jesucristo: “Dejadlos: son ciegos que guían a ciegos. Y si un ciego guía a otro ciego, los dos caerán en el hoyo”. Nada más sabio. Piénsese en los líderes políticos nefastos que han arrastrado a la ruina a pueblos enteros que tampoco han sabido ver hacia dónde los llevaba su líder. Bruegel eligió un paisaje bucólico, con una iglesia que aún permanece en las cercanías de Bruselas. Un macabro cortejo de ciegos, grotescos, ridículos, siguen al líder que ya ha caído en un hoyo; el segundo y el tercero vacilan y están a punto de caer; los tres últimos, en su ceguera, ignoran lo que les sucederá muy pronto. Algunos de los ciegos parecen tener las órbitas vacías, lo que se ha pensado podría ser el resultado de la bárbara costumbre de cegar al perdedor de un duelo. Por cierto que la ceguera de la parábola alude a la ceguera de orden moral.

MURALISMO Y MEDICINA. Diego Rivera: Historia de la Cardiología. El muralismo alcanzó una fuerza expresiva arrebatadora de la mano de los muralistas mexicanos, en especial José Clemente Orozco, David Alfaro Siqueiros y Diego Rivera. El muralismo mexicano se centró en la protesta social. Una de las áreas que despertó más interés fue la Medicina, por su componente social e ideológico, destacando la salud como un derecho del ser humano. En 1944 el Dr. Ignacio Chávez solicitó a Rivera un fresco sobre la historia de la cardiología, destinado a decorar el Auditorio del nuevo Instituto de Cardiología de México. El mural se compone de dos paneles; en el primero se representan los anatomistas, fisiólogos y clínicos a quienes debemos las bases científicas de la cardiología. En lado izquierdo de este mural arde una pira y el fuego que envuelve al condenado otorga dramatismo a la escena. El condenado es Miguel Servet, natural de la localidad aragonesa de Villanueva de Sigüenza y el descubridor de la circulación menor o pulmonar de la sangre. Servet no fue condenado por haber descubierto la circulación pulmonar y tampoco fue quemado por la Inquisición española. Servet era también un teólogo y en su libro *Cristianisimi Restitutio*, tratado teológico, inserta el texto describiendo la circulación de la sangre.

La posición teológica de Servet, discordante en muchos aspectos de la doctrina oficial, no gustaron a la Inquisición y menos a Juan Calvino. Servet comete la imprudencia de visitar Ginebra y peor aún, en su ingenuidad, asistir a un oficio de la iglesia reformada calvinista. Por orden de Calvino es condenado a la hoguera con leña verde en la plaza de Champel. En el mural de Rivera hay muchos personajes, todos en carne y hueso, menos un busto en piedra

o mármol que representa a Galeno de Pérgamo. No podían faltar en el mural los de Padova: Andrea Vesalio, Malpighi y Giovanni Battista Morgagni; este último, si bien es boloñés vivió casi toda su vida en Padova. Morgagni fue el primero en catalogar a la tuberculosis como enfermedad contagiosa y recomendar medidas higiénicas; aún más, describió la endocarditis, pericarditis y lesiones valvulares. William Harvey aparece mostrándonos un escrito; tal vez su tratado de *Motu Cordes*, primera correcta descripción de la circulación de la sangre, basada en sus estudios en la mismísima Padova.

En el centro del cuadro aparece René Laennec auscultando un paciente con su recién descubierto estetoscopio; hasta Laennec la auscultación del tórax era inmediata, lo que hacía difícil el examen en los obesos y podría además considerarse un atropello al recato de las damas. En el extremo superior derecho reunió a todos los que construyeron el mapa eléctrico del corazón. His, Keith y Flack, Ashoff y Junao Tawara, que aparece de espaldas al espectador. La base del panel está destinada a las medicinas ancestrales: la medicina egipcia y la medicina helénica. El panel número dos está destinado a los cardiólogos contemporáneos de Chávez (¡difícil tarea elegir a esos inmortales!) En su base se ilustra la medicina ancestral mexicana pre-colombina, realizando el papel fundamental de la raza indígena como forjadora de la nación mexicana.

Mario Toral. Alegoría de la Historia de la Medicina. Este hermosísimo mural, de grandes proporciones, decora el salón Lorenzo Saziè, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Fue inaugurado el 17 de agosto de 2005 por el Decano Jorge Las Heras, la Vice Decano Colomba Norero y el propio maestro Toral. Este mural es un verdadero himno a la vida y está lleno de símbolos alusivos a la medicina que sólo podemos descifrar con la ayuda del artista. En el extremo superior derecho se ve una pareja de amantes; es el origen de todo; más adelante se ve el fruto de esta unión, el feto en diversos estadios de la gestación. Algunas calaveras, tomadas en un tono simpático, amable, a la manera mexicana, nos recuerdan lo efímero de nuestro paso por este mundo. Más abajo algunas figuras, provenientes de manuscritos medievales nos muestran los diferentes órganos y sistemas del cuerpo; en el centro inferior, la diosa Artemisa, con algunas protuberancias que podrían interpretarse como senos de mujer nos alude a la fecundidad de la tierra y de la raza; la acompaña un estilizado esqueleto proveniente de un antiguo manuscrito persa. En el extremo inferior izquierdo, una alegoría de la mandrágora, tubérculo cuyas protuberancias asemejan un cuerpo de mujer y tendría propiedades medicinales. Más arriba, una representación del dios Horus cuando niño, sanador de mordidas de serpientes y cocodrilos. El dios Anubis, cabeza de chacal y cuerpo humano, contempla a Horus. El chacal es un animal crepuscular y nocturno y Anubis es el dios de las necrópolis y de los embalsamadores, quienes hicieron grandes avances en el conocimiento de la anatomía. Sobre Horus flota el bastón de Esculapio, con la vara rematada por una cabeza nodosa, con una serpiente enroscada y cruzada por dos hojas de roble. La vara representa el poder sanador del médico y la cabeza nodosa, las dificultades que enfrentamos cada día al lado del enfermo.

Finalmente, de un cuerpo de mujer emerge, acunado por pétalos de flor, un niño recién nacido; se completa el ciclo: la vida derrota a la muerte. En las ramas de un árbol simbólico se han inscrito los nombres de algunos grandes Maestros de la Medicina: Lorenzo Saziè, José Joaquín Aguirre, Hernán Alessandri, Rodolfo Armas Cruz.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: “el mal del siglo”. **Pablo Picasso. Ciencia y caridad. 1897.** Esta pintura pertenece al Museo Picasso ubicado en el barrio gótico de Barcelona en un palacio del Carrer Montcada. Este cuadro fue pintado cuando el genial artista malagueño tenía sólo

16 años. En le lecho yace una mujer extremadamente pálida; se había desplomado en la calle, mientras ejercía la mendicidad, víctima de una tuberculosis avanzada. Un doctor (la ciencia) le toma el pulso. Sirvió de modelo para este personaje el propio padre del pintor. Una religiosa (la caridad) sostiene al pequeño hijo que contempla a su madre agónica. Faltaban 50 años para el descubrimiento de la estreptomocina.

En aquellos años la sobrepoblación, el hacinamiento, la falta de saneamiento golpeaban duramente a la clase trabajadora de Barcelona; los hospitales no se daban abasto para recibir a los enfermos. El letrero "No hi ha llits" (no hay camas) solía colgarse en la puerta de los hospitales públicos.

Eugène Delacroix. Frédéric Chopin. El mejor retrato de Chopin fue el que pintó su amigo Delacroix. En el invierno de 1838, Chopin, enfermo de tuberculosis, su amante George Sand y los hijos de ella viajan a Mallorca en busca de un clima más benigno para el enfermo. El grupo, rechazado en Palma por la enfermedad del músico, se refugia en la cartuja de Valldemosa. El clima fue implacable y el viaje, un desastre. Sin embargo, a pesar de sus febrículas, de su esputo con sangre y de al menos dos hemoptisis, Chopin escribe en la Cartuja los sublimes Preludios del Opus 28. La lluvia, que no lo perdonó y la profunda tristeza que lo embargaban inspiran el preludio N° 15 "La gota de agua".

La tuberculosis aparece ligada, en la literatura y en la música, a la melancolía y al romanticismo. Heroínas que mueren en escena como Mimí de La Bohème, Violeta Valery de la Traviata, o en las páginas de un libro como Margarita Gautier en la "Dama de las Camelias". Aún hoy la tumba de Frédéric Chopin en el Cementerio de Père-Lachaise se llena de flores frescas cada día. ■

COMENTARIOS

Ac. Ferrer. Deseo felicitar al Dr. Verdaguer porque su conferencia ha sido un deleite espiritual, tanto por su valor histórico como pictórico. Quisiera destacar la expresión facial y gestual de los personajes de los cuadros que mostró. Podrían constituir el material para un estudio de la fisiognómica y de la dinámica corporal que nos revelaría la íntima emoción que anima esas figuras. Leyendo a Darwin, descubrí que Sir Charles Bell, un gran fisiológico y médico de comienzos del siglo XIX, escribió un tratado sobre la "Anatomía y fisiología de la Expresión Facial", empleando las representaciones pictóricas de la corriente clásica de la plástica universal. Con excepción de cuadros alegóricos de Diego Rivera y simbólico de Mario Toral, los demás personajes de las Escuelas Figurativas muestran expresiones de dolor, agonía o gratitud. Solamente el cuadro de Goya del Albañil herido exhibe en los acompañantes una sonrisa entre pícaro y sardónica. Esto no debe extrañar cuando el tema es Arte y Medicina, y los médicos al fin de cuentas, somos testigos y agentes del dolor.

Ac. Goic (Presidente). Una observación, Dr. Verdaguer. Hacia fines del siglo XIX, probablemente en relación a la revolución industrial, los pintores de la época pintaban cuadros de contenido social. Lo digo a raíz del cuadro de Ciencia y Caridad de Picasso, de la época azul de Picasso, y que es un cuadro muy similar en su estructura y contenido al de Fildes, un pintor inglés del siglo XIX que tiene un cuadro más difundido que el de Picasso: The Doctor. También estos artistas, pintaban cuadros relativos a la pobreza; el mismo Fildes tiene cuadros de una multitud de mendigos que acuden a una hospedería. En muchas de las obras de estos pintores de la segunda mitad del siglo XIX, estaban pintando consecuencias sociales de la

revolución industrial que trajo en sus comienzos un sufrimiento muy grande de los obreros e incluso de los niños que trabajaban.

Dr. Verdaguer, creo que el silencio mayoritario de esta asamblea indica lo impresionados que quedamos todos con su muy hermosa presentación en que usted muestra una pincelada de la relación entre la pintura y la medicina. Recuerdo otros cuadros como uno de Van Gogh sobre depresión: un anciano con las manos sobre el rostro inclinado hacia delante; otro de Munch: una mujer sentada en una silla, con rostro triste, cabizbaja, que me impresionó mucho porque es exacta a la última foto de Ingrid Betancour; si a la pintura de Munch uno le cambia la cara y le pone la de Ingrid Betancour, es ella, la misma posición y expresión. Esta relación e interés de los pintores en temas médicos es relativamente generalizada.

Ac. Cruz-Coke. He quedado impactado con esta presentación y felicito al Dr. Verdaguer; además ha sido importante haber presentado el mural de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Cuando se hizo el edificio de la Facultad en 1950 yo estaba presente en la discusión, el Profesor Garretón me mostraba el lugar y me decía: aquí hay que hacer un mural tipo los cuadros del Instituto de Cardiología de México; hace 15 años cuando estábamos recién en el Decanato del Dr. Goic pasó por ahí Nemesio Antúnez, Director del Museo de Artes, y él dijo aquí hay que hacer un mural y me encantaría hacerlo, pero no había plata ni recursos y se pasó esa oportunidad; luego llegó Mario Toral e hizo este mural con este tema; a mí me hubiera gustado otro tema o haber combinado, pero escuchando la interpretación que le ha dado el Dr. Verdaguer, quedo muy conforme con el mural.

Ac. Goic (Presidente). Creo que el mérito del Decanato del Dr. Las Heras fue conseguir los recursos económicos para concretar una idea que se venía arrastrando por varios períodos, ya que la mayoría de los Decanos tuvimos la intención de que hubiera allí un mural. Dr. Verdaguer, lo felicitamos cordialmente y le agradecemos su hermosa presentación.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE CREATIVIDAD CIENTÍFICA Y ARTÍSTICA¹

DR. FRANCISCO BEAS FRANCO
Académico Honorario

Durante el transcurso de mi existencia me ha tocado experimentar una especie de dos vidas paralelas: la científica, realizando investigación clínica por más de cuarenta años, y la artística, con la pintura, que se inició más tardíamente. Estos dos quehaceres aparentemente diferentes, me regalaron, por muchos años, una situación privilegiada, dándome la oportunidad de “observar” y escribir algunas reflexiones entre ciencia y arte, las que trataré de desarrollar en las próximas páginas.

La creatividad representa un lugar central en una discusión que hoy preocupa a personas tan distintas como científicos, educadores, artistas, empresarios o políticos. Se trata de una discusión compleja, porque de hecho está relacionada con casi todos los aspectos de la sociedad y la cultura. Desde un punto de vista histórico, la noción de creatividad estuvo sólo ligada a sujetos excepcionales y es sólo a partir de 1950 que comienza a ser considerada como una conducta que puede encontrarse normalmente en los individuos.

En términos generales podemos decir que la creatividad está en juego cuando un individuo enfrenta un problema frente al cual no tiene experiencias de soluciones previas. Debe ser una construcción personal frente al problema, no conductas repetitivas o aprendidas. La creatividad implica intencionalidad. Además se caracteriza por cierto estado de tensión, ya que el sujeto asume el problema como personal.

Me propongo desarrollar un análisis y reflexión suficiente, que permita construir un “concepto de creatividad” apropiado y que pueda servir como marco de referencia a la presente exposición. Me referiré fundamentalmente a la creatividad científica y artística, entendiendo que también puede utilizarse indistintamente la denominación de pensamiento científico o artístico. En ambos casos, es necesaria la participación del pensamiento, al que podemos agregar el calificativo correspondiente. Pensamiento es “el conjunto de concepciones que tenemos de nosotros mismos y lo que nos rodea” (Campirán Salazar, 1999).

HISTORIA DE LA CREATIVIDAD

Para muchos investigadores las primeras manifestaciones expresivas del hombre se sustentan en las pinturas rupestres, en la invención de las primeras armas y utensilios, así como en la creación del idioma y del leguaje (Fernández H., 1982; Lavados J., 1989).

Sin embargo, en el mundo antiguo no existió el concepto de creatividad en forma explícita. Los griegos no tuvieron ningún término que correspondiera con relativa exactitud a los de “crear” y “creador” y hay quienes afirman que tampoco tuvieron necesidad de ellos. Los artistas que siglos más tarde serán la única y auténtica expresión de la creatividad, se limita-

1 Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 2 de julio, 2008.

ban a imitar las cosas ya existentes de la naturaleza. El concepto griego de artista y de arte presumía una rigurosa sujeción a determinadas leyes y normas. Así, la concepción dominante, en esta época, era que el artista no creaba sus obras sino que copiaba de la realidad. El énfasis estaba en descubrir y no en crear. En ningún caso se trataba de la visión personal del artista, sino de lo que éste encontraba al observar la naturaleza. Más aún, el propio Aristóteles afirma en su *Poética*, que un artista debería borrar las huellas personales reflejadas en su obra. Platón observaba con desconfianza a los poetas, precisamente porque los consideraba responsables de transfigurar las cosas y producir ficciones y engaños, que atentaban contra una justa educación (Kugler, P. 2005).

En estos términos, el concepto de creatividad no pudo surgir en el mundo griego. Desde una perspectiva actual, sin embargo, parece justo reconocer que el artista griego, si bien concebía su propia producción como una imitación de la naturaleza, era quien tenía la capacidad para reproducirla en toda su belleza y esplendor. Con todo, lo decisivo reside, en que el propio artista no se percibía a sí mismo como un creador, sino que como una suerte de instrumento de expresión de los dioses, porque era ésta la concepción que orientaba su búsqueda y determinaba la naturaleza y límites de su producción. Podríamos decir que el mundo griego se negó la posibilidad de crear, aun cuando a nosotros, con otra mirada, nos parezca que todo su legado esté traspasado de creatividad. La lengua griega no contó con un término que esté próximo al de creatividad.

En latín, en cambio, existían los términos *creatio* y *creare* y se encuentra entre los romanos un uso habitual de ellos, pero en un sentido muy diferente al que poseemos contemporáneamente.

El sentido más profundo de los términos *creativo* y *crear* apareció realmente en el período cristiano, cuando comenzaron a designar el gran acto de la creación de todo lo existente: el acto de Dios protagonista, creando a partir de la nada. La consecuencia más clara de esta concepción, sin duda de sensible valor, del pensamiento religioso, consistió en privar completamente al hombre de la posibilidad de crear.

Los comienzos de la investigación sobre la creatividad se remontan a la Psicología del pensamiento. Graham Wallas (1926) habla de pensamiento creativo, que es común al artista, que se propone como meta la interpretación de cosas, relaciones o valores imaginarios, y del científico, que investiga nuevos hechos y principios.

En pleno siglo XX aparece por fin el concepto de crear con toda su fuerza y extensión. Se abandona gradualmente la creencia que otorga el patrimonio de la creación a los artistas, y se asume una perspectiva que permite hablar de creación y creatividad en todas **las personas y con respecto a cualquiera actividad y a todos los campos de la cultura.**

DEFINICIONES DE CREATIVIDAD

La creatividad no ha sido claramente definida. Sabemos que ella existe porque gozamos de ella y de gran cantidad de adelantos culturales, científicos y tecnológicos adoptados por muchas personas e instituciones. Hay muchas definiciones de creatividad. En verdad, más que definición se habla de las características o requisitos de la creatividad. Así, se la define como un proceso, como un producto, como una característica de personalidad, como una construcción social, etc.

Las características generales personales más aceptadas de la creatividad son: a) la flexibilidad, que es la capacidad de transformar un proceso para considerar otras soluciones del problema o planteamiento de éste, b) la fluidez, capacidad para generar un número elevado de ideas, c) la originalidad, que define a la o las ideas, proceso o producto como algo único o diferente, y d) la elaboración, el nivel de detalle, desarrollo o complejidad de las ideas creativas.

Como se ha mencionado previamente, se acepta hoy en día, que todo ser humano tiene la capacidad de ser creativo. Sin embargo es posible establecer niveles de creatividad, siendo esta cualidad, una habilidad desarrollable. También es posible aceptar que existen personas excepcionalmente dotadas.

CREATIVIDAD E INTELIGENCIA

Otro problema que surge habitualmente es la relación que tiene la creatividad con la inteligencia. Parecen no existir estudios concluyentes al respecto. Una buena parte de las investigaciones reportan que no existe una relación causal directamente proporcional entre creatividad e inteligencia. Sin embargo, es posible que exista relación, por lo menos en cuanto a la necesidad de un nivel mínimo de inteligencia y de tolerancia a la frustración (Penago 1997).

Es importante tener en cuenta los sinónimos con los que se ha relacionado la palabra creatividad. Monreal (2001) manifiesta que al iniciarse la investigación sobre la creatividad, la palabra más utilizada fue "genialidad". También se emplearon otros sinónimos como "originalidad", "productividad" y "descubrimiento". Para este investigador el término creatividad, mantiene un predominio importante a partir de 1950, pero afirma que no hay una unificación de este concepto. Otros expresan que es delicado distinguir creatividad de otros conceptos como "genialidad", "superdotación" o "arte" y que se debe esperar para lograr un consenso respecto a la definición de este complejo constructo.

Hay estudios que demuestran la influencia del medio social y cultural en los procesos de producción creativa, como los de Torrance (1976), Sternberg (1988), Monreal (2001). La conclusión de estos autores, es que sería importante contar con un entorno favorable para que se desarrolle el proceso creativo. Se reconoce que el ambiente familiar, social y cultural es relevante para el estímulo creativo. También las instituciones educativas cumplen un papel muy importante en la creación de ambientes de trabajo favorables y que es necesario reconocer aquellos factores que estimulan la creatividad y que en muchas oportunidades los bloquean, especialmente en los niños.

TEORÍAS SOBRE CREATIVIDAD

Se han mencionado diferentes enfoques:

La teoría humanista: el gran aporte de esta teoría constituye el estudio de la creatividad a partir de la personalidad del sujeto creador. Personalidad creativa es personalidad integrada. El acto creativo se produce por la motivación, asimilación conciente y el esfuerzo dirigido hacia determinado problema (C. Rogers, 1987; A.H. Maslow, 2000).

La teoría analítica: Las ideas son el principio motivador, que subyace en todas las formas creadas. Cada forma es un símbolo y cada símbolo es, por lo tanto, la expresión externa

y visible de una realidad interna y espiritual. Detrás de la forma se halla la idea percibida inconscientemente a la cual el creador trata de darle expresión. El hombre cree que él moldea esas ideas, pero, en realidad, son ellas las que lo moldean y lo hacen su intérprete inconsciente. Desde la perspectiva de la psicología analítica, la creatividad se entiende como un camino de manifestaciones de lo inconsciente, contribuyendo de esta manera al proceso de individuación y al surgimiento del si-mismo, como algo distinto al yo (C.G.Jung, 1958).

La teoría perceptual, Gestalt (Wertheimer M. 1981). La creatividad es sinónimo de “pensamiento productivo” y solución de problemas. El pensamiento productivo se manifiesta ante la necesidad producida por un estímulo, que genera una insatisfacción o una estabilidad en la conciencia, la cual una vez satisfecha, adecua y reestructura su campo perceptual (percepción positiva). La percepción negativa se da cuando no se satisface la necesidad, generándose un campo perceptual rígido y cerrado.

La teoría factorial. Se expone el proceso creativo a partir de factores intelectuales y varios rasgos de la personalidad, tanto desde ópticas teóricas, como experimentales. En el caso de los factores intelectuales, el máximo representante es Guilford, 1983, con su teoría del pensamiento divergente, cuyo encuadre generaría, en complementación con el pensamiento convergente, operaciones relacionadas con la fluidez de ideas, asociación, flexibilidad, originalidad y elaboración semántica. Al respecto hay varias investigaciones especialmente realizadas a través de cuestionarios y o pruebas. Sin embargo, el valor y confiabilidad de estas pruebas son muy discutidos por varios investigadores, especialmente por la apreciación parcial y limitada e incluso sesgada del fenómeno creativo. Actualmente la tendencia de esta teoría es la de evolucionar hacia el enfoque de la psicología experimental.

La teoría neuropsicofisiológica. Le da a la concepción de la creatividad un enfoque biológico. El acto y proceso creativo tiene lugar a través de las aferencias sensoriales del cerebro y de su estimulación y activación. Los órganos de los sentidos, a partir de los estímulos del medio, son capaces de activar la corteza cerebral, estimulando a las neuronas y sus capacidades de integración, creándose un equilibrio cognitivo emocional, de forma tal que el individuo se encuentra abierto ante la multiplicidad de información para buscar nuevas formas de asociación, relación, concepción y solución de problemas (Sperry, 1968; Lavados, 1989).

Estas teorías, entre otras, han permitido determinar a nivel general los factores más determinantes de la creatividad, y a través de ellos, la identificación de los indicadores más característicos y usuales a la hora de valorar al individuo creativo. También sirvieron de base y dieron origen a las diversas concepciones acerca de la naturaleza de la creatividad. En términos generales, no es difícil darse cuenta, que la mayoría de las teorías mencionadas en relación a la creatividad, se refieren más a una descripción o características del proceso creativo, que a una descripción de la naturaleza de ella.

MOTIVACIÓN Y CREATIVIDAD

Desde un punto de vista general la motivación se plantea desde dos perspectivas; la intrínseca, es la que le permite al individuo tomar las decisiones en base a una fuerza interior. La extrínseca, que está regida por factores externos con el fin de alcanzar una meta externa, como el reconocimiento, la recompensa económica o ganar una competencia (Romo, 1997). Estas formas de la motivación se han relacionado con la creatividad y se ha estudiado la influencia tanto de una como de la otra, sobre el proceso creativo.

Para Torrance (1976), la personalidad y la motivación son factores muy importantes en la vida de las personas; algunas pierden interés y se detienen ante un reto creativo por falta de coraje y persistencia (Stemberg y Lubart 1988), consideran que para ser realmente creativo, es necesario estar motivado, ya sea que existan metas extrínsecas, como el poder, el dinero o la fama; o intrínsecas como el desafío personal o la expresión de uno mismo. Los creadores deben ser enérgicos, productivos y estar motivados por metas. Para Amabile (1983), la motivación intrínseca es una buena vía para la creatividad, pero la extrínseca más bien puede perjudicarla, principalmente si es algo que se le ha impuesto a una persona. Otros investigadores indican que la motivación intrínseca es muy valiosa para la creatividad ya que la persona se concentra en su labor, no porque se le ordena, sino porque realmente la desea hacer así. Sin embargo, estos investigadores indican que la motivación extrínseca puede ser una herramienta peligrosa, ya que puede limitar la creatividad.

ETAPAS DEL PROCESO CREATIVO

En todo proceso creativo subyacen las ideas como elementos motivadores. Cada forma es un símbolo, y cada símbolo es, por lo tanto, la expresión externa y visible de una realidad interna. Este concepto general es indispensable tenerlo presente para entender las etapas del proceso creativo, que han sido descritas en diferentes formas por diferentes autores.

Según Ortiz Ocaña (2005) en el proceso creativo pueden considerarse las siguientes etapas:

1. Impulso creativo. Es la primera fase del proceso y se caracteriza fundamentalmente por una sensación de desasosiego, inquietud y desorientación que sigue a un período de relativo equilibrio. Este impulso creativo se muestra como algo que quiere romper la rutina. Se concibe desde la mera predisposición personal hasta la determinación de hechos más exhaustivos, formulando y reformulando problemas en diferentes direcciones. Es un período de observación e inmersión, conciente o no, en el que se identifican situaciones problemáticas existentes en el entorno, que son interesantes y suscitan curiosidad. Así, es posible reconocer, a lo menos, dos aspectos del proceso creativo, aquello que provoca en el hombre un despertar creador que producen ideas de una fuente desconocida para él y otras que posee el mismo que dan origen a una pintura, poema, composiciones musicales, etc. Jung (1958, 1964) se refiere al impulso en general, "como algo desconocido que viene desde la región oscura de la psiquis, portando ciertos efectos que deben ser acogidos de algún modo por la conciencia". La creatividad no es una copia de algo externo, sino que es algo de nuestro interior que intenta manifestarse, aunque no se tenga certeza de lo que es, ni cómo hacerlo. El pensador creativo sondea, revisa y explora las características de tales situaciones y concentra la atención en pensar en lo que se quiere intervenir. Pero Jung, además agrega: "Nada influye tanto en nuestra conducta como las ideas intelectuales, pero cuando una idea es la expresión de una experiencia psíquica que ha dado fruto en regiones del globo separadas y sin relación histórica, como Oriente y Occidente, entonces debemos profundizar más el asunto, porque tales ideas representan parte del inconsciente colectivo, y fuerzas que están más allá de la justificación lógica y de la sanción moral, siendo más fuerte que el hombre y su cerebro".

Un cuadro "pintado" de una hermosa fotografía, logrado técnicamente, no implica necesariamente creatividad u originalidad. El Prof. Joaquín Luco mencionaba a sus alumnos, que en su experiencia, las hipótesis de trabajos más originales, le surgían durante el sueño,

y que, por tal razón, solía tener una libreta y un lápiz, en su velador, para poder anotarlos al despertar, y no olvidarlos.

El científico siempre está en busca de la belleza. No conozco definición que contradiga el carácter de genuino sentimiento estético que asombra y emociona al científico, cuando logra enfrentarse con una realidad hasta entonces no develada. Esta emoción deriva del deseo de perfección y del inconcebible orden, de cómo se enlazan los procesos, en el fragmento de realidad que se investiga.

2. Incubación. Esta etapa se caracteriza por entrar y salir del problema, por períodos de actividad y pausas de acuerdo al estado de ánimo. Se realizan anotaciones, modificaciones o conexiones inusitadas, que van puliendo los avances conceptuales, en la medida que surgen las ideas. Aun las etapas de descanso, donde no se piensa conscientemente en el problema, pueden constituir momentos significativos para la generación de ideas creativas, como suele suceder con los sueños.

3. Iluminación. Es la etapa en que se visualiza la solución del problema, generalmente en forma inesperada, donde las piezas del rompecabezas encajan, surgiendo una o varias ideas nuevas, satisfactorias y comprensibles, que sorprenden aun al propio pensador creativo.

4. Verificación y elaboración. Está asociada al proceso de comprobación, evaluación y fortalecimiento. Es la etapa en la que se confirma si la nueva idea es pertinente y original, dedicándole el tiempo y la atención requerida para llevarla a cabo. Es una etapa emocional, de gran incertidumbre, dado que la nueva idea toma su validez desde diferentes criterios del campo y la opinión del ámbito.

5. Comunicación. Esta etapa corresponde a la socialización de la nueva idea o producto creativo, mediante una sustentación clara y precisa, soportada teórica y metodológicamente, según los criterios y requisitos correspondientes a la naturaleza de la innovación. Se requiere además de un buen dominio de la comunicación oral y escrita.

6. Validación. En esta etapa se recibe una evaluación crítica de los elementos que conforman la nueva idea o producto creativo. Es por tanto importante, el análisis acucioso y crítico de los juicios valorativos recibidos, para tomar en cuenta aquellos que conlleven a ajustes y, si es el caso, a un replanteamiento definitivo.

Desde esta perspectiva, una obra de arte aparece como un camino de manifestación de lo inconsciente, contribuyendo de esta manera al desarrollo personal, apareciendo como un estudio serio de la naturaleza humana, que trasmite cuestiones fundamentales respecto a las relaciones entre el yo y el inconsciente, expresando un sentido de globalidad o totalidad con un carácter personal y universal. Según Jung (1964) "sólo en las imágenes creadas por nosotros, aparecemos nosotros. Sólo en nuestra acción creadora salimos a la luz y nos damos a conocer totalmente a nosotros mismos." "Son pocos los capaces de descender a ese subterráneo de sí-mismo con ese luminoso interior, y descubrir o visualizar lo que allí tenemos" (Ortega y Gasset).

LA OBRA DE ARTE

De lo expuesto previamente no es difícil deducir, que la definición del concepto de *obra de arte*, implica un enorme grado de complejidad y ha generado grandes controversias, ya que sin duda, las obras de arte rebasan en su concreción, aquellas categorías que en el transcurso

de la historia del arte, se han establecido para comprenderlas. Sin embargo, y estando consciente que “una definición del arte conoce perfectamente sus límites” (Eco, 1970), para los fines de este escrito podemos sintetizar que la mayoría de los intentos de definición, coinciden en proponer que en una obra de arte convergen dos elementos: materia y sentido, los que sin embargo, no se manifiestan como una dicotomía. De hecho, al apreciar una obra de arte, “parecemos olvidar que ese resultado final ha sido el fruto de una batalla con la materia, para develar lo que vive en ella” (Donoso, 2002). La materia, vehículo mediante el cual se hace visible la obra, varía de un lenguaje a otro: madera, mármol, tinta, pintura, fotografía, etc., y se ha ido modificando en el transcurso de la historia del arte. El sentido, por su parte, resulta más difícil de definir, pero podemos partir afirmando que al igual que la materia, ha ido sufriendo transformaciones según la época, los artistas o la energía de renovación personal, según la edad (Langer L. 1990). En determinados momentos han sido los movimientos religiosos los protagonistas del sentido de la obra; en otros, el rescate de lo cotidiano o las denuncias sociales, sentidos que, si bien expresan tendencias colectivas, reflejan también experiencias personales, profundamente individuales. Lo interesante es que pese a los cambios, graduales o abruptos, lo que se mantiene es la relación materia/sentido. Ante esta realidad, cabría preguntarse si sería posible la existencia, para el arte, de una materia sin sentido. La respuesta aunque obvia es claramente no; y es que la estructura de una obra de arte, vista desde esa perspectiva, corresponde también a nuestra propia estructura humana: cuerpo y psiquis. Podemos también decir que la obra de arte pertenece por igual, a los mundos consciente e inconsciente, estableciéndose una especie de relación dialogante entre ellos. Paul Klee (2000) compara el proceso de creación de una obra con el crecimiento de un árbol y su estructura: una parte visible en la que podemos distinguir un tronco, sostenedor y conductor de ramas, flores y frutos, y una parte invisible, en la que se esconden poderosas raíces. Lo invisible, que nutre lo visible. Lo inconsciente y lo consciente, actuando en estrecha colaboración.

LA OBRA DE ARTE Y LO SUEÑOS

Ya se ha mencionado alguna relación entre creatividad y los sueños, los que con el correr del tiempo, y especialmente a fines del siglo pasado, han ido tomando especial relevancia en su participación en el proceso creativo. Por esta razón, los aspectos inconscientes contenidos en una obra de arte pueden servir para establecer alguna relación entre ésta y los sueños.

En el sueño se manifiesta un pensamiento, que “haciendo caso omiso de las conexiones reales de las cosas, se ensambla en él lo más heterogéneo y un mundo de imposibilidades suplanta a la realidad” (Jung, 1981). Si desplazamos esta aproximación al terreno del arte, debemos plantearnos, primero que la obra de arte nace a partir de “un impulso hacia el orden sobrenatural” (Donoso, 2002).

El artista constantemente intenta crear mediante su obra, otra realidad, que presupone una alteridad esencial, una transformación de la realidad objetiva, y ésta se hace visible mediante un lenguaje, que al igual que el lenguaje onírico, logra conectar lo inconexo, posibilitar lo imposible, hacer visible lo invisible y constituirse en algo “definido que encierra una infinidad” (Eco, 1970). En este accionar la participación del inconsciente es relevante. Tanto el lenguaje onírico, como el lenguaje artístico y aun el científico, han de entenderse entonces como lenguaje simbólico.

Lo que llamamos símbolo es *un algo* que posee connotaciones específicas, además de su significado corriente y obvio. Representa algo vago, desconocido u oculto. El símbolo tiene un

aspecto amplio e inabarcable por lo que nunca puede ser definido con precisión o explicado completamente (Jung, 1964). La simbolización es concebida como una acción transformadora del curso natural de la energía humana. En la obra de arte, la simbolización permite que una imagen traiga consigo mucho más que lo que podemos ver a partir de su forma concreta. En una obra la forma simbólica, función simbólica y significación simbolizada, se combinan en una sola experiencia, en una percepción de la belleza y una intuición del significado" (Langer, 1966). Al igual que Jung, Fromm (1957), establece que los vínculos entre el lenguaje onírico, los ritos y el arte se establecen mediante el lenguaje simbólico que comparten.

Para Jung (1952), los artistas poseen una capacidad de captar más allá de lo que percibe la mente racional. Para él lo que reviste mayor trascendencia al momento de crear es aquello que ha sido originado más allá de la esfera de la vida personal, en la profundidad atemporal del inconsciente colectivo. Esto es lo que confiere a la obra un significado universal que la emparenta con la senda del ritual y del mito. Esta afirmación es de gran relevancia, pues implica que en la obra además de los factores y significados provenientes de la individualidad del artista, existen significados impersonales y universales. Expresado en términos de Jung, este lenguaje simbólico en los sueños se constituye como "Una serie de imágenes aparentemente contradictorias y absurdas, pero que contienen un material, que traducido arroja un sentido claro" (Jung, 1982).

En el ámbito de la obra de arte, esta contradicción y absurdo de las imágenes oníricas, es contrarrestada, en gran medida por la intervención de la conciencia que ordena y jerarquiza; sin embargo, este orden no implica un arreglo a la visualidad, lo que no resta en absoluto al simbolismo presente en la obra, planteándose así, un profundo respeto hacia el inconsciente y las manifestaciones de su contenido.

Otro aspecto mediante el cual podríamos establecer una relación de similitud entre la obra de arte y los sueños, es la necesidad de que ambos sean examinados en el contexto de una serie, ya que sólo de esta forma podremos acceder a una imagen más completa de su sentido. De manera que el significado pleno de un sueño, como el de una obra de arte, se logra la mayoría de las veces, al compararlos con los que lo preceden y los que lo siguen (Jung, 1957).

Así como se plantean similitudes entre la obra de arte y los sueños cabe, sin embargo, señalar aquí una diferencia fundamental y es que si bien el sueño, como producto de la manifestación del inconsciente, tiene valor casi exclusivamente para el soñante, la obra de arte no es una suerte de "universo puro", alejado del mundo del cual el artista participa, sino que se inserta en un contexto público, en que genera interacciones con los demás individuos. La obra tiene un valor para la humanidad y posee sentidos y significados universales.

CREATIVIDAD CIENTÍFICA Y CREATIVIDAD ARTÍSTICA

Se debate si hay verdadera creación en el quehacer científico. La idea es resistida porque se piensa que lo que el científico descubre, estaba allí creado de antemano, la naturaleza lo tiene en cierto modo oculto y por lo tanto su hallazgo corresponde a un descubrimiento, a algo que otros no habían visto.

La búsqueda científica es muy diferente a buscar algo perdido o a sacar frutos de un árbol. Un científico nunca iniciaría una investigación sin haber elaborado con su imaginación y capacidad intuitiva alguna hipótesis, o buscado apoyo en una teoría ya enunciada o en una plataforma de saberes previos que incentivan su empresa. Es un momento crucial de elabora-

ción que exige un despliegue de imaginación, ingenio y otras virtudes, que concurren en todo proceso creativo, en la edificación de algo que todavía no se ha formulado y que despierta la capacidad de asombro. La capacidad de asombro constituye uno de los dones más preciosos, propio de los humanos, que es un antídoto del hastío, sostiene la fascinación y la simpatía por las cosas y los seres humanos y al mismo tiempo templea la tenacidad que exige toda creatividad fecunda, porque enciende la llama del entusiasmo, para que éste no se extinga (Croxatto H. 2001).

El artista concibe algo que está en su imaginación; será una cosa permanente, va a pasar en el tiempo, sin modificaciones, la obra ya está hecha.

El científico busca o encuentra cómo lo concebido, no necesariamente en su imaginación; se puede materializar y algunas veces puede resultar algo diferente. Pueden ser verdaderos ladrillos que se van colocando, poco a poco en la constatación de una hipótesis de un trabajo general, en la que pueden participar numerosos investigadores.

La sociedad percibe en forma diferente ambas expresiones. La mayor receptividad que encuentran las expresiones artísticas se debe a que apelan más a lo sentidos, en tanto que las científicas lo hacen más a la razón.

La fuerza del relato del investigador aparece más válida cuanto más objetivamente es expuesta, su descripción inhibe la fantasía y los sentimientos. Su relato será preciso y hasta impersonal y su autor o creador científico hasta puede quedar en la penumbra, en los archivos de las bibliotecas o, como otras veces sucede, ser reconocido después de años por el mundo científico y la sociedad.

Por el contrario, en la obra de arte la fantasía creadora y la visión subjetiva caracterizan a la obra y su autor. Si bien la sociedad no duda que la ciencia hace cosas prodigiosas, que despiertan admiración, raramente perciben que los científicos pueden ofrecer lo que el artista proporciona, a través de la empatía y comunicación que sus vivencias estéticas pueden brindar con las asombrosas experiencias de presenciar un cuadro o una escultura.

Mientras la obra de arte es una creación acabada, habitualmente independiente de creaciones anteriores, los resultados publicados por un científico, son siempre provisorios y no pueden considerarse aparte de otros resultados, teorías o hipótesis ya expuestas, conocidas y revisadas, como una expresión única a través del tiempo.

La más exhaustiva investigación científica nunca tendrá fin y en el tiempo será inevitablemente superada, porque los científicos, sin proponérselo, llevan a cabo la tarea de levantar una sola estructura: el edificio del saber científico. Cada investigador coloca un grano de arena. Algunos pondrán una viga maestra que sostendrá una nueva teoría, en un edificio que no detiene la construcción, que la comunidad científica va teniendo del universo, almacenando el saber científico.

Sin embargo, Arte y Ciencia, comparten la tarea vital de sostener la eterna dialéctica entre el consenso y el disenso, que hacen del hombre un ser libre para pensar, analizar la realidad, la verdad, la belleza y sentir plenitud en el bien prodigado. "Arte y Ciencia contribuyen a que no se pierda la dimensión de lo universal y ambas concurren para enriquecer la serena alegría de aceptar que los seres humanos son las criaturas preferidas del Padre de toda Creación (Croxatto 2001)". ■

LECTURAS RECOMENDADAS

- Amabile A. The social psychology of creativity. N.Y. Hard Court Brace. 1983.
- Bailey A. La creatividad según Jung. Rev. Alcione. N° 1.
- Barraza V. El yo y el inconsciente en el proceso de creación artística. Seminario Post-Título Psicología Analítica. Universidad A.Ibáñez. Facultad de Psicología. 2003.
- Campirán Salazar A.F. Pensamiento Creativo. Taller de Didáctica de la Lógica. Video-conferencia Interactiva. Universidad Veracruzana. Mexico. 1999.
- Campos G. ¿Qué papel juega el azar en el acto creativo? Curso El azar y sus modelos. Facultad de Matemáticas. Universidad Católica de Chile. 2001.
- Croxatto H. El arte de explorar la ciencia. Explora. 2001.
- Donoso J. Teología para las artes. Teología y Vida. Santiago. 2002.
- Eco U. La definición del Arte. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1970.
- Fernández H. J. Didáctica. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid. España. 1982.
- Gilford J P. La creatividad. Pasado, presente y futuro. Ed. Paidós. Barcelona. 1971.
- Guzmán Díaz R. La teoría del conocimiento como ciencia empírica.
- Piaget y Rosenblueth. Elementos N° 59, Vol 12. 2005.
- Jung C.G. Psiche and Symbol. N.Y. Anchor Books. 1958.
- Jung C.G. En la dinámica de lo inconsciente. La función trascendente. Trotta Vol. 8 1964.
- Jung C.G. El hombre y sus símbolos. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona 1965.
- Jung C.G. Recuerdos, sueños, pensamientos. Edit. Seix Barral. Barcelona. 1981.
- Kluger P. Raids on the unthinkable. Spring Journal Inc. New Orleans. Luisiana. 2005.
- Langer E. J. Envejecer con un estado mental alerta. En La mente creativa. Perspectivas sobre el envejecimiento, la memoria y la salud. Paidós. Barcelona 1990.
- Lavados J. Variables neurobiológicas y educación en el desarrollo de la creatividad. Monografías.com 1989.
- Maslow A.H. La personalidad creadora. 7ª Ed. Cairos. Barcelona. 2000.
- Monreal C. ¿Qué es la creatividad? Madrid. Editorial Biblioteca Nueva 2001.
- Ortiz Ocaña A.L. ¿Quién ha matado mi creatividad pedagógica? Centro de Estudios Pedagógicos y Didácticos CEPEDID. Barranquilla. Colombia. 2005.
- Partsch S. Klee P. Taschen. 2000.
- Penagos J.C. El origen de la creatividad, calidad y excelencia. Universidad de las Américas. Puebla. Cholula. 1997.
- Romo M. Psicología de la creatividad. Paidós. Barcelona. 1997.
- Rogers C. Libertad y creatividad en la educación. Edit. Paidós, Buenos Aires. Argentina, 1987.
- Sperry R.W. Hemispheric connection and unity in conscious awareness. 1968.
- Sternberg R.J. The matrix of creative. Cambridge. University Press. U.S.A. 1988.
- Schultz M. La cuerda floja. Buenos Aires. Ed. Hachette. 1990.
- Torrance P. La enseñanza creativa. Santillana. Madrid. 1976.
- Wallas G. The art of thought. 1926.

COMENTARIOS

Ac. Mons. Bernardino Piñera. Al oír esta interesante charla, recordé algo que ocurrió en Chile hace algunos años. Una joven actriz, Patricia Rivadeneira, creó un evento en el cual hizo poner una cruz muy alta y ella estaba al pie de la cruz muy ligeramente vestida pero envuelta en la bandera chilena y unos niños como de 5 años, bailaban una ronda en torno de la cruz llevando en la mano un condón. Entonces aparecieron las protestas de varias partes: los

militares protestaron por el abuso de la bandera como símbolo de la patria; los creyentes reclamaron el uso de la cruz símbolo del cristianismo; muchos moralistas reclamaron de conectar niños con el condón como introducirlos antes de tiempo en la vida sexual y bajo un aspecto discutido, también reclamaron por la vestimenta que tenía. Ella se defendió por la prensa diciendo que el público chileno no entendía la creatividad. Entonces un señor mandó una carta a El Mercurio en que decía: creyente es el que cree, creador es el que crea, y creativo es el que cree que crea. Algo que no vi muy claro en esto de la diferencia entre creativo y creador porque aquí son creativos el uno y el otro, el científico y el artista. Es un poco la diferencia que se hace entre inventar y descubrir. Por ejemplo, Cristóbal Colón descubre América pero América existía antes que él y siguió existiendo igual independiente de la llegada de Colón; en cambio el que inventó la máquina de coser es algo nuevo, no existía. No sé si la diferencia entre ser creativo y ser creador figura en esta charla.

Ac. Valdivieso. Felicito al Dr. Beas por esta interesante charla. Quisiera comentar que si ordenamos algo en paralelo, partimos del supuesto que lo que está a la derecha no se puede mezclar con lo que está a la izquierda, son distintas; me parece a mí que eso peca de cierta ingenuidad. Hay un punto que me interesa que el Dr. Beas comente y es la ausencia de sensibilidad o de emociones en la creación científica, porque me parece que eso no es así, que en cada una de las etapas de la creación científica y que el Dr. Beas describió, el investigador está fuertemente comprometido del punto de vista emocional. Es más, ojalá que no sólo él esté emocionalmente comprometido, sino que lo esté todo su equipo. Si algo resulta verdaderamente creativo y que cambia un paradigma por ejemplo, que todo el grupo manifieste su júbilo o alegría por ese descubrimiento. De modo que ahí tenemos una discrepancia que quería señalar. Hay otro pensamiento respecto de esto que es mucho más pedestre y que se refiere a la posibilidad de ejercer la creatividad en un medio cultural como el nuestro, por lo que me gustaría que el Dr. Beas hiciera una reflexión acerca de si es posible la creatividad cuando el tiempo que se le puede dedicar está seriamente constreñido por otras razones.

Ac. Beas (Relator). En relación al comentario del Dr. Valdivieso estoy muy de acuerdo con lo que él señala. Cada uno de esos ítems cuando lo contraponemos entre artístico y científico se superponen, un poco más un poco menos. He hecho por 40 años investigación científica y por 20 años he pintado, he hecho las dos cosas al mismo tiempo, pero la verdad es que cuando uno pinta un cuadro uno está absolutamente comprometido, es algo muy fuerte cuando no copia, por eso es muy difícil hacer la diferencia.

Ac. Las Heras. Agradezco al Dr. Beas esta charla que nos dio con una visión muy personal de un tema tan complicado como la creatividad. Sin embargo, haciendo un poco de contrapunto a lo que dijo el Dr. Valdivieso, en el esquema que él planteó de la columna de los artistas, esto es que las acciones de los artistas son más bien emotivas, son intuitivas e impulsivas; no creo que sea tan así. Si uno se imagina que la capilla Sixtina fue un acto impulsivo está tremendamente equivocado. Los pintores clásicos, incluso los modernos, son absolutamente planificadores. Los cuadros de los pintores profesionales tienen una dimensión de planificación increíble porque se hacen croquis previos, se realiza todo un trabajo hasta llegar a la obra final. Es cierto lo que dice el Dr. Beas, los que somos pintores de fin de semana, en los que me incluyo, somos un poquito más impulsivos, más intuitivos en esto porque disfrutamos un poco más de la pintura y no es parte de nuestra tarea principal, porque lo hacemos como algo complementario. En ese sentido habría que pensar que la pintura es un acto profesional y muy planificado para aquellos que se dedican completamente a ella.

Este tema de la creatividad como que ha ido perdiendo o no está muy de moda en estos momentos y ha sido reemplazada por innovación. Hoy día todo el mundo habla de innovación y la verdad es que uno piensa en innovación o creatividad y uno se da cuenta que estamos hablando de lo mismo, sobre todo en el área científica un innovador es alguien que crea, alguien que realmente parte de los mismos preceptos escribió el Dr. Beas en esa columna sobre la creatividad. Creo que estos términos tienen también que ver con la moda de los tiempos y probablemente en un tiempo cercano nadie más va a hablar de creatividad y creativos sino que se va a hablar de innovación e innovadores.

Ac. Cassorla. Le agradezco al Dr. Beas que nos estimule a pensar en un área que habitualmente no estamos tan involucrados. Quisiera hacer una reflexión sobre lo que es la influencia de la sociedad sobre la creatividad y la innovación. Yo no he sido artista pero sí he sido investigador clínico y me ha tocado trabajar en dos países muy distintos y he notado la poderosa influencia que tienen otras sociedades sobre la creatividad, desde la más temprana educación de los niños. Es decir, mi educación en Chile que la considero razonablemente buena, fue una educación poco creativa en lo que yo recuerdo, quizás las décadas en que yo me eduqué era así, pero debo decir que llegando a una sociedad distinta en que me llamó enormemente la atención la creatividad de la gente en la forma en que encaraba cualquier problema que a mí se me hacía un poco más difícil. Después de muchos años y un largo y tortuoso camino empecé a entender que ésta era gente que había sido educada en un sistema distinto, en el cual el cuestionamiento a los paradigmas imperantes era norma de todos los días. Los niños se educaban en colegios en los que la misma ubicación de los asientos no era mirando al profesor sino que era circular. Es decir que los niños desde su más temprana edad en colegios buenos norteamericanos, estaban sometidos a un bombardeo constante de cuestionar el dogma y aquellas cosas que merecían ser cuestionadas. Creo que, tomando lo que dijo el Dr. Las Heras, ahí había una especie de misión país, en el sentido que si queremos realmente innovar o crear, ya sea en tecnología, en ciencia, en arte, etc. -que es lo que tenemos que hacer para pasar de ser un país productor de materias primas a una cosa distinta- es muy importante que el niño desde temprana edad desarrolle el hábito cuestionador y de mirar las cosas un poco de cero. Uno se pregunta cómo una persona como Bill Gates se jubila a los 52 años y esto partió de un garage con este hombre pensando que había que hacer un software, dónde está el Bill Gates chileno y en eso tenemos un problema que no tiene que ver tanto con las dimensiones de una economía versus las dimensiones de otras que son muy distintas, sino cómo ese niño a temprana edad fue cuestionando y diciendo yo me voy a arreglar para encontrar un camino distinto. Algo que en Chile es poco frecuente, creo que ahí hay una misión país, que es muy importante en el sentido de que esto no es una especie de anécdota sino que es fundamental para lograr el salto cualitativo que todos esperamos de este país. Eso está dado por la forma en cómo los niños son educados, cómo miran y son capaces de ir encontrando soluciones paso a paso, sea en aquello que le atrae del punto de vista artístico, científico o tecnológico; algo que yo como persona empecé a entender cuando ya era un hombre maduro, después de varios años de cabecerme en un país extranjero, en el que no podía entender cómo la gente era capaz de desmenuzar las cosas de una forma que a mí me parecía muy foránea y muy difícil. Sería muy bueno que los niños en Chile fueran capaces de hacerlo a una temprana edad para lograr los objetivos que nos estamos planteando.

Ac. Arteaga. Encontré muy interesante la exposición del Dr. Beas y me alegro mucho de participar de las actividades de esta Academia. Una cosa me llama la atención porque él separó muy bien la creación artística de la científica. La creación científica, que es racional, es muy optimista decir que esté al alcance de todos, pero la creación artística requiere de una

base estructural de la persona. Por qué digo esto; soy un gran amante de la música pero lo único que puedo tocar es el timbre de mi casa, pero hay personas que son extraordinariamente creativas e interpretativas, siempre he pensado por qué se da esto, porque por otro lado yo puedo reconocer cualquier melodía, me gano todas las veces el concurso de la Andrés Bello, pero no puedo interpretar nada. Siempre me ha entusiasmado mucho leer el Science que me llega todas las semanas y hace poco señaló que los creadores artísticos tenían un área cerebral extraordinariamente activada y los receptores tenían otra área, que en general no se conectaban. Era habitual que a los creadores musicales no les gustara la música de los demás y los creadores pictóricos, no les interesara tampoco la pintura de los demás, no había capacidad de apreciación; yo me quedé tranquilo con esa explicación, dije sólo toco el timbre pero tengo una capacidad de escuchar. Estoy de acuerdo en la creatividad científica racional y soy optimista porque creo que está al alcance de muchos, en cambio la creación artística con cierta genialidad no está al alcance de todos.

Ac. Vargas. En primer lugar agradecer que se haya traído un tema así a la Academia porque no hay muchas oportunidades de conversar sobre esto. Quería reflexionar en la igualdad o desigualdad entre crear e investigar; la creación es algo de muy alta exigencia. Creo que cuando se dice que cualquiera puede crear o investigar no lo acepto. Cuando me ha tocado trabajar en el grupo de investigación son muy pocos los creadores, los que tienen ideas originales. Hay algunos que son muy estudiosos y que presentan muy bien sus ideas pero todo está prestado o sacado de los libros o de publicaciones. Es muy diferente cuando las ideas han salido directamente del cerebro, por lo que hay que tener cuidado en la amplitud de la definición, pero es realmente una de las funciones más difíciles. Me he dedicado a la investigación científica y cada vez que me han nombrado Decano queda parado todo, no se puede, es algo que uno tiene que estar pensando día y noche, es algo muy particular. Creo que es conveniente pensar sobre eso.

Ac. Armas. Quería consultar al Dr. Beas si en la revisión del tema se metió en el área de la relación entre creatividad y locura. Cuando uno ve un cuadro de Turner con cielo y mares amarillos, ahí hay una cuota de locura, también a la persona que se le ocurrió pintar a Simón Bolívar con mamas tuvo una cuota de locura. Conozco a gente que tiene hermanos o hijos esquizofrénicos y que tienen una creatividad tremenda y que uno se pregunta si ellos no tendrán también algo de la enfermedad.

Ac. Beas (Relator). Hay varios trabajos, pero ninguno de ellos precisa límites, hay situaciones al borde de locura y situaciones de artistas que no son locuras. Por ejemplo Van Gogh no vendió ningún cuadro hasta que se murió, claro que uno encontraba que era una locura a lo mejor, pero también hay una cosa ahí del tiempo que ciertos individuos que tienen capacidad de ver en el futuro lo que nosotros no somos capaces. De esos existen varios autores. Cuidado con catalogar de locura lo que después va a ser una obra de arte. En términos generales me alegro de que se haya suscitado esta discusión, porque ese era mi objetivo, no precisar definiciones porque nadie puede precisar definiciones, pero el hecho de que cada uno de ustedes haya querido manifestar y opinar, eso es lo importante.

Ac. Goic (Presidente). Dr. Beas, le reiteramos nuestros agradecimientos por su charla que ha suscitado comentarios de tanta variedad e interés. Quería brevemente agregar lo siguiente: durante varios años me tocó asistir a la Comisión Central de Evaluación Académica de la Universidad de Chile para presentar y defender los candidatos que nosotros llevamos para acceder a la jerarquía de profesor Asociado o Titular de la Facultad de Medicina. Uno presentaba a los candidatos, habitualmente con Currículos muy completos en todas las áreas

de las actividades universitarias; el presidente de la comisión solía preguntar cuál es la creatividad de este académico y mi respuesta era: es muy difícil definir la creatividad y creo que los únicos seres realmente creativos son los poetas. En los poetas hay imaginación, hay expresión de ideas en palabras generalmente bellas, hay no sólo rima sino que también ritmo en lo que escriben y muchas veces se adelantan a cosas que van a ocurrir en el futuro; tienen una percepción muy particular y una sensibilidad muy especial para ver todos los fenómenos de la existencia humana. Muchas gracias Dr. Beas.

POSTMODERNISMO, CIENCIA Y MEDICINA¹

DR. JOSÉ A. RODRÍGUEZ P.
Académico de Número

INTRODUCCIÓN

En la historia a menudo sobrevienen nuevas formas de pensar que empiezan como locura de unos pocos, para luego desbordar sus cauces e inundar la filosofía, las artes, las ciencias y hasta el pensar inconsciente del hombre de la calle.

El postmodernismo es una de estas corrientes de pensamiento que ayuda a explicar algunos de los cambios que vivimos hoy. En esta exposición trataré de mostrar sucintamente de qué se trata este fenómeno y cómo se ha expresado en diversas actividades humanas.

El postmodernismo puede entenderse como una reacción al modernismo. Si bien el modernismo es un término ambiguo ya que son variadas y múltiples las actividades que han adoptado este nombre, para estos efectos me referiré al modernismo como una forma de pensar surgida desde el renacimiento, que pone al hombre como centro y desarrolla una visión mecanicista del universo y que desde esta perspectiva impulsa el arte, la filosofía y las ciencias. Es un fenómeno inicialmente europeo pero que en todos los aspectos, se ha convertido en la base de la cultura occidental.

Sería muy largo entrar en mayores detalles sobre el modernismo, pero en muy apretada e incompleta síntesis, podríamos decir que una de sus características es la creencia en la existencia de la verdad y en la posibilidad de alcanzarla con objetividad a través de métodos rigurosos y reproducibles. Se afirma en el principio de causalidad y en la búsqueda de la objetividad, de la evidencia.

En palabras de autores británicos, es una búsqueda de la certeza y de la verdad subyacente y unificadora, una búsqueda del discurso definitivo que haga al ser humano y al mundo coherentes, significativos y modificables¹.

El modernismo busca capturar, definir, entender y controlar el conocimiento que, en su concepto, se desarrolla en forma rectilínea hacia un progreso cada vez mayor.

Más tarde, el advenimiento de la Ilustración aportó un gran optimismo en el poder de la razón y un empeño en reorganizar a fondo la sociedad a base de principios racionales.

La Ilustración veía en el conocimiento de las ciencias de la naturaleza y en su dominio efectivo la tarea fundamental del hombre. No consideraba al pasado como una forma necesaria en la evolución de la Humanidad, por lo que se abrió a la crítica de todo lo conocido, pero a una crítica racional, basada en criterios racionales. De aquí la importancia asignada a la experimentación –recuérdese a Claude Bernard en fisiología, a Mendeleiev en química y a muchos otros en física, biología y en todas las ciencias, y al positivismo racionalista de Augusto Comte.

1 Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 6 de agosto, 2008.

Sin poder entrar en más detalles, diré que hacia mediados del siglo XIX existía un modo de pensar en la cultura occidental, con una metodología para conocer basada en la razón y abierta a la crítica, que producían un *corpus* de conocimiento siempre en expansión y apuntando a un progreso cada vez mayor para la humanidad.

Sin embargo, ya por entonces se venía gestando una reacción contra esta mentalidad racional y objetivista. Sigmund Freud proclamó que el hombre es fundamentalmente irracional y se mueve por sus instintos, el subconsciente y el juego entre el id, el yo y el súper yo. Empezó así un distanciamiento de las estrictas reglas de la razón y un acercamiento a la psiquis y a lo subjetivo. Los artistas, siempre más perceptivos, rompieron ataduras con el arte clásico y dejaron de representar una realidad objetiva para mostrar la realidad como ellos la veían, en forma subjetiva.

Algo similar o más acentuado ocurrió con Salvador Dalí y en literatura con autores como James Joyce, William Faulkner o Virginia Woolf, y en menor escala con nuestro Vicente Huidobro.

Algunos dan el nombre de modernismo a esta serie de movimientos reformistas en el terreno del arte, la arquitectura, la música y la literatura que se dieron antes de la primera guerra mundial. Esta corriente de pensamiento reafirma la capacidad del ser humano para crear, mejorar y redefinir su entorno con la ayuda del conocimiento científico y la tecnología. Este modernismo propicia la revisión de todos los campos de la existencia, para identificar lo que está retrasando o entorpeciendo el progreso y reemplazarlo por nuevas y mejores formas de alcanzar los mismos fines. Este movimiento llamado modernista sostenía que las nuevas realidades de la era industrial y mecanizada debían hacer que la gente cambiara su concepción del mundo y aceptara que lo nuevo era igual a lo bueno, lo bello y lo verdadero.

Las catástrofes de la segunda guerra mundial echaron por tierra estas ideas de innovación e hicieron cundir un desencanto generalizado que empezó a manifestarse en toda la cultura, movimiento que se ha denominado postmodernismo.

El postmodernismo debe verse como un rechazo de muchas, si no casi todas, las certezas culturales sobre las cuales se ha estructurado la vida en el Occidente en el último par de siglos. Ha cuestionado nuestro compromiso tanto con el "progreso" cultural (que las economías nacionales deben continuar creciendo, que la calidad de vida debe seguir mejorando indefinidamente, etc.) como con los sistemas políticos que han apoyado esta creencia. Los postmodernistas hablan del "Proyecto Ilustración", para referirse a la ideología humanista liberal que ha llegado a dominar la cultura occidental desde el siglo XVIII: una ideología que se ha esforzado por conseguir la emancipación de la humanidad de la indigencia económica y de la opresión política.

En la visión de los postmodernistas, este proyecto ha llegado a oprimir a la humanidad, y a forzarla a un cierto tipo de maneras de pensar y de actuar que no siempre han ido en su beneficio. Por lo tanto debe ser resistido, y los postmodernistas son críticos de las teorías universalizantes que llaman "grandes narrativas" o "metanarrativas", como también son antiautoritarios en sus perspectivas. Ir de lo moderno a lo postmoderno es abrazar el escepticismo sobre lo que nuestra cultura representa y defiende.

La posición anti-moderna del postmodernismo implica un rechazo radical de la creencia en la supremacía de la razón, del concepto de verdad, de la idea de que el hombre es perfectible y de que se puede crear un mundo mejor. Elimina los ingredientes hasta ahora considerados necesarios en una cosmovisión, como Dios, significado, propósito, mundo real, y verdad.

En su visión, la cultura dominante modernista es occidental, capitalista, burguesa, racista y machista. Para el postmodernismo, todas estas características deben ser destruidas.

POSTMODERNISMO Y FILOSOFÍA

En su libro “La Condición Postmoderna: Un informe sobre el Conocimiento” (2) el filósofo francés Jean-François Lyotard postula que debemos rechazar las “grandes narrativas” o teorías universales de la cultura occidental porque hoy han perdido toda su credibilidad. Ya no tiene objeto, por ejemplo, ocuparse del marxismo; más bien debemos ignorarlo por irrelevante para nuestras vidas.

Una de las mejores maneras de describir el postmodernismo es como una forma de escepticismo –escepticismo sobre la autoridad, sobre la sabiduría recibida, sobre las normas culturales y políticas.

Otra característica del postmodernismo es su sesgo anti-fundacional, es decir, es una forma negativa de filosofía que sale a destruir otras teorías filosóficas que alegan estar en posesión de la verdad última, o de criterios que valen para determinar lo que vale como la verdad última. En esto ha recibido una innegable influencia de Nietzsche.

Una tercera característica es su disgusto casi reflejo por la autoridad, un desprecio por la autoridad en todas sus manifestaciones.

Entre los autores postmodernos que tienen relevancia para la medicina hay que citar a Michel Foucault. Siguiendo a Jacques Derrida y a su énfasis en lo que los esquemas dejan afuera, lo que es diferente, Foucault hace hincapié en lo que es diferente. Pone especial interés en los grupos marginales cuyas diferencias los mantienen excluidos del poder político; grupos como los enfermos mentales, los prisioneros y los homosexuales. La cultura moderna ha marginalizado, incluso ha demonizado la diferencia, lo que es diferente, y critica que estos grupos se hayan confinado a instituciones como manicomios, prisiones u hospitales. Para Foucault estas instituciones son manifestaciones del poder político, y de la forma en que una facción dominante de la sociedad puede imponer su voluntad a otras.

Para demostrar cómo la diferencia sexual ha sido demonizada en la sociedad moderna, Foucault se remitió a los tiempos clásicos en su estudio de tres volúmenes *La Historia de la Sexualidad* (3) para investigar cómo funcionaba la homosexualidad en la cultura griega y romana. En palabras de Foucault, la sociedad griega tenía un discurso diferente sobre la sexualidad, en la cual no se privilegiaba alguna práctica sobre otra, sino que la homosexualidad y la heterosexualidad florecían una junto a la otra. Foucault contrastaba desfavorablemente esto con los tiempos modernos, en que la heterosexualidad se volvió una norma según la cual toda otra forma de expresión sexual fue considerada una desviación. Esta insistencia en la norma a expensas de lo diferente es todo parte del autoritarismo que pensadores como Foucault asocian con la cultura moderna.

Otros autores postmodernos como Gilles Deleuze y Félix Guattari, en su libro *Anti-Edipo* (4) atacan también al autoritarismo; en este caso, al autoritarismo escondido dentro de la teoría psicoanalítica, la cual, a través del mecanismo de teorías como el complejo de Edipo, busca controlar la libre expresión del deseo humano. Para estos autores los individuos son “máquinas deseantes” que carecen del sentido de unidad que generalmente asociamos con la identidad individual, pero que encuentran la oportunidad de expresar cómo su deseo es

reprimido por las autoridades socio-políticas (siendo el fascismo el más poderoso ejemplo de cómo funciona el proceso). El psicoanálisis se convierte para ellos en un símbolo de cómo se suprime el deseo, y en oposición a él ellos ponen el “esquizoanálisis”, basado en la experiencia de los esquizofrénicos –los cuales en su esquema devienen en una forma de modelo ideal del comportamiento humano.

El feminismo de la diferencia también se puede incluir bajo el título de postmodernismo, en cuanto cuestiona la supuesta rigidez de las categorías de género. El argumento es que la identidad de género, particularmente el femenino, no es fija, sino que es un proceso fluido que no puede ser reducido a ninguna esencia o norma de conducta (en este caso una norma de conducta derivada patriarcalmente). Los postmodernos niegan que existan características específicamente masculinas o femeninas y que el afirmar que existen ha llevado a crear estereotipos de género a los cuales nuestra sociedad todavía adhiere mayoritariamente y usa como base para la represión de las mujeres.

POSTMODERNISMO, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

A primera vista pareciera que el terreno menos adecuado para las teorías postmodernas sería la ciencia, ya que sus grandes narrativas no provienen de construcciones intelectuales sino de la naturaleza misma. Resulta difícil concebir los fenómenos físicos o biológicos como discursos autocontenidos.

Sin embargo, una gran parte de la ciencia se encuentra bajo el influjo del cuestionamiento postmoderno.

Hay cuatro aspectos de la ciencia en particular que han sido identificados para la interrogación postmoderna: primero, el estudio de la ciencia como un fenómeno postmoderno; segundo, cómo el postmodernismo y la ciencia son manejados dentro de la comunidad científica; tercero, las teorías de la ciencia postmoderna misma y finalmente la tecnología, de la cual la ciencia moderna se ha hecho completamente dependiente. Para las líneas que siguen me basaré en un análisis de Ian Hamilton Grant. (5)

ESTUDIO DE LA CIENCIA COMO FENÓMENO POSTMODERNO

Desde *La Estructura de las Revoluciones Científicas* de Thomas Kuhn (6), el mundo de las ciencias naturales se ha abierto a ser estudiado a través de los lentes de las ciencias sociales.

La ciencia no ha avanzado en forma lineal y progresiva acumulando conocimientos, sino que más bien como una serie discontinua de quiebres y rupturas con el conocimiento pasado, dice Kuhn. No es por tanto “una búsqueda desinteresada de hechos”, sino que las agendas científicas se han fijado tanto por peleas entre académicos, presiones de financiamiento o de pares como por problemas teóricos o resultados experimentales. La ciencia puede o no haber sido el estudio de la naturaleza, pero ahora se ha convertido en una cultura digna de ser estudiada como cualquier otra.

El retrato que hace Kuhn de la ciencia como cultura no ha estado exento de críticas. Muchos científicos se han sentido ofendidos y se han aliado con filósofos para destruir sus tesis. Algunos han objetado las implicancias culturalistas de las ideas de Kuhn, insistiendo en que no porque la ciencia inevitablemente deba ejercerse dentro de una cultura se pueda decir que

eso sea todo respecto a ella. Además de esta dimensión cultural, está el peliagudo problema de la naturaleza misma, a la cual la ciencia había dedicado tan exitosamente su productiva carrera. Si bien para alguien que elucubra desde su escritorio la ciencia puede parecer Kuhniana, para los que trabajan en el laboratorio la ciencia ofrece una experiencia muy diferente. La ciencia podría, por lo tanto, estudiarse como cultura, pero continuaría estudiando la naturaleza, a pesar de todo. De estas discusiones en la academia anglo-americana emergió la disciplina que llegó a llamarse “estudios de la ciencia”. En el Reino Unido, por ejemplo, se formaron grupos dedicados al estudio sociológico de la ciencia en las Universidades de Edinburgo y Bath, a la vez que a mediados de los '70 se empezó a publicar la revista *Radical Science*. Estos grupos tendían a examinar la historia y la sociología de programas científicos y tecnológicos específicos, tales como el desarrollo de sistemas de guía de misiles, o la política de medición del coeficiente intelectual, preguntando sobre el financiamiento, ideología, y política del conocimiento científico. Al disfrutar el conocimiento científico de un alto *status*, y ser los estudios de la ciencia ampliamente marxistas en su orientación, empezó a ponerse énfasis en el papel jugado por la ciencia en la construcción social de cuestiones más amplias. Por ejemplo, como tal vez es difícil ver que “la vida” a la manera en que la estudian los bioquímicos tenga muchas consecuencias sociales, asuntos acerca del aborto sí apelan permanentemente a “hechos” científicos sobre la edad a la que un feto puede ser considerado un ser independiente, definiendo efectivamente el campo en que estos asuntos se debaten y el rol de los debatientes dentro de él. No sólo tiene la ciencia “terminada” – la ciencia como un corpus de hechos o realidades– enormes implicancias sociales, sino que también las tiene la ciencia en acción, que lleva a los sociólogos de la ciencia a considerar la “vida de laboratorio” (¿qué hacen en realidad los científicos?) como centrada alrededor tanto de la construcción práctica (¿qué grupos, en qué circunstancias, y por qué medios, hicieron qué descubrimiento?) como ideológica de los hechos. (¿Cómo están los puestos de clase y de género implicados en la práctica científica?, ¿qué papel juega la ciencia en la construcción de culturas?) Si la primera respuesta a Kuhn había sido “naturalizar” la ciencia, la segunda se concentró en la ciencia como un poder “socializado”, y se dedicó a revelar sus sesgos de clase y de género.

Los estudios feministas de la ciencia, de hecho, han arrojado algunos de los trabajos más pertinentes de la ciencia y tecnología desde la perspectiva del postmodernismo. La medicalización del parto, por ejemplo, provee un temprano ejemplo del modo en que la ciencia médica (obstetricia) y la tecnología de hospital (cama, pierneras, forceps) posicionan a la mujer en el parto como un cuerpo pasivo sobre el cual actúa la medicina. El parto no es más, por lo tanto, un acto exclusivamente femenino; la mujer requiere intervención médica para dar a luz un niño y debe así someterse a un régimen médico que actúa como la parte dominante o activa en el acto de dar a luz. Asuntos como la composición por género (¿cuántos médicos son mujeres?) y la distribución (¿por qué hay pocos enfermeros hombres?) del personal sanitario terminan en complicidad entre las representaciones de la mujer que tienen la medicina y la sociedad: la mujer es pasiva, mientras que la ciencia y el hombre son activos, aun en el parto. El estudio de estas situaciones es por lo tanto crucial para entender las relaciones entre la ciencia y los conceptos sociales dominantes de la femineidad y de los roles sociales de la mujer.

Estas preocupaciones finalmente condujeron a la pregunta “¿La ciencia de quién, el conocimiento de quién?”. ¿Y si la ciencia no fuera sólo estadísticamente masculina (según la proporción de hombres y mujeres que trabajan en ella) sino que también epistemológicamente masculina: ¿es que el modo en que se produce el conocimiento científico refleja, lejos de las verdades universales de la naturaleza, meramente los resultados de una experiencia parcial, histórica y culturalmente masculina?

Los discursos que entregaron a la ciencia su poder y prestigio debían ser cuestionados también a nivel del discurso mismo. No sólo debía el discurso científico ser deconstruido para revelar sus inconsistencias internas, sino que podían producirse también otros discursos en los cuales este cuestionamiento pudiera montarse más poderosamente.

Donna Haraway postuló que la mitología era un componente principal de la verdadera situación de la ciencia, y que la ciencia ficción constituía un recurso central para su expansión.

De este modo, siempre los objetos pasivos, es decir, los animales, las máquinas y las mujeres, basados o no en mitos, forman una red inestable de alianzas entre actores humanos y no humanos que se hibridizan frente a los sujetos científicos activos.

De acuerdo a ello, de los fenómenos sociales y naturales encasillados por la mitología científica ella produce un “cyborg”, un híbrido de máquina y organismo, creando una mitología cibernética donde las mujeres y las máquinas –ambas oprimidas– se fusionan, feminizando el ideal cibernético desde dentro de los discursos mismos de la ciencia (7).

Dejando de lado las mezclas extrañas y las afinidades culturales, parecería que el cyborg queda sólo como una imagen. Como actor no humano, sin embargo, un cyborg no puede ser reducido a una mera imagen; la ciencia y la tecnología, de hecho, están aumentando cada vez más los no humanos naturales con tonos artificiales: nanomáquinas, robots, clones.

Es importante entonces para los científicos postmodernos considerar a los “híbridos” como el punto de conexión entre asuntos científicos, culturales y políticos, desvinculando la realidad del discurso. El híbrido y la red de la cual él es un nodo se han convertido en el medio conceptual crucial para organizar los estudios de la ciencia en la postmodernidad. Más que “o narración o naturaleza; o real o simulado” los estudios postmodernos de la ciencia están dedicados a enfatizar una aproximación “híbrida” e inclusiva a las redes de hechos, problemas, invenciones, tecnologías, ficciones, simulaciones e ideas que con más propiedad caracterizan el rol social de la ciencia. El sesgo “naturalizante” de los estudios anteriores de la ciencia, así como el sesgo “narrativizante” de las aproximaciones deconstructivistas más recientes, presentan imágenes malas y unidimensionales de la ciencia. El cyborg, por lo tanto, combina la “naturaleza-cultura” de un mundo críticamente sofisticado desde un punto de vista científico y tecnológico, con el surgimiento de “actores no humanos” en él.

Los conceptos de lo híbrido y de la red se prestan a la imaginación postmoderna porque las entidades híbridas están formando un elemento cada vez mayor de la vida contemporánea, tanto en el sentido físico como cultural. El genoma humano (en parte programa computacional, en parte catálogo químico) y las tecnologías de clonación; especies de plantas e insectos modificados genéticamente; el surgimiento de la socio-biología y de la psicología evolucionaria; todo el continuo de las ecologías modificadas, que van desde el calentamiento global y disminución de la biodiversidad en la tierra a la ingeniería de las atmósferas de planetas actualmente inhabitables; microchips paliativos para las discapacidades fisiológicas y la reingeniería y patentes de formas orgánicas como entidades comerciales: la historia nunca ha sido testigo de tales hibridizaciones como se reportan hoy diariamente. Tal como la mutabilidad de los cuerpos ha eliminado *físicamente* la idea de las esencias biológicas, así culturalmente sin identidades nucleares o esencias que sostengan “el yo”, para los postmodernos nosotros somos híbridos de influencias culturales, raciales e identidades sexuales, de historias tanto reales (por ejemplo, mis recuerdos) como artificiales (por ejemplo, mis recuerdos de tal película).

Vemos entonces que con facilidad los estudios de la ciencia se pueden hacer postmodernos al permitir esta hibridización entre ciencia-cultura-ficción. Pero sigue siendo dudoso hasta dónde la ciencia misma pueda ser considerada como postmoderna (6).

Dos ejemplos de científicos que pueden considerarse postmodernos en el sentido de que exaltan la “no-linearidad” son los casos de René Thom y Benoît Mandelbrot.

René Thom, un matemático francés autor de la teoría de las catástrofes, nacido en 1923, desafió en su propio terreno a físicos y biólogos, a economistas y lingüistas, proponiendo, con su célebre “teoría de las catástrofes”, una nueva manera de considerar todas las transformaciones que se producen de un modo brusco, imprevisto, dramático, aplicando la topología. Un edificio que en un momento está estático y en otro se cae, una gota que colma el vaso haciendo que se vierta agua, o un repentino movimiento de la tierra en un terremoto son ejemplos de procesos discontinuos que generan cambios de estados que no son lineales y se explican mediante la teoría de las catástrofes.

Estas propuestas se conectan en el sentido de considerar que el universo es la expansión de un punto original que ha dado lugar al desarrollo de tiempo, espacios y coordenadas. Esta expansión es explosiva y todo reventará alguna vez. Entre tanto, es posible lanzarse a calcular qué día y a qué hora empezó la cosa, o sea, fijar la primordial discontinuidad entre el momento cero en que no existía nada y el momento primero de la expansión universal.

La teoría de las catástrofes de Thom representó a su vez, un vigoroso intento de integrar el desorden del cambio y la ruptura en el orden.

La necesidad de la teoría de catástrofes de dar explicación y razón de las discontinuidades, provenía de la experiencia de las discontinuidades en el comportamiento y evolución de los sistemas vivos. La teoría de catástrofes es una teoría eminentemente cualitativa, que sólo pretende obtener un orden de comprensión en el desorden de la discontinuidad.

En esta misma línea de ambivalencia con relación al determinismo está la teoría de los objetos fractales de Benoît Mandelbrot, que pretende construir una geometría de la discontinuidad y las turbulencias, una morfología del caos.

Los fractales de Mandelbrot se han convertidos en íconos del caos que parece sumar las infinitas fragmentaciones de la postmodernidad, con las matemáticas, desde mediados del siglo diecinueve, abandonando la estrategia de aproximar las formas ideales e inmutables de un mundo euclideo a cambio de una geometría de diferenciación y de cambio interminable. Si bajo Mandelbrot, la *geo-metría* vuelve a la Tierra, entonces es sólo para probar que la Tierra, que inicialmente se pensaba que era plana (pre-moderna) luego esférica (moderna), ahora es fractal e infinita, por tanto demostrablemente postmoderna. Es en virtud de la idea intensamente paradójica de una “naturaleza postmoderna” como es descrita por las geometrías fractales, junto con el caos o la teoría de la catástrofe, que sus objetivos pueden ser considerados postmodernos.

Tenemos entonces que tres figuras dominan la ciencia postmoderna: lo híbrido, las redes, y lo no lineal.

No puedo extenderme más sobre la ciencia postmoderna y debo dejar fuera conceptos como la incertidumbre, la observación que deforma el hecho, la vida artificial, y muchos otros, para examinar con ustedes algunas consecuencias de la visión postmoderna sobre el ejercicio de la medicina.

POSTMODERNISMO Y MEDICINA

La medicina como la hemos conocido hasta ahora se asienta firmemente en ideales del modernismo: existe una verdad que puede ser conocida, comprendida y controlada por medio de la razón y la capacitación. Existe lo objetivo, la determinación, la causalidad y la observación imparcial. La manera moderna de pensar está en búsqueda de una verdad subyacente y unificadora, en búsqueda de un discurso definitivo, que pueda producir certeza. Nuestro conocimiento de las enfermedades y de su tratamiento descansa en el postulado de que se ha acumulado una comprensión objetiva de la realidad que es válida para todos los tiempos y lugares.

El postmodernismo se caracteriza por su rechazo a las grandes narrativas como “la ciencia” y “la verdad”, y su aceptación de las pequeñas narrativas, basadas en experiencias vividas, válidas para el que las vive. Esta aproximación valora lo individual, la complejidad y la subjetividad de la experiencia personal. El postmodernismo no acepta que todo se pueda comprender y manejar a través de la ciencia. La validez de la intuición y de la experiencia, de lo que se experimenta personalmente, es mayor que la de los métodos tradicionales de observación imparcial, inducción y experimentación.

Si esto es así, uno se pregunta dónde queda la medicina, que se basa claramente en postulados modernos.

Uno de los primeros conceptos en ser atacados por el postmodernismo es el de la “medicina basada en evidencia” (8-9). Para los postmodernos, no se puede lograr una comprensión objetiva de una realidad universal, ni menos derivar decisiones terapéuticas de algo así. La ciencia y la tecnología son incapaces de proporcionar evidencia, la evidencia que producen está inevitablemente sesgada por nuestro sistema de valores y por lo tanto imposibilita el verdadero conocimiento de la naturaleza. ¿Cuáles son los factores que influyen para que un trabajo sea publicado en una revista de primera línea? Los trabajos necesitan ser financiados, y ¿quién financia?, ¿qué intereses guían a los financistas?, ¿cuáles son las relaciones de poder entre la industria, los científicos, la academia, los editores, para acceder a una publicación? ¿Por qué no se publican los resultados negativos? ¿Hasta dónde las publicaciones reflejan el interés de vender un producto? Todos estos factores están detrás de los trabajos que luego otros, con otros intereses, consideran para incluir en los meta-análisis y para producir la “evidencia”. El postmodernista se pregunta de quién es la evidencia y los intereses de quién promueve.

Otra de las grandes críticas del post modernismo a la medicina es que se está deshumanizando. El individuo pasa a ser un ingreso más en una base de datos. La tecnología y la eficiencia están dejando a las personas desconectadas entre sí. La gente se pone temerosa de la medicina al comprobar con qué rapidez la entrevista con el médico desemboca en píldoras, exámenes y tecnologías. Esto tal vez explica que muchos recurran a medicinas alternativas, que tienen sus propias “pequeñas narrativas” y que para los postmodernos son tanto o más válidas que las tradicionales.

En esta misma línea están las guías clínicas y las pautas de tratamiento, todas iguales para enfermos todos distintos. De acuerdo a las pautas, los pacientes son diagnósticos antes que personas. Así, los médicos jóvenes están cada día más especializados en tratar enfermedades según guías clínicas y menos atentos a las individualidades; más expertos en procedimientos y destrezas y menos en signos y síntomas; y menos preparados para reconocer y tratar lo que sea diferente, lo que se salga de la norma pre-establecida.

La psiquiatría es uno de los campos donde la ideología postmoderna se hace más notoria.

Para la mentalidad moderna, la metanarrativa es que los pacientes psiquiátricos son enfermos cuyos procesos mentales están perturbados por distintos mecanismos fisiopatológicos que les hacen ver la realidad de una manera distinta y actuar en consecuencia o no, pero de manera "bizarra". Las opiniones de los pacientes psiquiátricos no son válidas y se les niega como individuos, para aplicarles lo que dicta la ciencia y el conocimiento. Para Foucault y luego para otros postmodernos, los pacientes psiquiátricos simplemente son "distintos", y por eso la cultura dominante, que abomina de las diferencias, los excluye y los recluye en manicomios o asilos donde se asegura que permanezcan en posición subyugada y oprimida.

La reacción contra esto, influenciada por el postmodernismo, es a involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre ellos mismos, a diseñar la investigación psiquiátrica a partir de las vivencias personales, de la experiencia vivida por cada paciente de los trastornos emocionales o anímicos, disminuyendo relativamente el rol de las neurociencias y del conocimiento abstracto. Se piensa que así se da acceso a grupos marginales y a individuos oprimidos a manifestar sus opiniones e inquietudes, que son tan válidas como cualesquiera otras.

Otro campo donde se nota mucho la influencia postmoderna y sus desviaciones es el de la salud pública. Inicialmente la salud pública se preocupaba de pesquisar los focos de enfermedades infecciosas y de la sanidad de las aguas y alimentos. Hoy día ha agregado temas como la calidad del aire, la administración de los servicios de salud, la prevención de enfermedades agudas y crónicas, hasta de la violencia intrafamiliar.

Como muchas enfermedades dependen directamente de las condiciones de vida, es inevitable que la salud pública se superponga con la esfera de las políticas públicas. Durante la lucha antituberculosa los salubristas alegaban que la lucha contra la enfermedad iba más allá de la higiene personal: había que preocuparse de la nutrición, de las condiciones laborales, etc. Durante la primera mitad del siglo XX el movimiento de higiene industrial jugó un rol importante al condenar las condiciones laborales de muchos trabajadores como los mineros del carbón y los obreros de las fábricas. Virchow decía que "los médicos eran los abogados naturales de los pobres".

Documentar estos hechos y llamar la atención a ellos es una cosa; pero algunos salubristas, influenciados por las ideas postmodernas antijerárquicas y antiautoritarias adoptan, en nombre de la salud, posturas políticas; si la salud está tan ligada a la posesión de bienes materiales y a la posición social, hay que redistribuir con equidad el poder en la sociedad. Foucault condenaba la cultura dominante por imponer sus valores a los más débiles o desposeídos. Según él, el hombre postmoderno es un mero engranaje en la máquina social, un moldeable producto de la cultura.

Los postmodernos ven que la influencia del ambiente social es tan fuerte y penetrante, que ciertos grupos como las minorías culturales, sexuales o sociales son las víctimas perpetuas del statu quo. A menos que se destruya la cultura dominante, nunca se cerrará la brecha entre poderosos y débiles.

Las diferencias en salud son marcadores de la inequidad social e injusticia, y mayor evidencia de la necesidad de redistribución de la riqueza y el poder, y de re-estructurar o derribar el orden social existente. El SIDA sería la expresión biológica de la inequidad social, y las enfermedades son causadas por desequilibrios de poder. No hay lugar para la responsabilidad personal ni el autocuidado, estos son valores impuestos por la burguesía.

El concepto mismo de enfermedad ha sido reinterpretado desde la perspectiva postmoderna. Para el pensamiento médico moderno, la enfermedad es un trastorno objetivamente

verificable de una función o sistema orgánico, con una causa reconocible y con signos y síntomas identificables.

Para el pensamiento postmoderno, en cambio, la enfermedad está más cerca de ser una experiencia subjetiva del paciente, que puede o no ser catalogada como enfermedad por la mentalidad médica moderna. La enfermedad postmoderna comprende tanto la experiencia del paciente como las condiciones biológicas que la acompañan. El SIDA, por ejemplo, no es sólo el resultado de la infección con el virus de inmunodeficiencia, sino que también la experiencia de vivir en una cultura en que existen sentimientos como la homofobia, la facilidad o dificultad de acceder a tratamiento, racismo, empresas farmacéuticas, activistas homosexuales, etc.

Otro campo en que el postmodernismo ha irrumpido sin ser notado es en el auge de las medicinas alternativas. El escepticismo y anti-autoritarismo encuentran terreno fértil en una aproximación anticientífica (que niega las “grandes narrativas” de la medicina) y se centra en la subjetividad del paciente que recurre a hierbas, conjuros y toda clase de prácticas a las cuales personas supuestamente cultas recurren en un ejercicio de subjetivismo, rebelión y “liberación” de la realidad científica moderna.

El feminismo en medicina también ha encontrado su lugar y son muchas las publicaciones que dan cuenta de que a las mujeres se les niegan tratamientos que normalmente se ofrecen a los hombres, o que ellas son discriminadas en el acceso a ciertas terapias como la angioplastia en el infarto del miocardio.

La falta de referencia postmoderna a estándares y la actitud de que todo es válido, ya está conduciendo a una medicina en que todo lo posible es aceptable: experimentación con células embrionarias, hibridaciones entre humanos y animales, embarazos en septuagenarias o en hombres, uso de tecnologías médicas para fines no terapéuticos como el embellecimiento, rejuvenecimiento, trasplantes cosméticos y una infinidad de propósitos que pueden llevar al médico a ser un agente satisfactor de la demanda del mercado antes que un agente empleador del arte de curar enfermedades.

Finalmente, nos guste o no, vivimos en un mundo postmoderno donde las ideas postmodernas en forma más inconsciente que consciente, impregnan la mentalidad de nuestros pacientes y se insinúan en la mentalidad de muchos médicos. ■

REFERENCIAS

1. Usher R., Bryant I., Johnston R. *Adult education and the postmodern challenge: learning beyond the limits*. London: Routledge, 1997.
2. Lyotard, Jean-François. *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 2002.
3. Foucault, Michel. *Historia de la Sexualidad*. Editorial Siglo XXI, 2005.
4. Deleuze, Gilles y Guattari, Félix: *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1983.
5. Grant, Ian Hamilton. *Postmodernism and science and technology*. En: *The Routledge Companion to Postmodernism*. Routledge, New York, 2005.
6. Kuhn, Thomas. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica, México, 1972.
7. Haraway, Donna. *Manifiesto Cyborg*. <http://manifiestocyborg.blogspot.com/>
8. Faulkner, A., Thomas P. *User-led research and evidence-based medicine*. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180:1-3.
9. Chan, J.J., Chan, J.E. *Medicine for the millenium: the challenge of postmodernism*. *MJA* 2000; 172: 332-334.

COMENTARIOS

Ac. Las Heras. Felicito y agradezco al Dr. Rodríguez la presentación de este trabajo. Es muy interesante el postmodernismo porque nosotros no nos hemos preparado para eso, la generación nuestra por lo menos, pero esto nos ayuda a entender un poco lo que está sucediendo en nuestra sociedad hoy. Me refiero a todas estas reacciones de la juventud, de los escolares, todos estos movimientos tiene que ver con una reacción un poco anárquica, anti autoridad, contestataria muy individualista, que va muy de la mano de fenómenos que también nos cuesta entender, como es el fenómeno de las comunicaciones. Esta juventud que ya no se comunica tanto en la relación interpersonal sino a través de una máquina que es la computadora y por Internet, que se ha transformado en el medio más importante de comunicación. Me tocó revisar este tema a propósito del libro que presenté recientemente, precisamente el postmodernismo es un fenómeno que se vincula mucho a lo que ocurrió en Mayo del 68, porque a partir de ese movimiento apareció el feminismo como movimiento, apareció la liberación sexual, la píldora anticonceptiva para las mujeres. Fue un movimiento donde se destruyeron todos los mitos: eran anti Marx, anti Freud, anti partido comunista, anti todo lo que representaba el sistema tradicional de la época e incluso se creó una Internacional Situacionista que tenía mucho que ver con el desarrollo de esta actitud contestataria, provocativa frente a situaciones o hechos aislados de la sociedad. La verdad es que eso ha ido avanzando y creo que hoy vivimos una sociedad muy hedonista, individualista, donde cada uno está muy preocupado por sí mismo y eso también está condicionado por la falta de utopías. Ya no tenemos los grandes sueños, como el del Che-Guevara de hacer una patria socialista en América Latina, todo eso desapareció. Hoy los individuos tienen sus propias metas u objetivos, lo que representa una sociedad mucho más egoísta y una búsqueda de la solución individual frente a los problemas. Pienso que todavía no hemos sido capaces, por la rapidez con que se dan los fenómenos, de interpretar gran parte de los problemas sociales que vivimos hoy, principalmente con la juventud. Tenemos incapacidad de entender lo que está pasando, y que, de alguna manera, está representado en este pensamiento del postmodernismo.

Gracias Dr. Rodríguez por esta interesante charla.

Ac. Arteaga. Me sumo a las felicitaciones. Ha sido una conferencia muy interesante. Creo que tenemos que avanzar en base a extremismos, cambiar todo. No se cuándo va a aparecer una filosofía ecléptica en la cual aceptemos lo bueno del modernismo y lo bueno del postmodernismo y de esa manera poder avanzar, porque en realidad hay cosas buenas y malas en el postmodernismo. Deberíamos ir adoptando lo bueno de cada uno de estos movimientos para ir haciendo un mundo más feliz.

Ac. Gormaz. Felicito al Dr. Rodríguez por su interesante conferencia llena de implicaciones, de sutilezas, de nuevos enfoques; muy entretenida. Quisiera comentar que tengo la duda hace tiempo, de qué justificación existe para hablar de postmodernismo. Es como hablar de post historia, el modernismo se va creando a medida que pasa el tiempo, tal como la historia se va haciendo a medida que transcurre; entonces es como decir llegó el fin de la historia, llegó el fin de lo que está transcurriendo en el arte, en las ciencias, etc., porque ya se está hablando de post. Creo que habría que pensarlo bien y no guiarse por la semi afortunada expresión, mal dada, a mi manera de ver.

Ac. Rosselot. Uno ha tenido la oportunidad de enfrentarse a un ambiente que es propio de todas estas etapas: el modernismo, el postmodernismo y el post post modernismo que todavía no podemos definirlo ni separarlo de los otros. Vivimos de paradigmas y formulaciones

hermenéuticas, es decir, interpretaciones; el grave problema es que cada cual interpreta las cosas a su manera y cada cual entiende lo que quiere entender o lo que puede entender. En el fondo somos todos, lo digo con discreción, bastante ignorantes de lo que vivimos. Creo que volvemos después de tantos siglos a tener una convicción que frente a la evidencia y la verdad, lo único verdadero es que lo que sabemos es que no sabemos nada. Creo que volvemos a los primeros filósofos “Sólo sé que nada sé”. No podemos hablar de ninguna de las cosas que hemos oído ahora realmente con una versación o un conocimiento íntegro, a pesar de que estamos en la era de la sociedad del conocimiento; pero cada cual va a entender difícilmente lo que es la diversidad y entender qué valores hay en cada una de la diversidad, estamos viviendo lo mismo que han preconizado desde la modernidad, la postmodernidad, antes del renacimiento probablemente la escuela griega romana y anterior, todos los seres humanos porque nunca han entendido lo que son. Esto puede ser mirado como algo muy derrotista o pesimista, pero en el fondo la expresión de la teoría del caos, de los fractales, de todo lo que se ha mencionado en algún momento guías de las culturas o guías de las sociedades que no son más que un enredo producto de nuestra mentalidad. No quiero ofender a los neurólogos pero creo que la causa de todo esto está en nuestras neuronas y no en otra parte.

Ac. Parada. Me sumo a las felicitaciones y al placer de haber escuchado esta conferencia tan ordenada, bien segmentada y creo que da pie para que uno empiece a plantearse si estamos o no en un momento de bisagra entre una modernidad que está cambiando y una postmodernidad naciente que entrega un modo de concebir el universo distinto. Las filosofías siempre han sido sedentarias por no tener la audacia de tener una filosofía nómada que esté circulando de un lado para otro, que sea puramente circulación. Pensemos que la palabra “*ser*” es contundente y que hay que buscar la esencia del *ser* de las cosas porque la inmovilizamos, porque no dejamos que sea un *siendo* siempre, las cosas son *siendo* y no estando *fijas*. De ahí viene una especie de cambio que hay en el posicionamiento del estado de la reflexión. Voy a entregar un ejemplo, citaban en la conferencia a Toulouse, quien se permite algo que habría sido una herejía 50 años antes de que escribió, en el año 68, un libro sobre la lógica del sentido, preguntándose muchos de estos temas. En la lógica del sentido afirmaba que el sentido tiene que ser tratado con el sinsentido también, parecía que polemizaba ideológicamente con otras ideas pero no era esa la intención de él, sino que la intención como lo dice el título, porque iba a ser un intento de novela lógico-psicoanalítica, un nombre inconcebible del año 50 hacia atrás, porque el psicoanálisis estaba en una situación de descrédito. Después de los cambios que se empiezan a producir en el sentido de las medicinas alternativas o complementarias, durante un tiempo eran alternativas, hoy son complementarias, es decir, una y la otra. Uno ve que va cambiando algo, pero también se van produciendo distintas maneras de mezclarse las cosas. En el libro “La lógica del sentido”, había una afirmación refiriéndose a la obra de Lewis Carroll a los estoicos, al revés como lo pensaría históricamente. Para entender, cuando Alicia se achica en la obra “Alicia en el país de las maravillas”, también se hace más grande, es decir empieza a encontrarse las contradicciones porque efectivamente el lenguaje empieza a tener una ambigüedad sustancial que hace, cuando supongamos le dice “qué grande está usted”, al sobrino que viene llegando del campo, se le está diciendo qué chico era antes. Se empiezan a manejar los términos en una semántica muy distinta a la lineal.

Me gustó mucho que el Dr. Rodríguez hubiera destacado esas circularidades que empiezan a promoverse y que no se sabe qué destino van a tomar o cuándo van a consolidarse. Tengo una sensación de que hace algún tiempo vivimos de ciertas utopías por las que luchábamos y arriesgábamos la vida por ellas, con toda una mística en relación con eso; ahora, en cambio, está todo como aguachento, como en un estado líquido, no sólido. Incluso la palabra

esencia, que era como un caldo más firme, se empieza a diluir y se transforma en una manera de entender el pensamiento como algo que no va a la sustancia inmóvil, fija, sino que a la sustancia móvil que está siempre en movimiento. Hago estas consideraciones porque vienen al caso del tema, porque se están produciendo en la psiquiatría muchos cambios y muy increíbles; si uno sigue cada 10 años de la historia de la psiquiatría se encuentra con que muy cerca, unos estaban entrando a los campos de concentración y los tiraban luego a los crematorios y, de repente, en el 78 en Italia, por una ley se suelta a los pacientes psiquiátricos señalando que es la comunidad quien tiene que hacerse cargo de ellos.

Podría hacer otros comentarios, pero felicito y agradezco al Dr. Rodríguez esta presentación.

Ac. Dörr. Me sumo a las felicitaciones por esta versión tan completa del tema que es tan complejo. La postmodernidad no se ha instalado del todo y la modernidad no ha terminado tampoco. Como decía el Dr. Parada, en este momento de bisagra, para cada cual es muy difícil poder analizarlo y todo lo que digamos es insuficientemente fundamentado. Quisiera hacer modestos aportes al tema. Uno relativo a la modernidad, a la etapa anterior, fue muy importante no sólo la evidencia sino que la duda también. La duda filosóficamente expresada por Descartes, se puede considerar como el comienzo real de la modernidad, primero está el individuo en el renacimiento y poco después viene Descartes con su discurso de método y que plantea la duda como un método fundamental de la ciencia y lo que va a permitir el desarrollo de las ciencias naturales. Sin duda, sin apreciar el error o la posibilidad del error, no hay posibilidad de ciencia. A ese propósito, quiero contar una anécdota de Von Weizsäcker, que es un adelantado a los tiempos con su medicina antropológica y que en una reunión científica, terminó la discusión, y le dice a su contendor, "lo que pasa es que usted está satisfecho cuando las cosas le resultan y a mí cuando no me resultan". Paralelamente a Descartes, casi en la misma época ocurre el milagro de Shakespeare que coloca en su tragedia Hamlet el tema de la duda, como el tema fundamental, toda la vida de Hamlet o todo lo que nos muestra Shakespeare de Hamlet, es el tema de dudar, no solamente si mata o no al padre sino que si adhiere al mundo de Wittenberg que era la Universidad Alemana donde él había estado estudiando o a este mundo moralista, o a este mundo hedonista, perverso, utilitarista y acomodaticio que representaba el asesino de su padre y la nueva corte.

Respecto a la postmodernidad y deteniéndome en aspectos distintos a los mencionados; hay un elemento de la postmodernidad que es característico y que era desconocido absolutamente en la modernidad: la indiscreción. La transparencia de todo, desde la niña que se pone en la calle Bandera y hace sus necesidades en una casa de vidrio hasta las intimidades que se ven en televisión, todas las supuestas biografías de personajes famosos escritas por sus sirvientes o por sus secretarias o secretarios, donde se quiebra toda lealtad. Lo que Baudrillard, filósofo francés, ha llamado con mucha propiedad la *obscenidad* (ob= al frente y scena= lo que se ve), la obscenidad es lo que predomina y se impone en este mundo, porque todo tiene que ser visto desde todo punto de vista y no hay intimidad que se conserve, que se guarde, en el fondo no hay respeto por nada. En lo que mencionaba el Dr. Las Heras sobre la estudiante que lanza un jarro de agua a la Ministra, fuera del quiebre de la autoridad, como él lo decía es también quiebre de todos los principios. Esta postmodernidad, cuando explicaba el Dr. Rodríguez, me parecía terrorífico realmente que estemos viviendo esto. Por ejemplo la hibridación, es terrorífica, sin embargo tiene cosas muy positivas, por ejemplo poner el acento en el llegar a ser y no en el ser; porque la realidad nunca ha sido estática, la realidad siempre ha estado en movimiento, una de las cosas que planteó Goethe hasta el cansancio, el llegar a ser como

el principio fundamental de la vida, el movimiento. Esto está ocurriendo hoy día en todas las ciencias; se termina el principio sustancialista y se empieza a ver el principio de la integración, sistémico; se termina el principio de la esencia fija y eterna por la transformación por el cambio. Hay una cantidad de elementos de este cambio de paradigmas que son positivos, pero otros son terroríficos.

Para terminar quisiera recordar una terrible frase de Nietzsche, quien era un iracundo que decía las cosas más espantosas pero las decía con tal genialidad. Hago un paréntesis, estaba leyendo hace poco algo de él, la disputa que tuvo con Wagner y dice: “¿y Wagner qué es lo que es?, lo que más le gusta es su germanismo, ¿y qué son los germanos, sino obediencia y piernas largas?. Ustedes ven las consecuencias que hubo 40 ó 50 años después”. Nietzsche pronosticó que a finales del siglo XX iba estar caracterizado por la crueldad, la artificialidad y la estupidez. La crueldad: las dos primeras guerras, lo que pasó con el nazismo y el comunismo; la artificialidad: desde los aparatos, la televisión, todo el mundo vive vidas ajenas, hasta los pedazos de cuerpos que se cambian (nariz, pechos, etc.), hasta la pérdida de la relación con la naturaleza, etc.; y la estupidez: donde basta con poner el canal X de la televisión chilena para no tener ninguna duda de que estamos dominados por la estupidez.

Ac. Rodríguez (Relator). Agradezco los comentarios, el tema daría para muchos más aspectos, pero en relación a lo que decía el Dr. Dörr, surge la pregunta si existe una ética en el postmodernismo o no; porque si no existe la verdad, ni el bien, ni un valor absoluto, porque lo que yo llamo el bien, para el otro puede ser el mal. Entonces ¿existe o no una ética?, es un tema a debatir y que ha sido debatido pero no podemos entrar en él ahora.

La otra cosa, como decía el Dr. Dörr, tiene aspectos positivos, en el campo de las religiones por ejemplo, son consideradas por el postmodernismo como metas narrativas que no tienen más validez fuera de aquellos que le dan su adhesión. Sin embargo, esto lleva también a sacar la idea modernista del Dios que puede ser encasillado, puesto en una mesa de experimentación y conocido completamente; lleva a un pensamiento un poco más profundo sobre que Dios no puede ser abarcado.

Ac. Goic (Presidente). Agradecemos al Dr. Rodríguez, que haya traído al seno de esta Academia un tema de gran relevancia. Quería agregar sólo dos cosas. Todos estos períodos históricos a los cuales se les entrega determinada nominación o calificación es sólo una manera de ordenar el pensamiento e identificar un determinado período que reúne un conjunto de características que permiten diferenciarlo cualitativamente del anterior o del que viene. Los períodos históricos son procesos continuos, no hay una barrera que señale aquí terminó el modernismo y empezó el postmodernismo. Lo importante es saber -y naturalmente para eso hay que tener competencia- si aquellos elementos que definen lo que se ha llamado el postmodernismo son suficientemente diferentes, por así decirlo, de las características del período anterior como para constituir un nuevo momento en la historia.

Lo otro que quería agregar, es que todo esto son nominaciones, no arbitrarias pero sí convencionales. Creo que no hay que angustiarse mucho por la palabra postmodernismo, porque podría haber sido otra nominación; en el fondo da lo mismo ya que son maneras de caracterizar una época por la gente que se dedica a estos temas y que pueden ser más o menos acertadas.

Muchas gracias Dr. Rodríguez. Ha sido de alto interés su conferencia.

EL DOLOR, LA DEPRESIÓN Y LA PREGUNTA POR EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO¹

DR. OTTO DÖRR Z.
Académico de Número

El dolor ha acompañado al hombre desde sus comienzos. Es así como ya en el primer capítulo del Génesis se dice que el dolor, la enfermedad y la muerte aparecieron junto con la expulsión del Paraíso como consecuencia de haber desobedecido Adán y Eva el mandato de Yahvé de no comer del árbol del Bien y del Mal. Pero el dolor, la enfermedad y la muerte volverán a desaparecer al final de los tiempos, vale decir, en la vida eterna, como nos lo enseña el Profeta Isaías (Is 65, 17 ss). Visto el mito desde una antropología moderna, el dolor habría surgido en el momento de esa mágica transformación del primate en humano, metamorfosis que implicó alcanzar la posición erecta, el lenguaje, la conciencia histórica y la libertad, esta última justamente para tener la posibilidad de desobedecer y de pecar. El dolor sería entonces algo connatural al hombre y en cierto modo específico de su particular constitución físico-psíquico-espiritual. La historia bíblica nos deja empero una duda: si el hombre antes de su caída también tenía cuerpo, ¿cómo es que no conocía el dolor? Porque los animales, a cuyo reino pertenecemos, sí lo conocen. ¿O es que se trata quizás de dolores diferentes?

La fisiología de los sentidos (*die Sinnesphysiologie*) nos puede ayudar a aclarar la pregunta a través de una antigua distinción, más tarde desarrollada en profundidad por Alfred Prinz Auersperg en su libro *Dolor y Dolorosidad* (1963), cual es la que se da entre dolor exteroceptivo y dolor interoceptivo. El primero, llamado por Auersperg dolor-sensación (*Schmerzempfindung*), es más localizado, más noético (en el sentido que aporta conocimiento sobre el objeto que provoca el dolor), reproduce exactamente la forma del estímulo y de hecho, uno no identifica el lugar afectado, sino más bien el objeto que lo afecta. Es el típico caso del dolor provocado por un pinchazo o una quemadura. Se trata de un dolor inmediato en su aparición y que pasa sin dejar huellas. La influencia por fármacos es menor y muestra una relativa independencia respecto a la disposición psíquica de la persona. El segundo, dolor interoceptivo o dolor-sentimiento, es en cambio, más difuso, más pático (en el sentido que compromete el todo de la corporalidad), tiene una duración mayor y cuando pasa el momento más agudo, deja una serie de sensaciones que van disminuyendo, en una suerte de *decrecendo*. Lo que el sujeto identifica no es aquí el estímulo, sino la zona corporal afectada. Ejemplos típicos son la cefalea, el dolor de la úlcera gastro-duodenal, el del colon irritable, el de la columna, etc. Estos son dolores muy influenciados por fármacos y muy dependientes de la disposición psíquica de la persona.

Ahora bien, estos momentos noético y pático del dolor pueden darse simultáneamente, pero también separarse en forma absoluta, como ocurría con los antiguos leucotomizados por dolores crónicos, que manifestaban seguir **sintiendo** el dolor, pero no **sufriendo** por ello. Es decir, en esos casos se conservaba el elemento noético y desaparecía el pático. En suma, el dolor exteroceptivo tiene una clara función de advertencia o aviso frente a un peligro externo o

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 3 de septiembre, 2008.

interno, en cambio el dolor interoceptivo apunta a toda la corporalidad, al modo de hallarse o encontrarse la persona en su cuerpo como un todo (*Befindlichkeit*). Hay sí un elemento que ambos dolores tienen en común, cual es el hacer presente el cuerpo o una parte de él a la conciencia, cuando en condiciones normales el ser humano vive, como dice Sartre (1943), "*a travers le corps*", es decir, lanzado al mundo y ocupado en sus afanes. El cuerpo sano es silencioso, un cuerpo que no aparece sino cuando llama el hambre, el cansancio o el sueño. El dolor retrotrae la experiencia desde el mundo al cuerpo y dentro del cuerpo, a la zona afectada. El mundo se cierra. Ya nada interesa, sino el dolor y el buscar la forma de aliviarlo.

Este segundo tipo de dolor se presenta también en las enfermedades psíquicas y particularmente en la depresión. Las relaciones entre el dolor y la melancolía son múltiples. Es frecuente que los pacientes depresivos experimenten dolores en distintas partes del cuerpo sin tener una lesión somática que los explique o, de existir ésta, que la intensidad del dolor sea en ellos mucho mayor. Se calcula que un 50% de los pacientes depresivos presenta este tipo de dolores. En algunos casos el dolor es un síntoma más dentro del concierto de manifestaciones depresivas; en otros, como es el caso de las formas enmascaradas de depresión, todo el cuadro y la vida misma del paciente gira en torno a la experiencia dolorosa, permaneciendo el compromiso del ánimo y el de los ritmos vitales en un segundo plano, en una suerte de penumbra. El porqué la depresión a veces se enmascara y otras veces no, manifestándose en toda su multiplicidad sintomatológica, es una pregunta del mayor interés, con la que nos hemos ocupado en otra oportunidad (Dörr, 2, 2001), pero en la cual ahora no podemos detenernos. En todo caso, en la depresión el cuerpo está demasiado presente y el dolor no es sino una forma extrema de sentir ese cuerpo, en cierto modo la última etapa de un proceso de cosificación de la experiencia de sí mismo, que se inicia con esa cierta dificultad para levantarse en las mañanas y ese leve desánimo que acompaña a la anhedonia y a la falta de interés, continúa con la lasitud y la falta de fuerzas, se profundiza en las sensaciones de decaimiento y fatiga, para acercarse a los límites del dolor en los clásicos "síntomas vitales" de Kurt Schneider (1935), como la opresión precordial, la pesantez dolorosa en la nuca y el *globus melancholicus*.

Pero la palabra dolor significa también sufrimiento y la relación entre éste y la depresión es también compleja. Es frecuente escuchar decir a nuestros pacientes que han salido de un episodio depresivo que lo vivido constituye el mayor sufrimiento imaginable, que es como estar muerto en vida, que es algo que no se lo desearían ni a su peor enemigo, etc. Al mismo tiempo y se trate o no de un caso de enfermedad depresiva con manifestaciones dolorosas, la expresión facial del paciente, con la opacidad de la mirada, el ceño fruncido, la arruga frontal en omega y esos característicos párpados de Veraguth, donde se eleva el ángulo superior interno, formando un verdadero triángulo, representan el rostro mismo del sufrimiento. Y sin embargo, hay otros pacientes que, por el contrario, viven la depresión como un congelamiento de las emociones, como una incapacidad de sentir y, por lo tanto, de sufrir, y las madres llegan a creerse incapaces de querer a sus hijos o los enamorados a sus novias o el artista a su obra. Y surge entonces la fantasía del suicidio como única forma de superar esta incapacidad de sentir. He tratado pacientes cuyo cuadro se inicia con la incapacidad de llorar y otros para quienes "el llanto fácil" es la manifestación que les anuncia que ya viene otro episodio. En la depresión o se sufre extremadamente o se experimenta la incapacidad de sufrir. Lo mismo ocurre con el dolor, sentido en mayor o menor grado por la mayoría de los pacientes, pero que en algunos desaparece hasta el extremo de la analgesia y de la automutilación.

Pocas veces vemos con mayor claridad esa imbricación absoluta del cuerpo y del espíritu que en el dolor depresivo. Cuando el paciente se queja de esa típica opresión precordial

dolorosa, ¿qué es lo que duele: el cuerpo o el alma? Yo diría que ambos o, más bien, que lo que duele es la persona en su totalidad, como cuerpo, alma y espíritu. La dificultad que experimentamos al intentar aprehender los sentimientos corporales o vitales –y el dolor es, como veíamos, uno de los más prominentes– estriba en el hecho que es muy difícil tomar distancia frente a ellos, porque en todo momento nos están constituyendo a nosotros mismos y de este modo determinando nuestra manera de ver el mundo. Me he extendido sobre el tema del dolor y la depresión, porque en estos casos nos encontramos frente a la situación exactamente intermedia entre el dolor físico propiamente tal, cuya máxima expresión es el dolor exteroceptivo del que hablábamos en un comienzo y el dolor del alma o sufrimiento. En la depresión es el sufrimiento espiritual el que se hace corporal y al mismo tiempo la víscera, de algún modo disfuncional (el estómago en la úlcera gastroduodenal, el intestino grueso en el colon irritable, las arterias cerebrales en la jaqueca, etc.), la que se espiritualiza al hacerse vehículo de un significado.

Decíamos recién que el dolor es también sinónimo de sufrimiento. Sin embargo, debemos aceptar que en este último ya nos encontramos muy alejados del cuerpo y de lleno en el ámbito del significado, vale decir, del espíritu. Se sufre por una pérdida, por una separación, por una desilusión amorosa, por un fracaso laboral. En todas estas situaciones es el significado lo que nos afecta y particularmente la consideración de las consecuencias a futuro, así como de las causas que desde el pasado llevaron al hecho que en este momento nos hace sufrir. Dicho con otras palabras, el sufrimiento no es puntual, como puede serlo un dolor exteroceptivo, sino que está siempre inserto en ese juego permanente y consciente de pasado, presente y futuro, es decir, en la historicidad propia del ser humano. Y es por eso que los animales pueden sentir dolores, pero no tener sufrimientos, porque ellos carecen de historia, ellos no pueden retener el pasado ni anticipar el futuro.

Y sin embargo, la palabra dolor se usa indistintamente tanto para el dolor físico y puntual como para el sufrimiento prolongado. ¿Qué tienen ambos en común, fuera del hecho de haber acompañado a la especie humana desde el término del proceso de hominización hasta nuestros días? Porque cuando el primer libro del Génesis habla de dolor se refiere tanto al dolor del parto (un dolor físico) como al sufrimiento provocado por la culpa y el castigo. El primer rasgo común al dolor y al sufrimiento es su carácter pático. Esto significa que ambos nos pasan, nos suceden, no dependen de nuestra voluntad, como sí el movimiento y la acción. No podemos decidir tener un dolor, ni tampoco sufrir por algo. Tanto uno como el otro se nos vienen encima. En alemán sufrimiento se dice *Leiden* y tiene la misma raíz etimológica que pasión (*Leidenschaft*). Por eso no es raro que los poetas del Romanticismo hayan concebido a la pasión amorosa como una enfermedad. La segunda característica común es el malestar, esa tonalidad negativa, incómoda y muchas veces insoportable, que acompaña tanto al dolor como al sufrimiento. Por último está su tendencia a aislar al sujeto que lo padece. En el caso del primero, este aislamiento y ruptura con el mundo y la comunidad derivan del hecho que, como decíamos, el dolor aprisiona al sujeto en su cuerpo, haciendo que éste abandone su transparencia habitual. En el caso del sufrimiento no es el cuerpo la cárcel, sino el significado de lo ocurrido, que invade toda la vida psíquica, distraendo al sujeto de su compromiso con el mundo y con los otros.

Hasta aquí hemos intentado hacer algunas distinciones fundamentales en el campo del dolor y determinar luego sus rasgos esenciales desde el punto de vista fenomenológico. Todo esto era una tarea previa e indispensable para responder la pregunta por su posible sentido. No obstante, no puedo pretender resolver esta pregunta en toda su magnitud, porque ello

sobrepasa por completo mis capacidades. El dolor y la muerte son probablemente los dos temas más trascendentales de una vida humana, de todas, también de la mía y de la vuestra. Me limitaré entonces a tratar de iluminar el contexto dolor y sentido desde dos perspectivas distintas, pero de algún modo complementarias: una histórica y otra hermenéutica. Con la primera deseo mostrar algunos hitos en la concepción del sufrimiento y del dolor a lo largo de la historia de Occidente. Con la segunda pretendo hacer una hermenéutica, vale decir, una interpretación de algunos versos del poeta de habla alemana, Rainer Maria Rilke, que espero nos ayuden a develar el sentido no sólo del dolor en general, sino también de nuestros propios dolores.

Para los antiguos semitas el dolor era una consecuencia del pecado. Ya vimos cómo, según el Génesis, el dolor no existía en el Paraíso. En virtud de esta estrecha relación entre dolor y pecado, el Antiguo Testamento va a interpretar el dolor individual como el castigo a una falta cometida o por nuestros primeros padres (el pecado original) o por nuestros antepasados o por nosotros mismos. La máxima expresión de este modo de concebir el sufrimiento como castigo es la conocida historia bíblica de Job. A pesar de los injustos castigos recibidos, Job se inclinó con toda su fe ante el poder y la sabiduría inescrutable de Yahvé. Los profetas subrayaron aún más los aspectos morales de esta doctrina bíblica e hicieron comprender al pueblo hebreo que las catástrofes nacionales eran castigos divinos que purificaban y renovaban al pueblo de Dios. Esta doctrina implica un aspecto jurídico y uno pedagógico. El primero se refiere a la doctrina de la satisfacción o proporcionalidad del castigo en relación a la falta cometida. La consecuencia pedagógica de esta doctrina es que el dolor es un elemento necesario en toda educación.

En el Nuevo Testamento el dolor ocupa un lugar central en la vida y muerte de Jesucristo. La Pasión de Jesús da a su vida el más pleno sentido. Este dolor y esta muerte son motivados por la inescrutable voluntad divina. La misión de Jesús va a consistir principalmente en sufrir *para* y *por* los demás, pero en conformidad con esa voluntad de Dios. San Pablo lleva la teología del dolor a su pleno desarrollo. Para él la cruz y su escándalo ocupan el centro de la predicación y del culto cristianos. San Pablo ve en la pasión y muerte de Jesús un gesto de amor infinito hacia los hombres. Por su sacrificio hemos sido los humanos redimidos y reconciliados con Dios. El mensaje de la cruz termina por convertirse en un mensaje de resurrección y de vida. Las consecuencias para la vida del cristiano son claras: el dolor pertenece a la esencia misma de la vida cristiana; se lo puede concebir incluso como una gracia especial que recibimos de Dios (Flp 1, 29). San Pablo llega incluso a considerar como un motivo de alegría y de dicha las persecuciones y privaciones que sufrieron los cristianos durante los primeros años después de la muerte de Jesucristo (2 Cor 8) y que continuarían por siglos. Por lo demás, todo lo que el cristiano tenga que sufrir aquí en la tierra sería ampliamente compensado por la dicha y la gloria futuras (Rom 8, 18). Y en la Carta a los Hebreos (2, 10) San Pablo enseña a los cristianos que el único verdadero consuelo para el dolor es el ejemplo de Cristo.

Durante los primeros 19 siglos de civilización cristiano-occidental el ejemplo de Cristo siguió constituyendo no sólo la guía, sino el sostén de la vida individual, y en cierto modo, de la sociedad toda. Cada uno de los momentos importantes de la vida, el nacer, el crecer, el enfermar y el morir, recibían su sentido desde la Providencia Divina y el sufrimiento ligado a cada uno de ellos era asumido como el camino, como la forma de imitar a Cristo. A partir de la segunda mitad del siglo XIX cinco descubrimientos van a hacer tambalear los cimientos de esta cosmovisión: el descubrimiento de la angustia por Kierkegaard, de la evolución por Darwin, del poder de las fuerzas económicas por Marx, del absurdo por Nietzsche y del incons-

ciente por Freud. Rápidamente sobrevino la secularización, la “muerte” de Dios y el olvido de su Providencia; luego los totalitarismos, con las consecuencias de todos conocidas y ahora nos encontramos en plena post modernidad, con su alta tecnificación, la explotación y destrucción del medio ambiente, la manipulación genética y un falso sentido de libertad, donde todo parece estar permitido, hasta el punto que vivimos rodeados de las formas más extremas de la obscenidad (comparar Baudrillard, 1988 y Dörr, 2001). Esta palabra está tomada no en su connotación sexual habitual, sino en el sentido de hacer completamente visibles los objetos, todo lo que tenemos al frente, de no respetar el secreto y, por qué no decir, el misterio de las cosas. Pero es nuestro mundo y con él tenemos que habérnoslas. Y es por eso que no he querido quedarme detenido en el caso de Cristo como máximo ejemplo de capacidad de otorgarle sentido al dolor y recurriré en cambio a un poeta de extraordinaria sensibilidad y que vivió directa y dolorosamente esta transformación del mundo. Me refiero a Rainer Maria Rilke (1875-1926), uno de los más grandes poetas alemanes de todos los tiempos y máximo representante de la llamada poesía metafísica. Él nació y murió católico, pero vivió la religión, al menos la ortodoxia, desde una cierta distancia crítica y sobre todo, abierto a una comprensión tan amplia de lo trascendente que podía incluir también la religión de su infancia, pero su visión estaba libre de dogmas y limitaciones. Ahora y aunque parezca una paradoja, él estuvo muy cerca de los valores cristianos y sobre todo de la figura de María, a quien le dedicó un ciclo de poemas de insuperable belleza. Rilke se refirió una y otra vez al tema del sufrimiento, sobre todo en su obra tardía, las Elegías del Duino y los Sonetos a Orfeo. De ambas obras tomaremos algunos versos en traducción propia (2000 y 2002), que espero nos ayuden a responder la pregunta ¿puede tener el dolor algún sentido?

Nos referiremos primero al Soneto N° 19 de la Primera Parte de los Sonetos a Orfeo, soneto que ha sido objeto de sendos análisis de parte del filósofo Martin Heidegger (1950). El texto reza así:

*“Aunque también cambie rápido el mundo
como formas de nubes,
todo lo acabado regresa
a su origen remoto.*

*Por encima del cambio y la marcha,
más amplio y más libre,
resuena aún tu preludio,
oh dios de la lira.*

*No se ha reconocido el dolor
ni se ha aprendido el amor
y lo que nos aleja en la muerte
no ha sido develado aún.
Sólo el canto sobre la tierra
santifica y celebra.”*

En los primeros versos el poeta afirma que a pesar del permanente cambio que impera en la realidad toda, hay cosas que perduran y éstas son fundamentalmente dos: primero, “lo acabado”, consumado, completo, como una obra de arte, por ejemplo, que es capaz de regresar “a su origen remoto”, vale decir, a Dios, y segundo, el canto de Orfeo, que amplio y libre resuena

“por encima del cambio y la marcha”. Recordemos que Orfeo legó a los humanos la música y la palabra, ambas vehículos de acceso al mundo de lo trascendente. Pero inmediatamente después el poeta nos advierte que a pesar de estos dos elementos portadores de sentido, hay un misterio en la vida humana que no ha sido develado aún, que permanece oculto. Y este es el misterio del dolor, el cual aparece en los versos siguientes íntimamente relacionado con el amor y con la muerte.

Considero importante reproducir aquí algunas de las reflexiones de Heidegger sobre la segunda parte de este soneto: “El tiempo se ha hecho precario no sólo porque Dios ha muerto, sino porque los mortales apenas son capaces de reconocer su propia mortalidad (...) La muerte se ha retirado hacia lo enigmático. El misterio del dolor permanece oculto. No se ha aprendido el amor. Pero los mortales son. Ellos son en la medida que existe el lenguaje, porque todavía el canto prevalece sobre su tierra precaria. La voz del que canta (¿Orfeo?, ¿el poeta?; N. d. T.) mantiene todavía (abierto) la huella de lo sagrado (...) Precario es el tiempo, porque le falta el desocultamiento de la esencia del dolor, de la muerte y del amor. Precaria es esta precariedad, porque ha desaparecido aquel ámbito esencial en el cual co-pertenecen el dolor, el amor y la muerte. Hay ocultamiento en la medida que el ámbito de esta co-pertenencia es el abismo del ser. Pero todavía queda el canto que llama a la tierra. ¿Qué es el canto mismo? ¿Cómo se hace un mortal capaz de cantar? ¿Desde dónde canta el canto? ¿Hasta dónde alcanza él en el abismo?” (p. 271).

Otro soneto en el cual se refiere Rilke explícitamente al tema del sufrimiento, es el Soneto N° 4 de la Primera Parte, que reza así:

*Oh vosotros, tiernos, entrad alguna vez
en el aliento que os ignora,
dejad que en vuestras mejillas se divida
y que tiemble tras vosotros unido una vez más.*

*Oh vosotros, los dichosos, los salvados,
que parecéis ser el comienzo de los corazones.
Arco y blanco de las flechas, brilla, más eterna aún,
vuestra sonrisa entre las lágrimas.*

*No temáis sufrir y lo que pesa
devolvedlo pues al peso de la tierra;
pesados son los montes y los mares.*

*Incluso esos árboles que plantasteis siendo niños,
hace tiempo que también ellos son pesados
y no podréis ya transportarlos. Pero los aires..., los espacios...*

En las últimas dos estrofas el poeta advierte a los amantes –cuya relación es el tema general del soneto– que no deben temer el sufrimiento, porque él es algo connatural al hombre durante su existencia terrena, pues en la tierra todo pesa, tanto los montes y los mares como los árboles y por cierto también la vida humana, que como bien sabemos, está llena de “pesares”. Pero nosotros debemos devolver esos pesares a la tierra, despojarnos así de su carga y comenzar el vuelo; porque frente al peso de la tierra, que nos tiene atrapados a través del sufrimiento y de la muerte, existen “los aires” y “los espacios”, que representan la fuerza contraria, la

fuerza del espíritu, el mismo que bajo el ropaje de ese “aliento” universal de la primera estrofa, nos espera para rodear nuestro ser por entero, temblando “tras vosotros unido una vez más”. Con la imagen de los árboles que plantamos en la infancia y que también se han tornado tan pesados que ya no podemos transportarlos, el poeta nos quiere mostrar de qué modo en esa etapa de la vida las experiencias y particularmente los dolores nos marcan tan profundamente que nos es muy difícil desprendernos más tarde de ellos. Y así, es probable que durante toda nuestra vida vamos a tener que cargar con formas de vivenciar y/o de comportarnos que fueron configuradas paso a paso por nuestras experiencias infantiles.

El misterio del dolor empieza a ser develado en el Soneto N° 8 de esta Primera Parte:

*Sólo en el espacio de la celebración cabe la queja,
la ninfa de la llorada fuente,
velando sobre nuestro sedimento
para que se aclare ante la misma roca*

*que sostiene pórticos y altares.
Mira, alrededor de sus callados hombros
se insinúa el sentimiento que sería ella
la más joven entre las hermanas de alma.*

*El júbilo sabe y la nostalgia confiesa;
sólo la queja aprende todavía y, con manos de niña,
cuenta noches enteras el antiguo mal.*

*Pero de súbito, inclinada e inexperta,
eleva una constelación de nuestra voz hacia los cielos,
los que no se empañan con su aliento.*

El primer verso, “Sólo en el espacio de la celebración cabe la queja”, nos anuncia de partida que el dolor y la expresión de éste sólo puede darse en el marco de la celebración para adquirir un sentido. En rigor, quejarse es expresarse, es manifestarse, es transformación de la inquietante y misteriosa realidad en lo que el poeta ha llamado en otra oportunidad “mundo interpretado”, que en último término corresponde al mundo del sentido. En el lamento, el destino desconocido y hermético para el hombre se torna verdad, es decir, se convierte en una significación determinada y válida dentro del mundo interpretado. Las Lamentaciones, esas figuras míticas que personifican el dolor en la Décima Elegía, se sitúan en las fronteras entre lo comunicable y lo incommunicable y por eso es que ellas son las que acompañan a los jóvenes muertos y en rigor, a todos los mortales, hasta el Más Allá.

En la segunda estrofa el poeta afirma que la queja, “esta ninfa de la llorada fuente”, es la más joven entre las “hermanas de alma”, vale decir, entre los sentimientos. Pienso que aquí se está refiriendo Rilke al sentimiento de la angustia, descubierto recién por Kierkegaard a mediados del siglo XIX y desconocido en los siglos anteriores, en una cultura que se comprendía a sí misma desde la Providencia Divina. Ahora, el que la ninfa vele para que el arroyo de nuestras lágrimas de sufrimiento –el que a su vez constituiría nuestro “sedimento”, o sea, nuestra esencia– se aclare (purifique) al pasar o chocar con la misma roca sobre la cual están contruidos los templos (“pórticos y altares”), tiene que ver probablemente con el origen de

las religiones. Sabemos que las distintas religiones de la humanidad se han ido formando sobre la roca del sufrimiento en al menos dos sentidos. En primer lugar, porque el hombre ha necesitado abrir un camino hacia lo alto, hacia el más allá, con el objeto de otorgarle un sentido a su dolor, con frecuencia tan inexplicable. En segundo lugar, porque en su origen hubo muchos sufrimientos, como es el caso del sacrificio inicial del dios, héroe o profeta.

Por último, el poeta nos dice que la Queja no olvida y así es como cada noche cuenta y repasa los dolores, pero que al mismo tiempo ella “aprende todavía”. ¿Y qué es lo que aprende? Que el sufrimiento y la celebración, en cuanto alabanza agradecida hacia los dioses, van siempre juntos; ellos son en cierto modo una misma cosa, algo que el niño y el adolescente ignoran, porque desconocen lo que es propiamente sufrir. Hacia el final del soneto este dolor personificado en ese ser que el poeta llama la Queja, se transforma en un intermediario, algo torpe, entre los hombres y los dioses. Así es como ella proyecta de pronto nuestro dolor en forma de lamento hacia el universo, hacia lo eterno (“hacia los cielos”), pero estos no se empañan con su aliento. El poeta nos deja aquí en la incertidumbre. ¿Es que este verso significa que los cielos ni siquiera se inmutan ante nuestro dolor, no registrando siquiera nuestro aliento? ¿O se trata más bien de lo contrario, de que al no empañarse ellos permanecen transparentes, abiertos y por lo tanto, eternamente receptivos a todo lo que venga de nosotros?

En las Elegías el tema del sufrimiento es tratado en forma aún más explícita, comenzando por la Primera, la del encuentro con la terrible belleza del ángel y del descubrimiento de nuestro desamparo, cuyos primeros versos rezan así:

*“¿Quién, si yo gritase, me oiría desde los coros
de los ángeles? Y aun suponiendo que alguno de ellos
me acogiera de pronto en su corazón, yo desaparecería
ante su existencia más poderosa. Porque lo bello no es sino
el comienzo de lo terrible, ése que todavía podemos soportar;
y lo admiramos tanto porque, sereno, desdeña el destruirnos.
Todo ángel es terrible.”*

Hacia el final de esta elegía, en la que se anuncian los grandes temas a ser tratados en las otras nueve, el poeta encuentra unos seres que quizás encierran en sí mismos el misterio de la existencia: los niños muertos y los jóvenes desaparecidos prematuramente, a quienes llama “los que se fueron temprano”. Y ellos nos enseñan que “desde la tristeza surge a menudo una prosperidad bienaventurada”. Por primera vez aparece la esperanza claramente ligada al sufrimiento y de hecho, la Primera Elegía termina con esa referencia al joven hijo de Apolo, Lino, creador de la música, y cuya trágica muerte nos dejó una vibración (la música) que “aun ahora nos arrebató, nos consuela y nos ayuda”. Es también el vuelco, la inversión (*der Umschlag*), concepto tan importante en la filosofía rilkeana: la angustia y el dolor pueden transformarse bruscamente en su contrario, en un nuevo sentimiento de seguridad, en un “entrañamiento” (*die Geborgenheit*), en una vuelta a las entrañas de la madre, al cobijo, al amparo absoluto. Es la experiencia liberadora de poder mantenerse en el espacio abierto del desamparo. Ya lo había dicho él años antes de terminar las elegías, al final de una impresionante dedicatoria escrita para su amigo Lucius von Stoedten en un ejemplar de su única novela, “Los Cuadernos de Malte”: “Pues lo que en definitiva nos cobija / es nuestro estar desamparados”.

En la Novena Elegía el sufrimiento ya aparece como uno de los valores superiores de la vida humana, junto al amor:

*“...Ah, y con respecto a la otra relación,
ay, ¿qué se lleva uno hacia el más allá? No el mirar, aquí
lentamente aprendido, y nada de lo que aquí ocurrió. Nada.
Pero sí los dolores. Sobre todo la pesadumbre,
también la larga experiencia del amor: es decir,
todo lo inefable...”*

El poeta nos enseña en esta elegía que hacia el otro mundo sólo podremos llevarnos las cosas inefables, aquellas que no se pueden expresar en palabras, como el sufrimiento, la pesadumbre y el amor. Y ellos serán nuestros tesoros para siempre y que nos acompañarán por toda la eternidad, aun cuando los mundos infinitos, los ángeles y los dioses sean superiores a nosotros, como lo afirma en el verso siguiente. Pocas veces le ha sido otorgada al dolor –fuera del ámbito religioso, insuperablemente ejemplificado en la persona de Jesucristo– una categoría más digna y elevada. Él es mucho más importante que todo lo visto, oído y experimentado, más que todo lo hecho y consumado a lo largo de la vida en este mundo. Y la única otra cosa que está a su altura como para acompañarnos por toda la eternidad, es “la larga experiencia del amor”, si pensamos que el tercero de los elementos mencionados por el poeta, la pesadumbre, es en rigor una forma, quizás si la más penosa, del dolor. Sólo a través de las experiencias dolorosas de la vida que conmueven al hombre en su ser más íntimo se abre esa profundidad última en la cual él puede encontrarse a sí mismo. Solo a través del dolor llega el hombre a lo esencial y cuando él intenta desviarse de los sufrimientos, como ocurre en la “feria” de la Décima Elegía, entonces se deja llevar de un lado a otro por las distracciones y se pierde a sí mismo, ahogándose en la superficialidad de las cosas.

La idea de la trascendencia del dolor vuelve a aparecer en la recién mencionada Décima Elegía, que representa la culminación del ciclo y cuyo tema es justamente el tránsito entre este mundo y el otro. La elegía comienza con un verdadero canto de júbilo, el que casi inmediatamente va a dar paso, como veremos, a la glorificación del dolor:

*“Que yo un día, al salir de esta visión sombría,
eleve mi canto de júbilo y gloria hacia los ángeles que nos son propicios...”*

En este largo recorrido a través de las nueve elegías anteriores el poeta había ya descubierto y conocido muchas cosas: la pequeñez de la condición humana y el terror ante la belleza del ángel; la desilusión del amor; la perturbadora aparición del eros en la adolescencia; el dolor infinito y el misterio que encierra la muerte infantil; la falsedad de las vidas espectaculares; el trágico destino del héroe; la amenaza de la técnica; la esclavitud del hombre al tener conciencia de la muerte frente a la libertad del animal, que no la tiene; y por último, en la Novena Elegía, el descubrimiento de la palabra como el instrumento para salvar las cosas de este mundo y darle sentido a la vida humana. En esta última elegía el poeta se reconcilia con el ángel (“que yo eleve mi canto a los ángeles que nos son propicios...”) y en los versos siguientes acepta el misterio del lado oscuro de la existencia y reconoce en el dolor nuestra condición más propia:

*“Oh, cómo me agradaréis entonces, noches de aflicción.
Que no os haya acogido de rodillas, hermanas inconsolables,
que yo, más aliviado, no me haya rendido
a vuestra cabellera suelta. Nosotros, pródigos en dolores,
cómo los vislumbramos por anticipado en la triste duración,
por si acaso terminan. Pero ellos son nuestro follaje
invernal y perenne, nuestro verdor oscuro del sentido,
una de las estaciones del año secreto, mas no sólo tiempo,
sino lugar, poblado, campamento, suelo, residencia...”*

En actitud de devoción religiosa (“de rodillas”) debe inclinarse el hombre ante el dolor, el cual desde la perspectiva de la muerte cercana es reconocido como la experiencia más sagrada. Aquí aparece representado por las “noches de aflicción”, las que no sólo han contenido mucho sufrimiento, sino que en cierto modo ellas mismas son el dolor. Y es por eso que el poeta se arrepiente de no haberse entregado aún más a él (“que... no me haya rendido a vuestra cabellera suelta...”) y termina reconociendo que el sufrimiento es nuestro “follaje invernal y perenne”, pero también el más secreto y oscuro sentido de nuestra existencia. ■

REFERENCIAS:

1. Auersperg, A.: Schmerz und Schmerzhaftigkeit. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag (1963).
2. Baudrillard, J.: El otro por sí mismo. Barcelona: Editorial Anagrama (1988).
3. Dörr, O.: “La depresión en la vida de la mujer”. En: Medicina de la mujer. Editado por José Adolfo Rodríguez P. y Gloria López S. Santiago: Mediterráneo (2001), pp. 221-231.
4. Dörr, O.: “La post modernidad y la pregunta por el sentido”. Revista Atenea (Universidad de Concepción, Chile) N° 484: 29-42 (2001).
5. Haag, H., van den Born, A., de Ausejo, S.: Diccionario de la Biblia. Barcelona: Editorial Herder (1987).
6. Heidegger, M.: “Wozu Dichter in dürftiger Zeit?” En: Holzwege. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann (1950).
7. López-Ibor A., J. J.: Los equivalentes depresivos. Madrid: Editorial Paz Montalvo (1972), 2ª Edición 1976.
8. Nácar, E. y Colunga, A.: Sagrada Biblia. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos (1958).
9. Rilke, R. M.: Las Elegías del Duino. Traducción, prólogo, notas y comentarios de Otto Dörr Zegers. Santiago: Editorial Universitaria (2000).
10. Rilke, R. M.: Sonetos a Orfeo. Traducción, prólogo, introducción y comentarios de Otto Dörr Zegers. Santiago: Editorial Universitaria (2002).
11. Sartre, J. P.: L'Être et le néant. París: Gallimard (1943).
12. Schneider, K.: Pathopsychologie der Gefühle und Triebe. Leipzig: Georg Thieme Verlag (1935).

COMENTARIOS

Ac. Cubillos. En primer lugar felicito al Dr. Dörr por su interesante y documentada exposición sobre un tema de enorme trascendencia. Abarca todo el sentido filosófico y obviamente tiene el complemento de la parte médica que es lo que nos compromete a la mayoría. Quiero agregar que, contrariamente al sentido materialista y negativo del dolor propuesto por algunos filósofos posmodernos, citados por el Dr. Dörr, se alza el pensamiento de S.S. Juan Pablo II en su carta apostólica “*Salvici Doloris*” (el dolor salvador), quien afirma que el sentido del

dolor y del sufrimiento es verdaderamente sobrenatural y a la vez humano. “*Es sobrenatural porque se arraiga en el misterio divino de la redención del mundo y es también profundamente humano porque en él, el hombre se encuentra a sí mismo, su propia humanidad, su propia dignidad y su propia misión...*” El Santo Padre, coherente con esta perspectiva, en su propia existencia dio elocuente y fiel testimonio de esta postura frente al dolor.

Ac. Mons. Piñera. Quiero hacer una reflexión que no es tanto sobre el tema como sobre la relación del Dr. Dörr con Rainer María Rilke. He tratado de leer a Rilke; me queda muy arriba, tengo otra formación literaria u otra cultura, pero asomándome a un poeta como Rilke yo siento que es un hombre que a uno lo dilata, lo engrandece, lo hace crecer en el sentido que hace estallar el mundo en el cual uno vive. Me imagino lo que debe ser para un hombre como el Dr. Dörr el tener esa amistad íntima de muchos años con un hombre como Rilke, de haberlo leído y releído muchas veces, de haberlo traducido a otro idioma, lo que obliga a entender más a fondo todavía, el haberle pedido ayuda para entender mejor los problemas de su propia especialidad médica. Por ejemplo, el Dr. Dörr nos ha dado una charla sobre el dolor de por sí muy interesante pero es la conversa con Rilke que le saca tonalidades nuevas, abre horizontes. Me llama la atención ese hecho y he leído en los libros de las traducciones de Rilke por el Dr. Dörr y puedo decir que conocí a Rilke por esos libros, antes había leído libros sobre Rilke pero nunca había hecho un esfuerzo por entrar en su poesía. Quería resaltar lo importante que puede ser para cualquiera tener, por decirlo así, un amigo de una calidad intelectual superior, como que nos engrandece, como que nos purifica, como que nos aclara. Felicito al Dr. Dörr por ser testigo de esa realidad.

Ac. Parada. Felicito al Dr. Dörr por su brillante exposición muy pormenorizada, ampliada, histórica y pertinente dentro del quehacer nuestro. Los psiquiatras tenemos mucho que ver con el sufrimiento y su significación, con la muerte. Los médicos asistenciales lo eran porque asistían a las muertes de sus propios pacientes, cuando la medicina era muy precaria en el sentido de sus eficacias. Los alcances que hace sobre Rilke y comparto lo que decía Monseñor Piñera, en el sentido de que la traducción que hizo el Dr. Dörr la supera muchísimo a la lectura que en nuestra época de jóvenes hacíamos sobre Rilke, un Rilke muy torpe, que nos entusiasmaba mucho pero no en la profundidad que le da el Dr. Dörr.

Es muy interesante en la conferencia también los puntos que destaca en los 5 elementos que empiezan a modificar a fines del siglo XIX: la angustia, la indulgia, etc. y de qué modo se va produciendo una transformación. El haber hecho un trabajo hermenéutico a propósito de Rilke para entender el sufrimiento, el dolor, la queja, ha sido muy importante. Hoy día hay una tendencia a trivializar muchas de estas cosas y parece que un quejumbroso fuera una persona un poco cargante, es decir no vemos la profundidad que hay en pequeños sentimientos y emociones.

Ha sido una hermosa conferencia muy bien elaborada y que abre una serie de interrogantes.

Ac. Velasco, Marta. A mí me parece que el dolor muchas veces se traspasa de un ser a otro tanto al que rodea ese entorno. El dolor físico en las personas traspasa a su entorno y el dolor del alma también y puede alterar incluso a una familia. Pienso que es eso lo que se difunde.

Ac. Rodríguez. Agradezco al Dr. Dörr por habernos deleitado con esta magnífica conferencia y como se ha dicho, creo que los médicos tenemos bastante que ver con el dolor pero mucho menos con el sufrimiento; de hecho hay hasta una especialidad que se dedica al

manejo del dolor pero poco al manejo del sufrimiento. En este sentido mi pregunta es: ¿cómo enfrenta la mentalidad materialista el sufrimiento? Porque en la mentalidad no materialista el sufrimiento puede ser visto desde muchas perspectivas, incluso enriquecedor, basado en la esperanza y en el amor, pero cuando no existe nada de eso el sufrimiento tiene que ser la tragedia más radical, por eso entonces se considera una situación de indignidad y también se habla de morir con dignidad, para no experimentar sufrimiento.

Ac. Rosselot. Aparte de elogiar una vez más al Dr. Dörr por su presentación quería referirme a cómo nos abre un campo o un ámbito del ejercicio de la medicina que se nos había quedado rezagado. Hoy día se insiste en que el deber del médico es no solamente sanar sino que cuidar, lo que supone evitar sufrimientos y dar esperanza; acompañar en el duelo, en la congoja y en la angustia; mucho más allá de lo que es puramente físico o que pudiera pensarse que es la parte materialista de nuestro ejercicio. Ha sido una muy buena presentación, nos abre nuevos caminos y por algo la medicina hoy día se orienta o debiera orientarse fundamentalmente a tratar el dolor, porque es una manera también de prevenir otros problemas. Sabemos que los cuidados intensivos son la mejor manera de evitar la tendencia del hombre al suicidio, a buscar caminos como la eutanasia o el apresuramiento de su muerte porque no puede soportar el dolor y el sufrimiento.

Hay una cosa que me inquieta porque no sé si es una cuestión de prejuicio o de otro aspecto y que ha planteado el Dr. Dörr, el decir que a diferencia del hombre el resto de las especies vivas no sufren; yo creo que sufren. He visto perros angustiarse porque el amo cierra la puerta de la casa y se va; el animal queda llorando y eso es sufrimiento: Puede no haber dolor, puede haber una reacción y una elucubración del pensamiento como lo que tenemos nosotros, pero no cabe duda de que sufren y hay presentimientos en los animales que también revelan sufrimiento. Es un tema que habría que investigarlo más de cerca, creo que los animales son más parecidos al hombre de lo que uno piensa, en general. Las plantas también sufren, todos tenemos la experiencia, sobre todo las señoras, de conversar a las plantas y tienen absoluta conciencia de que ese cuidado; es beneficioso y las plantas florecen con el amor que se les puede expresar y es una manera de conversar también un desequilibrio emocional que deben tener los vegetales.

Ac. Dörr (Relator). Respecto a lo que planteó Monseñor Piñera, es cierto: yo leí al inicio una mala traducción del Poeta Rainer María Rilke, pero de todas maneras me impresionó y en este proceso y esfuerzo por mejorar su conocimiento me fui encontrando con un profeta de tales dimensiones que es inagotable. Me ha pasado que cada vez que quiero reflexionar sobre algo, reviso para ver qué dijo Rilke, como también reviso qué dijo Platón, y así me he ido encontrando iluminaciones o esclarecimientos de problemas complejos, como el sufrimiento. No puede haber algo más complicado que el sufrimiento.

Respecto a lo que señaló el Dr. Rosselot sobre el sufrimiento de los animales, él tiene toda la razón, porque hay distintos niveles de sufrimiento y el dolor lo tienen los animales de todas maneras, no hay más que pinchar a un perro y verlo cómo reacciona. Lo que pasa es que los animales tienen una capacidad de intuición muy desarrollada o mayor que los humanos, de hecho se dan cuenta cómo está el amo mucho mejor que él. Por ejemplo, mi mujer tiene una gata y yo no tengo una muy buena relación con los animales adentro de la casa aunque me encantan afuera, y la gata se da cuenta y no me busca, ni se me acerca, pero un día estuve enfermo en cama con fiebre y la gata fue y se puso a los pies de la cama y me acompañó, porque entiende que yo lo estoy pasando mal y va y me acompaña. Las historias con los perros en ese sentido son infinitas. Lo que ocurre es que lo que no tienen los animales es un sentido his-

tórico, conciencia del tiempo y resulta que los dolores más espirituales, por ejemplo por una pérdida, por un fracaso o por una desilusión, son dolores que implican estar reteniendo lo de atrás y estar adelantando el futuro, esa inmediatez que tiene en la vida el animal es la que le permite ahorrarse esto que nosotros tenemos de sentir dolor espiritual.

Volviendo a Rilke, eso es lo que me ha pasado con él y ya no tengo remedio. También hay una historia personal detrás, yo también perdí a mi hijo y toda mi vida ha sido una búsqueda continua. Hay dolores que invaden a la familia completa, cuando alguien está muy enfermo por ejemplo, sobre todo ustedes pueden percibir lo terrible que es y nosotros los psiquiatras también lo percibimos pero quizás de otra manera porque no está la muerte como una amenaza, sino que está la locura, el desvarío y ese repentino diagnóstico cambia la cara de todos los integrantes de la familia, cambia la manera de dormir, la manera de relacionarse, el diálogo, en fin todo, porque la atmósfera está cargada de dolor.

Respecto a lo señalado por el Dr. Rodríguez Portales y que me pregunta qué pasa con el sufrimiento en este mundo postmoderno, es un tema de la mayor importancia; porque ¿qué es lo que ha hecho la medicina con el sufrimiento?, la ha medicamentado con antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, neurolépticos; también no permite que la gente sufra. En este momento el sufrimiento es un síntoma, está muy mal, está depresivo y ahí empiezan las tragedias porque los medicamentos no son inocentes, tienen una cantidad de efectos secundarios. Siempre cuento como una anécdota tipo de lo que pasa con la mujer que tiene un problema sentimental y está sufriendo y la mandan al psiquiatra o donde el internista también y le dan tal o cual medicamento, con lo que la mujer sube 15 Kg y queda frígida; entonces no tenemos la posibilidad de resolver su problema sentimental, el daño que se le está haciendo a ella con los medicamentos o fármacos, es terrible y todo esto es producto de no aceptar el sufrimiento, la angustia como una manifestación muy humana, la persona que no pasa por la angustia no llega al fondo, no llega a la profundidad, se queda en la feria de vanidades.

Rafael, en el fondo tú haces una referencia histórica por un lado de nuestro descubrimiento de Rilke. En realidad lo descubrimos en las cartas porque esas están bien traducidas y que son las cartas al joven poeta; fue un libro determinante en nuestra juventud, en los años 50, andábamos todos colgados del libro, eran 5 cartas que le escribió a un poeta que le preguntaba si debía o no escribir, qué podía hacer con su vida, etc.; esas 5 cartas eran muy impresionantes. También intentamos leer las poesías y eran incomprensibles ya que las traducciones español-las eran muy literales y realmente no entusiasman. En mi traducción creo haber hecho un esfuerzo para hacerlas un poco más comprensibles.

Por último el Dr. Parada aludía a la pregunta del sentido y traté yo de ir desarrollándolo, pero es una pregunta infinita. Voy a llevar esto al extremo del dolor porque hemos varios que lo hemos experimentado. Rilke no perdió ningún hijo, tuvo una sola hija que sobrevivió hasta hace poco y sin embargo toda la vida se detuvo y su tema central en las diez Elegías se refería a la muerte de un hijo. Él decía que si la muerte de un hijo no tiene sentido.

Ac. Armas. El dolor, la pena, la tristeza vienen muy del alma de la persona. Me perturba mucho que esta pena o tristeza que viene del alma la cambie el litio, la cambie la química, porque algo que viene de la esencia del ser humano lo cambia el medicamento. El Dr. Dörr caricaturizó el rol de los medicamentos, pero pueden salvar vidas también. Los antidepresivos me confunden este tema.

El otro comentario es respecto de lo que dijo la Dra. Marta Velasco. Testigos del funeral de las niñas del Colegio Cumbres, han comentado cómo una situación intensamente doloroso-

sa fue extremadamente en paz, fue un momento de profunda solidaridad. No estuve ahí pero lo he leído y hoy en El Mercurio hay un artículo de don Juan de Dios Vial Larraín que describe eso. Ahí se contagió todo el mundo de mucha paz y esa es la interpretación de un hecho desde un punto de vista religioso, lo que permitió cambiar completamente la interpretación del hecho. Eso es otro asunto relacionado con el dolor. El Dr. Dörr se refería a la muerte de un hijo, es mucho más fácil interpretar la muerte de un hijo con una mirada religiosa que sin ella y eso fue lo que le ocurrió a esta muchedumbre que hubo en ese funeral.

Ac. Dörr (Relator). El asunto de los medicamentos. Evidentemente que hay enfermedades depresivas y mientras más profunda la depresión menos sufrimientos sientes; los clásicos describían las depresiones sin depresión. Hay depresiones que cuando se profundizan mucho pierden la capacidad de sufrir, quiero decir que el sufrimiento depresivo es distinto al sufrimiento humano. Lo grave no es tratar depresión verdadera, lo grave es tratar de medicamentar el sufrimiento humano que es parte de la vida humana, porque se le quita la posibilidad de la búsqueda del sentido del sufrimiento y además se agregan las consecuencias de los efectos colaterales. Es muy complejo el asunto porque dónde está el límite, pero la sociedad moderna tiene una especie de terror al sufrimiento y una búsqueda de anestésico, es una sociedad anestesiada, pero junto con eliminar los dolores se está eliminando la posibilidad de crear también. Los grandes creadores han sido personas que han sufrido mucho, Rilke pasó dos años completos en cama, no sabemos si tuvo una depresión; mi maestro Tellembach decía que no era depresión y que ese era un estado especial que tenían los genios porque se les apagaba la creatividad y que ellos sufrían por no poder crear. Hay una confusión muy grande entre el dolor verdadero, físico o angustia sicótica o angustia severa depresiva y angustia normal o dolor normal. Estamos en una sociedad anestesiada y eso es tremendamente negativo.

Ac. Goic (Presidente). El Dr. Dörr nos ha traído un tema que es central en medicina como aquí ha sido señalado: *el dolor*. Probablemente, la causa más frecuente de consulta que nos hacen a los médicos es por dolor. De lo que hemos escuchado aquí, uno podría distinguir dos o tres dimensiones del dolor: hay una *dimensión semiológica* a la cual el Dr. Dörr también hizo referencia y que es lo que nosotros manejamos habitualmente: su ubicación, su irradiación, sus síntomas acompañantes, etc.; hay también una *dimensión sicosomática*, que también es un tema propiamente médico, y que, probablemente, dominamos menos que los aspectos semiológicos tradicionales del dolor. Es decir, muchas veces no nos percatamos que detrás de un dolor físico -somático- hay un componente psicológico o emocional. En la práctica de la medicina los médicos nos vemos habitualmente comprometidos tanto con las facetas semiológicas como sicosomáticas del dolor. El manejo adecuado de estas dos dimensiones es de extraordinaria importancia; los pocos éxitos profesionales que pude haber tenido se han debido a haber interrogado e interpretado muy correctamente el dolor por el cual consulta un paciente. En tercer lugar, hay una dimensión que podríamos llamar *antropológica, religiosa o teológica* del dolor, que es a lo que centralmente se ha referido el Dr. Dörr esta mañana. No siendo estrictamente un componente técnico de la práctica médica, no parece haber dudas de que la enriquece y, en algunos casos particulares, puede ser muy importante que el médico la considere.

Me parece que lo valioso de las reflexiones que llegan a la tribuna de la Academia de Medicina es precisamente poder extender lo que es propiamente el conocimiento médico a perspectivas que están relacionadas con él y que, habitualmente, no son tratadas en la formación de los estudiantes de medicina.

Dr. Dörr, le reiteramos nuestras felicitaciones y le agradecemos que haya concurrido a ilustrarnos sobre este aspecto tan importante que se relaciona muy decisivamente con el ejercicio de la medicina.

*ALEXANDER VON HUMBOLDT: GENIO UNIVERSAL.
SU INTERÉS POR TEMAS BIOMÉDICOS Y SU
INFLUENCIA EN LA MEDICINA CHILENA^(*)(**)*

DR. LORENZO CUBILLOS O.
Académico Honorario

I. INTRODUCCIÓN

Durante mi formación quirúrgica de postgrado en Alemania (Düsseldorf), a mediados del siglo XX, fui becado por la Fundación Alexander von Humboldt (1956-1957). Esta experiencia influyó fuertemente en mi desarrollo personal y en mi vida profesional, académica y cultural. En aquel entonces, mi conocimiento sobre Humboldt era escaso, contrastando con la generosidad de la institución homónima. Esto me llevó a interesarme en su biografía y a descubrir la extraordinaria personalidad y obra de este investigador.

Próximos a conmemorar los 240 años del natalicio y el sesquicentenario de la muerte de este genial⁽¹⁾ científico naturalista (Figura 1), me permito destacar su enorme trascendencia y dar a conocer su interés por temas biomédicos y la influencia que tuvo en la cultura y la Medicina chilena.

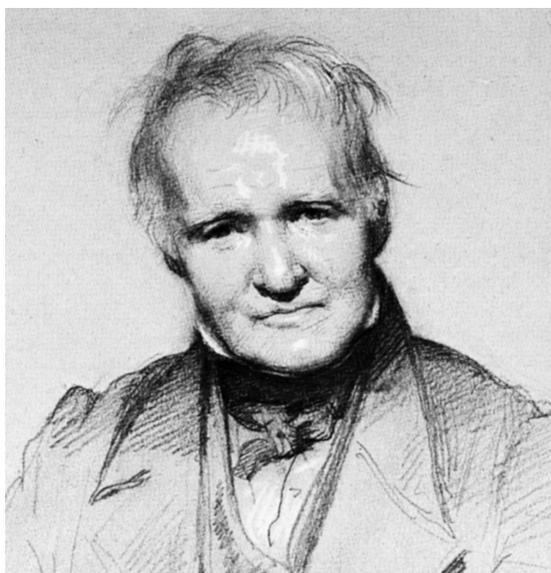


FIGURA 1. Alexander von Humboldt (1769-1859).
Dibujo de Rudolph Lehmann (1848). Se encuentra en el Museo
Británico de Londres.

Su viaje a las regiones equinociales del Nuevo Continente (1799-1804) se ha considerado, simbólicamente, como el descubrimiento científico de América, representando un aspecto diferente y complementario al descubrimiento geográfico de Cristóbal Colón. En efecto, el viaje planeado por Humboldt fue esencialmente distinto a todos los grandes viajes anteriores alrededor del mundo, patrocinados por otros países europeos. Éstos eran sobre todo viajes de circunnavegación, que perseguían finalidades políticas y coloniales y sólo accesoriamente llegaban a ser útiles a la investigación⁽²⁾. El gran viaje de Humboldt fue el primero efectuado con fines de investigación puramente científicos, en toda la historia espiritual de Occidente⁽²⁾. Dio a conocer en Europa la importancia y el auténtico valor del continente americano, hasta entonces subestimado por su estigma salvaje, por su carácter

* Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 5 de noviembre, 2008

** Aporte a la Conmemoración del sesquicentenario de la muerte de Alexander Von Humboldt (1859 - 2009).

inmaduro y por el mito de estar habitado por especies degeneradas o de segunda clase⁽³⁾. La hazaña de Humboldt marcó un hito en la investigación moderna, conmovió los círculos científicos europeos y estimuló a muchos investigadores a seguir su huella. Humboldt, por su espíritu humanista y libertario⁽⁴⁾, rechazó la esclavitud que existía en América bajo el dominio español. Esta inquietud la transfirió a Simón Bolívar, quién, al acogerla, se transformó en paladín de la independencia americana.

Desde un punto de vista filosófico, Humboldt sustentó una posición armonizadora de las Ciencias Naturales con la Filosofía de la Naturaleza y el Arte, como lo señala Dietrich von Engelhardt⁽⁵⁾. En "Cosmos", su obra monumental, Humboldt nos entrega una visión científica empírica de la totalidad de la Naturaleza, como si fuese un completo y bello retrato de ella. Además, nos dice "la consecuencia más importante del estudio sensato estriba en reconocer la unidad en la diversidad" y agrega "el singular destino del hombre consiste en captar el espíritu de la Naturaleza, que se oculta bajo las apariencias".

Sin duda, el científico prusiano fue un genio universal⁽¹⁾ y ningún campo del conocimiento le estuvo vedado. Aunque, en su ruta por América, nunca estuvo en Chile, tuvo gran interés y aprecio por nuestro país, del cual se informó detalladamente a través de otros investigadores de la Naturaleza.

II. BREVE BIOGRAFÍA⁽⁶⁾

Alexander von Humboldt nació en Berlín el 14 de septiembre de 1769 y en la misma ciudad, murió el 6 de mayo de 1859. Vivió en la época de la Ilustración. Fue contemporáneo, entre otros, de los filósofos⁽⁷⁾ Manuel Kant (1724-1804), J. Godofredo Herder (1744-1803), J. Wolfgang Goethe (1749-1832), Arturo Schopenhauer (1788-1860), de J.C.Federico Schiller (1759-1805), Napoleón Bonaparte (1769-1821), del Duque de Wellington (1769-1852), de Andrés Bello (1781-1865) y de nuestros compatriotas, el Abate Juan Ignacio Molina (1740-1829), Fray Pedro Manuel Chaparro (1770-1811) y Bernardo O'Higgins (1776-1842). Su hermano, Guillermo von Humboldt (1767-1835), gran humanista, filólogo y diplomático, fue fundador en Berlín de la Universidad que lleva su nombre. Alexander, inclinado desde sus primeros años a los estudios de la Naturaleza, hizo algunos viajes científicos por Alemania e Italia, y en 1799 inició junto al botánico francés, Aimé Bonpland, un recorrido por América, que duró cinco años (1799-1804), retornando a Europa con múltiples observaciones de aquellas regiones, utilísimas para la Geografía, Etnografía y la Historia Natural. Residió después muchos años en París, dedicándose al estudio de la Química con J. L.Gay-Lussac (1778-1850), y al volver a su patria (1827) recibió el nombramiento de consejero privado, y hasta su muerte gozó de la consideración del mundo científico. En 1829, emprendió un viaje al Asia central, que duró nueve meses, y en el cual realizó interesantes observaciones científicas⁽⁸⁾. Posteriormente, escribió múltiples obras en que demostró su sólida formación y la universalidad de su espíritu, que fueron base para que Emerson lo considerara el "Aristóteles moderno". Fue miembro de múltiples Sociedades Científicas europeas y condecorado por numerosos países. Dentro de sus principales obras se destacan: "Visiones de la naturaleza", "Viajes a las regiones equinociales del Nuevo Continente", "Vistas de las cordilleras y monumentos de los pueblos indígenas de la América", "Ensayo político sobre el reino de la Nueva España", "Obras sobre Astronomía y Vulcanología", "Física general y Geología", "De la distribución geográfica de las plantas", "De las líneas isotérmicas y de la distribución del calor sobre el globo", "Ensayo político sobre la isla de Cuba" y "Cosmos o ensayo de una descripción física del mundo"⁽⁹⁾. Esta última es su obra cumbre y enciclopédica. En ella supo reunir todos los conocimientos humanos desde el punto de vista físico y con sentido holístico, conservando su característica fresca de estilo y fuerza imaginativa.

III. A. V. HUMBOLDT Y LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS

En 1828, la Facultad de Medicina de la Universidad de Bonn le concedió el título de *Doctor Honoris Causa*, por sus importantes trabajos en los campos de la Fisiología y de la Patología⁽¹⁰⁾. Este honor iba dirigido a un hombre que en Medicina era autodidacta genial, lo mismo que en la mayoría de otros campos del saber. Humboldt, en sentido estricto, nunca estudió Medicina, pero después de asistir a un curso de Historia Natural dictado por J. F. Blumenbach en Göttingen, se introdujo en los estudios de la Anatomía Comparada, de la Fisiología y de las Ciencias Naturales, en general. Lo que desde un comienzo caracterizó la ciencia de Humboldt fue su capacidad de partir de la observación y del conocimiento del objeto, para llegar a un planteamiento más amplio, a menudo con perspectivas sorprendentes y enlazarlo con cuestiones metódicas de principio. Fue **cultor entusiasta de la experimentación en la investigación**, llegando a declarar que él *“no podría existir sin experimentar”*.

La temática biomédica que interesó a Humboldt ha sido estudiada especialmente por los Profesores Heinrich Schipperges⁽¹¹⁾ y Werner F. Kümme⁽¹⁰⁾. Dentro de estos tópicos, se destacan:

El **fenómeno galvánico**, que lo introdujo en la investigación electrofisiológica, aun en su propia persona⁽¹²⁾, para penetrar en el estudio del problema de los seres vivientes. La experiencia recogida la publicó en su trabajo *“Experiencias acerca del galvanismo, y en general, sobre la irritabilidad de las fibras musculares y nerviosas”*. En Sudamérica, fue pionero en realizar experimentos galvánicos en peces eléctricos.

La **meteorología subterránea**. Después de sus estudios en la Academia de Minería de Freiberg, Humboldt trabajó en la Administración Prusiana de Minas. Le fascinó el descubrimiento de una flora y una fauna en el interior de la tierra, pero aun más la “meteorología subterránea”, que en aquella época había sido muy poco investigada. Se interesó por la supuesta relación entre las malas condiciones del aire bajo la tierra y graves enfermedades de los mineros (cita p. ej. osteopatías, “clorosis”, adenosclerosis, exantemas, asma). Al reconocer que el explosivo gas grisú se origina a partir de determinadas mezclas gaseosas, dio a conocer esta experiencia, para que fuera contemplada en medidas preventivas. Midió temperaturas y contenidos de O₂, N y CO₂ en el aire de las galerías de las minas y experimentó en sí mismo los problemas respiratorios de los mineros, y esto lo indujo a preocuparse de la seguridad de ellos. Diseñó un aparato respirador (Figura 2) para el salvamento de los obreros accidentados, basado en la

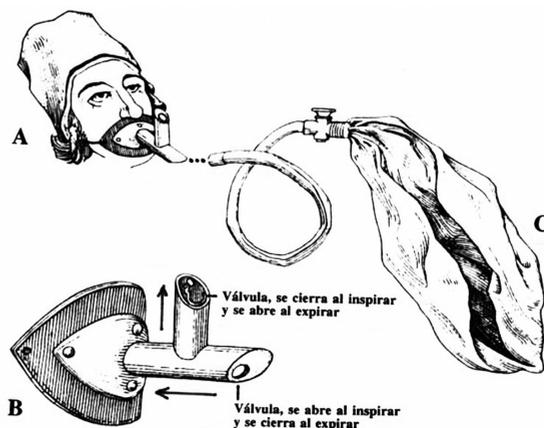


FIGURA 2. Aparato respirador de Humboldt, para el salvamento de mineros accidentados. Consiste en:

- A. Una mascarilla aplicable a la boca de un minero.
- B. Conectada a un tubo de doble paso, valvular, en el cual la rama horizontal solo permite inspirar el aire y la rama vertical, solo espirarlo; las flechas indican la dirección del flujo gaseoso.
- C. Bolsa de aire, con llave de regulación, conectada a una manguera flexible, la cual se adapta a la rama de inspiración (horizontal) del tubo de doble paso. Imágenes simplificadas por el Dr. Lorenzo Cubillos, de la ilustración del capítulo “Alexander von Humboldt y la medicina” del dr. Werner Kümme, del libro de Wolfgang-Hagen Hein “Alexander von Humboldt. La vida y la obra”.¹¹

separación del aire inspirado y expirado. Estos aportes permiten reconocer a Humboldt como pionero en la Medicina laboral.

El “**mal de altura o de montaña**”. En su ascensión a grandes cumbres americanas, registró las variaciones de la presión atmosférica y la capacidad de absorción del oxígeno. Con anterioridad, había investigado los cambios de estos parámetros en las profundidades del mar. En ambas circunstancias, pudo apreciar la capacidad de adaptación del organismo humano a las modificaciones barométricas y de las tensiones de oxígeno, hechos que son fundamentales en la moderna exploración espacial y submarina.

La “**geofagia**” o costumbre de comer lodo fino, a falta de alimentos, observada en los indígenas otomacos del Orinoco, lo hizo plantearse consideraciones fundamentales sobre la fisiología de la digestión, sus aspectos químicos y su proyección en aspectos sociales de la nutrición humana.

Malaria y fiebre amarilla. Durante la travesía a Sudamérica, se declaró la fiebre amarilla a bordo del buque “Pizarro”. Aunque Humboldt no enfermó y no estaba demostrado que la enfermedad se contagiase por contacto, por precaución, desembarcó en Cumaná. Sin la fiebre amarilla, Humboldt habría iniciado sus investigaciones en México o Cuba y como él mismo escribe, tal vez no habría llegado nunca al Orinoco⁽¹³⁾. Durante el resto del viaje se libró de la fiebre amarilla y de la malaria e incluso “*se sintió mejor de salud que cuando estaba en Europa*”. Dada la difusión de estas dos enfermedades en las costas y en los ríos del trópico, este tema médico le preocupó especialmente durante su expedición e hizo observaciones epidemiológicas al respecto, época en que prevalecía la teoría de las miasmas. Al respecto señala “*son también el enorme calor y la elevada humedad del aire las que parecen ser las causas principales de la malaria en el Orinoco, a través de las miasmas, mientras que éstas no se producen en las áridas sabanas*”. Pero Humboldt consideró también la mala situación nutricional de las personas como un factor que favorece las epidemias y destacó la “*desastrosa asociación entre pobreza y enfermedad*”. A propósito de la fiebre amarilla, Humboldt estableció categóricamente: “*por debajo de una determinada temperatura se extingue la epidemia; los enfermos que son llevados a localidades más frías situadas a mayor altura, no contagian a los habitantes del lugar, ya sea porque la enfermedad no es contagiosa en sí o porque aquí desaparecen las causas predisponentes que existen en la costa*”. Estas observaciones fueron hechas mucho antes que se conociera el agente etiológico y el rol de los mosquitos como vectores de ambas enfermedades. Humboldt, al igual que otros exploradores, también se habría interesado por el estudio del árbol de la chinchona (su alcaloide es la quinina), cuya corteza utilizaban los indígenas americanos de las regiones tropicales, para tratar la malaria.

Pionero en el estudio científico del curare⁽¹⁴⁾. En 1800, en su expedición por el Orinoco, Humboldt y Bonpland descubrieron una planta trepadora conocida como bejuco de mavacure (liana de la familia de las estricnáceas), que constituye el componente activo del curare, con el que los indios envenenaban las flechas. En Esmeralda, una localidad de esa zona, observaron la preparación del veneno y, junto con la descripción del proceso⁽¹⁵⁾, enviaron muestras de curare a A.F. Fourcroy de París, para su estudio. Se puede aseverar que “*una observación exacta y la obtención de material para su análisis en laboratorio, son los verdaderos comienzos del estudio científico del curare*”. J.B. Boussingault, discípulo de Humboldt, junto con F.D. Roulin, en 1827, aislaron por primera vez una base alcalina del curare. Los hermanos Schomburgk dieron el nombre botánico de *Strychnos toxifera* a la liana de la cual se extrae el curare, sustancia que despertó interés progresivo en diversos investigadores. Claude Bernard recomendó el uso del curare contra el tétanos. Estudios posteriores condujeron a la síntesis de la d-tubocurrarina, que hasta hoy se usa en Anestesiología como relajante muscular.

IV. A.V. HUMBOLDT, SU NEXO Y SU PROYECCIÓN EN CHILE.

La sólida formación enciclopédica adquirida por Humboldt en su juventud y la información recibida de eminentes científicos viajeros como Georg Foster⁽¹⁶⁾ -que había dado la vuelta al mundo con el Capitán Cook- permiten suponer que Humboldt tuvo interés particular por Chile. En una carta dirigida en 1857, a Don Vicente Pérez Rosales⁽¹⁷⁾ - a la sazón Cónsul General de Chile en Hamburgo- junto con elogiar a nuestro país, le comunicó: “ *sentí mucho no haber podido penetrar más lejos hacia el sur, cuando llegué al Callao*”. Su interés por Chile también lo demostró cuando se midió astronómicamente la longitud de nuestro país, aprovechando su observación del paso del planeta Mercurio (Callao, 1802).

A Humboldt le fascinaban las montañas. Como símbolo de su espíritu idealista y de superación, escaló y alcanzó, entre otras, las cimas del Pico de Teyde en Tenerife, de los volcanes Pichincha y Chimborazo, en Ecuador; del volcán Jorullo, en Méjico y del volcán Vesubio en Italia. Le atrajo especialmente la vulcanología y el tema de los temblores. A través del “ *Compendio de historia geográfica, natural y civil del Reino de Chile*” del Abate Molina⁽¹⁸⁾, se impuso de las altas cumbres chilenas de la cordillera de los Andes, que describió en “ *Cosmos*”, con información adicional de Claudio Gay.

En septiembre de 1802, al llegar al alto de Huangamarca del Perú, el científico relató⁽¹⁹⁾: “ *Veíamos al fin, por primera vez, el Mar del Sur; lo veíamos claramente haciendo resplandecer cerca de las costas una enorme masa de luz y elevándose en su inmensidad hasta el horizonte*”. En Guamán, en esa misma época, Humboldt midió la temperatura de la corriente del Mar del Sur, que lleva hacia las costas de Chile y del Perú, las aguas frías de las latitudes australes, influyendo de manera bien perceptible en el clima del litoral (“ *Cosmos*”). Aunque universalmente se reconoce como corriente de Humboldt, él mismo consideró desproporcionado este calificativo⁽²⁰⁾. En efecto, él no descubrió esta corriente, ni mucho menos ya que era conocida por todos los pescadores entre Chile y Payta durante los últimos 300 años. Fue, simplemente, el primero en realizar mediciones oceanográficas de la misma y examinar sus características geográficas.

En marzo de 1850, Humboldt preocupado de ampliar este estudio, encargó esta misión a don Rodolfo Amando Philippi⁽²¹⁾, que migraba a Chile: “ *No olvide examinar las corrientes frías del mar, su temperatura, ancho y dirección (primero de Sur a Norte y en seguida de Este a Oeste), las cuales he descrito en el Perú*”.

Humboldt, como gran científico naturalista, tuvo especial interés por la Antropología y, en especial, por el estudio de las etnias. Se interesó vivamente por la variada fauna americana; entre otros, describió el cóndor. El investigador Meyen asignó el nombre de Humboldt a la variedad de pingüinos que habita el litoral chileno (*Spheniscus humboldti Meyen*). Humboldt se embelesó e investigó con fruición la flora americana. Conoció y admiró la obra de Claudio Gay⁽²²⁾. A propósito de la papa, admitió que este tubérculo es de origen chilote, compartiendo la opinión del Abate Molina. También estuvo informado de los estudios geológicos de Chile, realizados por Ignacio Domeyko y de aquellos astronómicos, efectuados por Moesta.

La insatisfacción de Humboldt, por no haber podido investigar personalmente la Naturaleza en las regiones meridionales de Sudamérica, en particular de Chile, se compensó con las exploraciones realizadas por sus continuadores Eduardo Poeppig⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾, Francisco J.F. Meyen⁽²⁶⁾, Juan J. von Tschudi⁽²⁶⁾, el Barón Ernesto von Bibra⁽²⁷⁾, José Juan Bruner⁽²⁸⁾, Bernardo Eunom Philippi⁽²⁹⁾, Rodolfo Amando Philippi⁽³⁰⁾, Francisco Fonck⁽³¹⁾, Federico E. von Kittlitz⁽³²⁾, Adalberto von Chamisso⁽³³⁾ y otros naturalistas, que asumieron esta tarea con el rigor científico y la mística humboldtiana. La ilustración pictórica no sólo de las bellezas naturales, sino que

también de la etnografía y del costumbrismo, la inmortalizó magistralmente Juan Mauricio Rugendas⁽³⁴⁾, seguido por Otto Grashof⁽³⁵⁾, Ludwig Choris⁽³⁶⁾, Teodoro Ohlsen⁽³⁷⁾ y otros artistas.

Humboldt estuvo muy interiorizado de la situación política que siguió a la emancipación de los pueblos americanos y reconoció que de todos ellos, Chile era el que gozaba de mayor estabilidad a mediados del siglo XIX. Guillermo Feliú Cruz⁽³⁸⁾, nos dice al respecto: *"Humboldt miraba hacia Chile con simpatía, por su organización republicana seria y estable y porque aquí trabajaban algunos de sus amigos o discípulos"*. Don Vicente Pérez Rosales⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾, gran propulsor de la colonización alemana en la región austral de Chile tomó contacto con Humboldt en Alemania y recibió su estímulo en esta gran misión.

Humboldt estableció un importante relación con hombres que en Chile cultivaron las Ciencias del Espíritu y las Ciencias Naturales, en el siglo XIX. Entre otros, el Abate Molina⁽⁴¹⁾ (Figura 3a), el Dr. José Juan Bruner, los hermanos Philippi, el Dr. Francisco Fonck (Figura 3d) y Don Andrés Bello⁽⁴²⁾ (Figura 3b). Este último, cuando vivía en Caracas, acompañó a Alexan-

FIGURA 3. Personajes vinculados a Chile, relacionados con Humboldt



FIGURA 3A. Abate Juan Ignacio Molina González, S.J., (1740-1829)

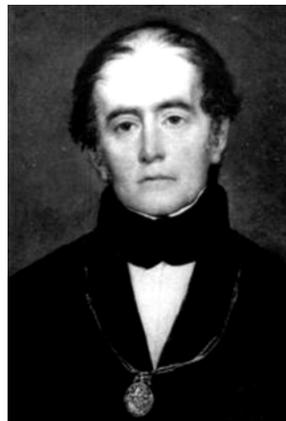


FIGURA 3B. Don Andrés Bello López, (1781-1865)



FIGURA 3C. Dr. Rodulfo A. Philippi Krumwiede (1808-1904)



FIGURA 3D. Dr. Francisco Fonck Foveaux (1830-1912)

der von Humboldt a escalar “La Silla” del cerro de Ávila, en los albores del siglo XIX (enero de 1800). Más tarde, cuando trabajó en Londres, tradujo numerosos artículos científicos de él y posteriormente, siendo Rector de la naciente Universidad de Chile, promovió en el círculo intelectual de la época, las ansias de conocer la obra humboldtiana. En ello se involucraron, entre otros, Miguel Luis Amunátegui, Diego Barros Arana, José Victorino Lastarria, Manuel Antonio Matta⁽⁴³⁾, Domingo F. Sarmiento y Benjamín Vicuña Mackenna. Pero mucho antes, nuestro Abate Molina⁽⁴¹⁾, desterrado en Bolonia, había seguido con vivo interés las publicaciones de Humboldt.

Don Benjamín Vicuña Mackenna⁽⁴⁴⁾, personaje muy ilustrado y progresista intendente de Santiago, visitó a Humboldt en su residencia en Berlín (junio de 1855). Este recordaba con mucha claridad las grandes figuras vinculadas con Chile. Después de esta entrevista, Vicuña Mackenna escribió: *“No me habría sido dado dable regresar a mis lares sin rendir homenaje al sabio europeo, que más ha popularizado el suelo de América”*.

Humboldt, en su avidez de conocimiento, estuvo muy interesado en la experiencia recogida en Chile por otros investigadores, como Claudio Gay, Ignacio Domeyko, Eduardo Poeppig, Carlos Darwin y artistas como Juan Mauricio Rugendas.

V. MÉDICOS ALEMANES QUE LLEGARON A CHILE RECOMENDADOS POR A.V. HUMBOLDT (INFLUENCIA HUMBOLDTIANA DIRECTA).

Humboldt, muy informado sobre la situación de los pueblos americanos, en el siglo XIX, además de contribuir a la colonización alemana del sur de Chile, recomendó al Gobierno chileno algunos médicos y científicos germanos, que por espíritu aventurero o razones políticas –particularmente por la revolución liberal de 1848– debieron abandonar Alemania. Especial referencia merecen los Drs. Carlos Segeth, José Juan Bruner, Rodulfo Armando Philippi, Franz Fonck, y Carlos Martin.

Dr. Carlos Segeth (1811-1890)⁽⁴⁰⁾. Oriundo de Silesia (hoy Polonia), llegó a Chile, en 1837, en el barco “Prinzessin Louise”, junto a Don Bernardo Eunom Philippi. Venía encargado por el Museo de Berlín para recolectar objetos de Historia natural. Traía una carta de A.v. Humboldt⁽⁴⁵⁾ (4 de noviembre de 1836), que decía: *“Espero también que el Dr. Segeth, por su habilidad que tiene en todas las operaciones quirúrgicas y particularmente en las operaciones de las enfermedades de los ojos, que, aunque joven ha adquirido por su práctica en nuestro gran Hospital de la Caridad, podrá hacerse útil a la humanidad y dar alivio a los que sufren y piden auxilio”*. Revalidó su título de médico ante el Protomedicato de Chile, en 1838, y se estableció en Santiago. En 1859, cuando la fragata austríaca “Novara” recaló en Valparaíso, en su viaje alrededor del mundo, obsequió a su comandante, el capitán Wüllerstorff, una magnífica colección zoológica recogida en Chile.

Dr. José Juan Bruner (1825-1899)⁽²⁸⁾⁽⁴⁶⁾. Médico de origen alemán, nacido en Varsovia. Realizó sus estudios en Berlín y Jena. Fue discípulo de Johannes Müller. Llegó a Chile en 1846, con una carta de recomendación de A.v. Humboldt dirigida a Don Mariano Egaña, a quien el científico prusiano conoció en París. El Dr. Bruner revalidó su título profesional en la Universidad de Chile y estableció una estrecha amistad con Don Andrés Bello, con Don Ignacio Domeyko y con Don Manuel Montt. Su inquietud espiritual y su vasta cultura permitieron su exitosa realización como clínico, científico de la naturaleza, filósofo, políglota y poeta. Ejerció la Medicina con auténtica caridad cristiana. Sobresalió, además, como histólogo, histopatólogo, salubrista y homeópata. Fue miembro fundador de la Sociedad Médica de Santiago⁽⁴⁷⁾.

Dr. Rodolfo Armando Philippi (1808-1904)⁽³⁰⁾⁽⁴⁸⁾ (Figura 3c). Prestigioso médico y naturalista alemán, de renombre mundial, hermano de Don Bernardo Eunom. A través de él llegó a Chile, en 1851, huyendo de la persecución política derivada de la revolución liberal de 1848. El Dr. Philippi portaba una recomendación especial de Humboldt al Gobierno chileno⁽⁴⁹⁾ (Figura 4), cuya traducción está grabada en el monumento a Humboldt (Figura 5), situado en la Quinta Normal de Agricultura de Santiago, a poca distancia del Museo de Historia Natural. El Dr. Philippi restauró este Museo y lo dirigió por varias décadas. Tuvo dilatada actividad docente en el Instituto Nacional y en la Escuela de Medicina e investigó científicamente los más variados tópicos de la naturaleza, en todo el país. Según Barros Arana, este sabio universal hizo 349 publicaciones sobre zoología, botánica, geografía botánica, excursiones, estadística, geología, paleontología, mineralogía, etnografía, arqueología, etc., referentes en su mayor parte a Chile.

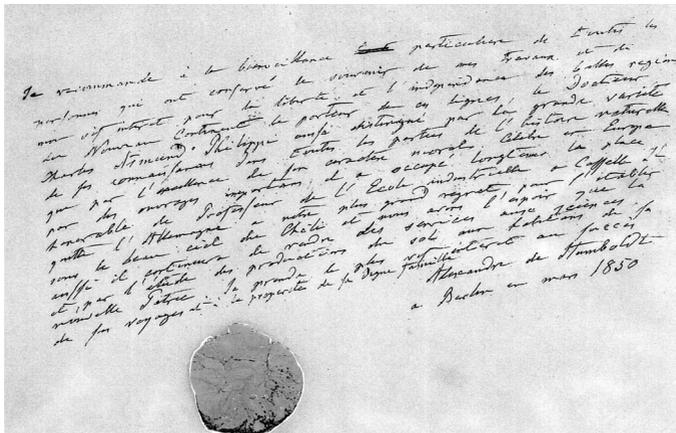


FIGURA 4. Facsimil de la carta enviada por A. von Humboldt al Gobierno chileno, recomendando al Dr. Rodolfo A. Philippi. Berlín, marzo de 1850. Gentileza de la familia Philippi Izquierdo.



FIGURA 5. Monumento de Alexander von Humboldt, erigido por iniciativa de los humboldtianos de Chile. Se encuentra en Santiago, en la Quinta Normal de Agricultura, frente al Museo Nacional de Historia Natural. Se inauguró solemnemente el 22 de marzo de 1985. Escultor prof. Héctor Román Latorre (+), arquitecto Prof. Heinz Leser Soler.

Fue presidente de la Sociedad Médica de Santiago (1873-1876)⁽⁵⁰⁾ y miembro de más de 50 sociedades científicas. Hasta hoy, en Alemania, se mantiene su recuerdo como eximio naturalista, a través de la revista *"Philippia"*⁽⁵¹⁾ de Cassel. Al establecerse definitivamente en Chile, dio origen a una sólida y numerosa familia, en la cual se destacan ilustres servidores de la patria chilena, como lo demuestra el árbol genealógico de la familia Philippi. Podemos decir que es profética la carta con que Humboldt recomendó a Don R.A. Philippi, al gobierno chileno (marzo de 1850)⁽⁴⁹⁾ En ella, destacó: *"Deja la Alemania con el mayor sentimiento nuestro, para establecerse bajo el hermoso cielo de Chile y tenemos la esperanza que allí también continuará prestando servicios a las ciencias y, por el estudio de las producciones del suelo, a los habitantes de la nueva Patria"*.

La estatura espiritual de Don Rodulfo A. Philippi y su capacidad de asombro pueden apreciarse en sus reflexiones sobre *"El estudio de las Ciencias Naturales"*⁽⁵²⁾, de las cuales extraijo algunos pensamientos: *"Nada más sublime, nada más religioso que el estudio de la Naturaleza. Por la obra se conoce al Maestro y en las maravillas del mundo se ha revelado su Creador"*. El investigador científico: *"Con justo orgullo se regocijará por estar dotado de una razón e inteligencia capaces de conocer tanto, pero, por otra parte, la conciencia de su incapacidad para conocer las causas de tanta maravilla, la conciencia de su pequeñez con respecto al mundo entero, le enseñará la humildad""El estudio de la Naturaleza, la contemplación de de sus varios productos serán siempre una fuente inagotable de los goces más puros, que nunca dejan remordimientos y no despiertan jamás pasiones mezquinas"*.

Dr. Francisco Fonck (1830-1912)⁽³¹⁾⁽⁵³⁾. Ilustre médico y naturalista alemán. Llegó a Chile en 1854, recomendado por Humboldt. Al revalidar su título, introdujo el uso del oftalmoscopio en nuestro medio. Atendió a los colonos alemanes de Llanquihue y dirigió el Hospital Alemán de Valparaíso. Exploró el Sur de Chile (X y XI Regiones) y junto con descubrir el paso de Vuriloche para acceder al lago Nahuelhuapi, hizo valiosas observaciones geopolíticas, apoyando la soberanía territorial chilena, que en esa época estaba en disputa con Argentina. Además, realizó estudios geológicos, arqueológicos y botánicos e intuyó los rayos X, antes de su descubrimiento por Roentgen. En Viña del Mar existe un Museo de Historia Natural, que lleva su nombre.

Dr. Carlos Martin (1838-1907)⁽⁵⁴⁾. Hijo del Dr. Eduardo Arnoldo Martin, renombrado profesor de Obstetricia y Ginecología en Jena y Berlín. Su casa era frecuentada por famosos médicos, Virchow, entre otros. El Dr. Martin respiró en su casa paterna esa atmósfera científica de aquella gran época alemana. Conoció personalmente a Alexander von Humboldt y lo entusiasmaron sus relatos de su experiencia americana. Llegó a Chile en 1869, para prestar atención médica a los colonos alemanes inmigrantes. Fue padre del Dr. Christoph Martin Schadow, de vasta trayectoria académica en Concepción.

La mayor parte de estos médicos, dotados de una sólida formación humanista y filosófica y de una fuerte inquietud científica, junto con arraigarse en nuestro país, fortalecieron la investigación y el desarrollo de las Ciencias Naturales. Más aún, dejaron una descendencia, absolutamente asimilada a la vida nacional, contribuyendo a su desarrollo.

VI. LA FUNDACIÓN ALEXANDER VON HUMBOLDT Y LOS BECARIOS CHILENOS (INFLUENCIA HUMBOLDTIANA INDIRECTA).

En 1860, al año siguiente de la muerte de A. von Humboldt, en Berlín se creó la Fundación⁽⁵⁵⁾ que lleva su nombre, con el propósito de seguir promoviendo y protegiendo el cultivo de la investigación científica, en todos los países del mundo. El apoyo prestado a nuestro

país, con ese espíritu, se hizo presente en 1895, cuando el geólogo Wilhelm Möricke⁽⁵⁶⁾ recibió una “beca Humboldt” de la Real Academia Prusiana de Ciencias. A ésta, Möricke presentó, en 1897, su trabajo de habilitación docente “*Los yacimientos de oro, plata y cobre en Chile y su dependencia de las piedras volcánicas*”. La Fundación Alexander von Humboldt también sufrió los embates de las dos grandes conflagraciones mundiales del siglo XX. Antes de la Segunda Guerra Mundial, numerosos médicos chilenos⁽⁵⁷⁾ obtuvieron la beca Humboldt, entre otros, el neurocirujano Dr. Alfonso Asenjo, los psiquiatras Drs. Manuel Francisco Beca y Agustín Téllez, y el Médico Internista Dr. Carlos Silva. En 1953, después de la Segunda Guerra Mundial, se reestructuró la Fundación Humboldt en Bonn⁽⁵⁵⁾. Desde entonces su desarrollo ha sido creciente, otorgando hasta ahora cerca de 23.000 becas de investigación a científicos⁽⁵⁸⁾, en más de 130 países del mundo.

La Fundación Humboldt ha tenido como Presidentes a eminentes investigadores, tres de los cuales han recibido el Premio Nobel: los Profesores Werner Heisenberg (Física, 1932), Feodor Lynen (Medicina, 1964) y Wolfgang Paul (Física, 1989). El mismo galardón lo han obtenido, hasta la fecha, cuarenta humboldtianos de diferentes países⁽⁵⁸⁾. El actual Presidente de la Fundación es el Profesor de Química, Dr. Helmut Schwarz.

Dicha Corporación, en el período 1953-2007, ha otorgado 180 becas a profesionales chilenos,⁽⁵⁹⁾ pertenecientes a diferentes disciplinas y universidades, para desarrollar proyectos de investigación en Alemania. De ellos, algo más de los 2/3 corresponde al área de las Ciencias Naturales. Destacamos que el Dr. José Miguel Aguilera⁽⁶⁰⁾ (Figura 6) obtuvo el “Premio a la investigación 2002” de la Fundación Humboldt, por su trabajo sobre estructura de los alimentos. El año 2008, el Dr. Aguilera fue galardonado en Chile con el Premio Nacional de Ciencias Aplicadas⁽⁶¹⁾.

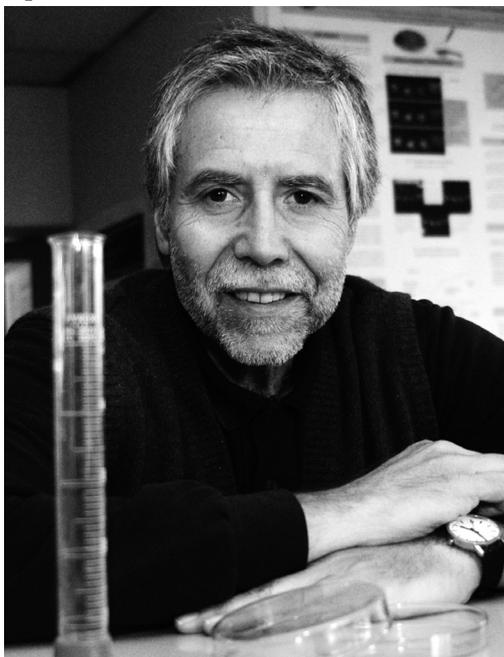


FIGURA 6. Dr. José Miguel Aguilera Radic, ingeniero químico, experto en tecnología de alimentos (Universidad Católica). Obtuvo el “Premio a la Investigación 2002” de la Fundación A.v. Humboldt. Es el primer humboldtiano chileno en alcanzar este galardón.

La Fundación mantiene contacto permanente con sus ex-becarios y ayuda a aquellos que están activos en investigaciones científicas, donándoles instrumentos, material de investigación, libros y aun, les otorga nuevas becas para completar estudios científicos en Alemania. En una época, algunas autoridades de la Fundación realizaron visitas a sus ex-becarios, en los lugares de trabajo de sus respectivos países. Más tarde, organizaron con los ex-becarios de uno o varios países, los llamados Coloquios Humboldt, para tratar temas científicos de actualidad. Uno de estos encuentros más exitosos fue el realizado en Talca (1995) con humboldtianos de Chile, Perú y Bolivia⁽⁶²⁾.

La Fundación siempre ha promovido la agrupación de los ex-becarios de un mismo país, a través de los llamados Clubes Humboldt, con el propósito de estrechar la interacción académica nacional e internacional y con la Institución Madre. Así, en 1987 se constituyó oficialmente el Humboldt Club de Chile⁽⁶³⁾, del cual tuvo el honor de ser uno de sus fundadores y también su primer presidente. Más aún,

la Fundación Madre, para promover una red mundial, reúne en forma periódica en Alemania a los presidentes de los Humboldt Clubes de todo el mundo. Paradójicamente, mientras en otros países aumenta el número de postulaciones y nuevos becarios, en Chile estos han disminuido, situación preocupante digna de ser analizada y corregida.

En lo que concierne a la Academia de Medicina del Instituto de Chile, han sido becarios Humboldt, los Drs. Alfonso Asenjo, Benedicto Chuaqui y Otto Dörr (Miembros de Número); los Drs. Rafael Parada y Lorenzo Cubillos (Miembros Honorarios), y los Drs. Carlos Silva Lafrentz y Benjamín Stockins (Miembros Correspondientes).

Los ex becarios chilenos de la Fundación Humboldt (“humboldtianos”), como testimonio de gratitud a los beneficios recibidos de dicha Corporación y para contribuir a la difusión del conocimiento de tan ilustre científico, organizamos la erección de un monumento de Alexander von Humboldt en Santiago (Quinta Normal de Agricultura). La obra artística fue realizada por el escultor Prof. Héctor Román Latorre, apoyado por el arquitecto Prof. Heinz Leser. La obra fue inaugurada solemnemente⁽⁶⁴⁾ en Marzo de 1985, en presencia de autoridades alemanas y chilenas, destacándose la participación del Presidente de la Fundación Humboldt, Prof. Dr. Wolfgang Paul. Un memorial similar, realizado con los mismos propósitos y también para recordar los 200 años del arribo de A.v.Humboldt a América, fue emplazado en el Colegio Alemán de Viña del Mar^{(65) (66)} (20 de noviembre de 1999). También, para recordar esta efemérides, el Humboldt Club de Chile gestó a través de Correos de Chile la emisión de dos sellos conmemorativos⁽⁶⁷⁾ que reúnen las imágenes de Humboldt con el Abate Molina y con Don Rodulfo A. Philippi, respectivamente.

Como corolario, podemos decir que la obra más representativa y vital que actualmente expresa el espíritu humboldtiano es la Fundación que lleva su nombre, cuya labor mecánica de la investigación científica, a nivel mundial, es extraordinaria.

VII. EPÍLOGO. ¿QUÉ PODEMOS DECIR DE HUMBOLDT DESPUÉS DE 150 AÑOS DE SU MUERTE?

Humboldt fue un incesante y activo estudioso, hasta el final de su vida. Por sus méritos, fue reconocido por la *elite* de los científicos europeos. Como ejemplo, se recuerda la incorporación de Humboldt a la Orden Maximiliana, cuando el químico Justus von Liebig lo presentó al Rey Maximiliano II de Bavaria.

Después de su deceso, en 1859, su figura se ha agigantado. La universalidad de su genio, la carismática personalidad y la fructífera obra de A.v.Humboldt han sido reconocidas unánimemente por el mundo científico^{(2) (12)}. Dan testimonio de ello, la famosa corriente fría del Océano Pacífico y cientos de lugares, pasando por montes en el Tíbet, ventisqueros en Groenlandia, bahías en Nueva Guinea, montañas, valles, lagos y ríos, ciudades y pueblos, calles y plazas de uno a otro extremo del Continente americano⁽⁶⁸⁾. De igual manera, especies vegetales (humblocia, humboldtia), animales (Logotrix humboldti, Spheniscus humboldti) y minerales (humboldtita, humboldtina, humboldtita) perpetúan su nombre.

A fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI, al contemplar los prodigiosos avances de numerosas disciplinas en el amplio campo de las Ciencias Naturales, no se puede ocultar el estimulante influjo ejercido en la investigación por el modelo humboldtiano. Este ha promovido la exploración del macro y del microcosmos y sus increíbles logros; los espectaculares avances de la Física, de la Química y de la Bioquímica, lo mismo que los descubrimientos

geológicos, arqueológicos y oceanográficos; el desarrollo de la Climatología y de la Ecología, como también el nacimiento y desarrollo de la Genética y de la Informática, que han revolucionado el mundo moderno.

Al final de esta presentación, invoco el pensamiento de Gunckel⁽²²⁾: *“Alexander von Humboldt amó muy intensamente nuestra América. Admiramos su saber universal y su labor de investigador científico, histórico y especialmente geográfico, que tanto contribuyó a la cultura y al adelanto de la Ciencia, el único ideal de su larga vida”*.

Humboldt, a través de su obra y de sus múltiples relaciones con científicos y personajes de la época, influyó positivamente en el desarrollo científico y cultural de Chile en el siglo XIX, el cual se ha multiplicado en el siglo XX, gracias a la importante labor mecénica de la Fundación que perpetúa su nombre⁽⁶⁹⁾.

Junto con reconocer los maravillosos avances de la Ciencia, inspirada por Humboldt, se debe considerar que fue un hombre creyente, de espíritu humanista, austero y ético⁽⁷⁰⁾. Humboldt, en su incansable búsqueda de la verdad, en su quehacer como científico, tuvo como meta la síntesis de la naturaleza física con la naturaleza moral en el hombre. Así, el *leit motiv* de su vida fue: ¡El hombre debe querer el Bien y la Grandeza!...⁽²⁾ y este es uno de los mensajes más importantes que Humboldt dejó a la posteridad. ■

BIBLIOGRAFIA.

- 1 Dörr, Otto: “Reflexiones sobre la genialidad, a propósito de Alexander von Humboldt”, Boletín del Humboldt Club de Chile, 13(1): 39-50, 2000.
- 2 Meyer-Abich, Adolf: “Alejandro de Humboldt 1769-1859”. Inter Nationes, Bad Godesberg, 1969.
- 3 Rojas, Alvaro: “Discurso de bienvenida al inaugurar el Coloquio Internacional de ex becarios de la Fundación Humboldt en la Universidad de Talca, 21 de octubre de 1995. Boletín del Humboldt Club de Chile, 9 (1): 13-18, 1996.
- 4 Osten, Manfred: “Alexander von Humboldt, über die Freiheit des Menschen, auf der Suche nach Wahrheit”. Insel Verlag, Frankfurt am Main, 1999.
- 5 Von Engelhardt, Dietrich: “Ciencia y Filosofía de la Naturaleza en Alemania, alrededor de 1800. Principios, dimensiones, perspectivas”. Boletín del Humboldt Club de Chile, 9 (1): 47-64, 1996.
- 6 Diccionario Enciclopédico Hispanoamericano. Tomo XI. Edit. Montaner y Simón, Barcelona, España, 1912; p. 627.
- 7 Enciclopedia Hispánica. Vol. 8. Encyclopaedia Britannica Publs., Inc., Barcelona, 1995-1996; p. 73.
- 8 Beck, Hanno: “Alexander von Humboldtsreise durchs Baltikum nach Russland und Sibirien, 1829.” Edit. Erdmann in K. Thienemanns Verl., Stuttgart, 1984.
- 9 de Humboldt, Alejandro: “Cosmos o ensayo de una descripción física del mundo”. Traducción de Francisco Díaz Quintero. Tomos I a IV. Edit. Tipografía de Ramón Rodríguez, Madrid, 1851.
- 10 Kümmel, Werner F.: “Alexander von Humboldt y la Medicina”, en “Alexander von Humboldt. La vida y la obra”, editado por Wolfgang-Hagen Hein, CH Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein, 1987. p.195-210.
- 11 Schipperges, Heinrich: “Alexander von Humboldt und die Medizin seiner Zeit”. Archiv für Kulturgeschichte, 41: 166-182, 1959.
- 12 Neumann, Alfredo: “Alexander von Humboldt. Su obra y su influencia en América”. Conferencia con el auspicio del Instituto Chileno-Alemán de Cultura de Osorno (20 de abril de 1970).
- 13 Ibid: Kümmel, Werner F.: “Alexander von Humboldt y la Medicina”; p. 207.
- 14 Hein, Wolfgang-Hagen: “El informe de Alexander von Humboldt sobre el curare”. En “Alexander von Humboldt. La vida y la obra”, editado por Wolfgang-Hagen Hein, CH Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein, 1987. pp. 211-220.
- 15 Koelle, George B. “Neuromuscular Blocking Agents”, in Goodman, L.S. and Gilman, A.: The Pharmacological

- basis of Therapeutics". Third Edition. The Macmillan Co, New York, 1968. p. 596.
- 16 Ibid: Neumann, Alfredo: "Alexander von Humboldt. Su obra y su influencia en América". p. 15.
 - 17 Carta de Alejandro de Humboldt a Vicente Pérez Rosales, Agente de Colonización de Chile en Alemania (Potsdam, Chateau de la Ville, 7 de agosto de 1857). En Biblioteca Nacional de Santiago de Chile. Sección Americana "José Toribio Medina", bajo el N° 10.207.
 - 18 Molina, Abate Juan Ignacio: "Compendio de Historia geográfica, natural y civil del Reino de Chile". Bolonia, 1776. Referido en "Ensayo sobre la Historia Natural de Chile. Traducido al español por Rodolfo Jaramillo. Ediciones Maule, Santiago, 1987.
 - 19 De Humboldt, Alejandro: "Cartas americanas", compiladas por Charles Minguet. Biblioteca Ayacucho, Caracas, 1980, p. 332.
 - 20 Sievers, Helmuth: "Sistema de corrientes de Humboldt". Boletín del Humboldt Club de Chile, 13(1): 51-57, 2000.
 - 21 Carta de Alexander von Humboldt al Dr. Rodolfo Amando Philippi de Cassel, fechada en Berlín el 11 de marzo de 1850. Está en poder de la familia Philippi Izquierdo.
 - 22 Gunckel, Hugo: "Humboldt y algunas de sus relaciones con Chile". Revista Universitaria (U.C.) 46: 3-15, 1961.
 - 23 Poeppig, Eduardo: "Un testigo en la alborada de Chile (1826-1829)". Versión castellana de Carlos Keller. Zig-Zag, Santiago, 1960.
 - 24 Poeppig, Eduardo: "Im Schatten der Cordillera. Reisen in Chile". Verlag von Streder und Schröder, Stuttgart, 1927.
 - 25 Scarpa, Roque, Esteban: "Presencia visible e invisible de Alemania en Chile". Instituto Chileno-Alemán de Cultura. Goethe Institut, Santiago, 1973.
 - 26 Löschner, Renate: "Alexander von Humboldt. Inspirador de una nueva ilustración de América". Exposición del Instituto Ibero-Americano. Patrimonio Cultural Prusiano. Berlín, 1988; pp. 61 y 87.
 - 27 Von Bibra, Baron Ernst: "Beiträge zur Natur Geschichte von Chile". Aus der Kaiserlich -Königlichen Hof- und Staatsdruckerei, Wien, 1853.
 - 28 Laval M., Enrique: Biografía de José Juan Bruner, en "Noticias sobre los médicos en Chile". Tomo I, Edit. Historia Médica, Santiago, 1970. pp. 377-395.
 - 29 Tampe S.J., Eduardo: "Bernardo E. Philippi y su aporte en la colonización austral". En "Llanquihue: 1852-1977. Aspectos de una colonización", Liga Chileno-Alemana, Impr. Armada, Valparaíso, 1977: pp.17-22.
 - 30 Barros Arana, Diego: "El Doctor Don Rodolfo Amando Philippi. Su vida y sus obras". Impr. Cervantes, Santiago, 1904.
 - 31 Reccius, Adolfo: "Dr. Francisco Fonck" en "Historia de un Hospital del Puerto". Tall. Graf. Claus von Plate, Santiago, 1973.
 - 32 Ibid: Renate Löschner, "Alexander von Humboldt. Inspirador de una nueva ilustración de América". pp. 53-54.
 - 33 Ibid: Renate Löschner, "Alexander von Humboldt. Inspirador de una nueva ilustración de América". pp. 55-56.
 - 34 Lago, Tomás: "Rugendas, pintor romántico de Chile". Ediciones Universidad de Chile, Santiago, 1960.
 - 35 Löschner, Renate: "Otto Grashof. Die Reisen des Malers in Argentinien, Uruguay, Chile und Brasilien 1852-1857". Gebr. Mann Verlag, Berlin, 1987.
 - 36 Ibid: Renate Löschner, "Alexander von Humboldt. Inspirador de una nueva ilustración de América". p. 56.
 - 37 Ibid: Renate Löschner, "Alexander von Humboldt. Inspirador de una nueva ilustración de América". pp. 59-60.
 - 38 Feliú Cruz, Guillermo: "Alejandro de Humboldt. América a través de su correspondencia". Anales de la Universidad de Chile, años 1957-1958. Número extraordinario.
 - 39 Tampe S.J., Eduardo: "La colonización del Sur y la personalidad de Pérez Rosales (1807-1886)". En "Llanquihue: 1852-1977. Aspectos de una colonización", Liga Chileno-Alemana, Impr. Armada, Valparaíso, 1977: pp. 23-30.
 - 40 Cubillos, Lorenzo: "Epistolario de Alexander von Humboldt con personajes vinculados a Chile". Universum (Talca, Chile), 17: 37-52, 2002.
 - 41 Hanisch S.J., Walter: "Juan Ignacio Molina, sabio de su tiempo", Ediciones "Nihil mihi", Alfabeto Impresores Ltda., Santiago, 1976; pp. 145-146.
 - 42 Amunátegui, Miguel Luis: "Vida de Don Andrés Bello". Publicaciones Embajada de Venezuela en Chile. Prensa Latinoamericana S.A., Santiago, 1962.
 - 43 Matta, Manuel Antonio: "Traducción al español de algunos capítulos del "Cosmos", v. gr. "Los temblores". Revista de Santiago, Imprenta Chilena, 1850.

- 44 Vicuña Mackenna, Benjamín: "Páginas de mi diario durante tres años de viajes -1853/1855-" Imprenta del Ferrocarril, Santiago, 1856; pp. 314-317.
- 45 Carta de Alexander von Humboldt presentando al Dr. Carlos Segeth. Berlín, noviembre de 1836. Atención de la Sra. Ingeborg Schmalz de Schwarzenberg. Santiago de Chile.
- 46 Cruz-Coke Madrid, Ricardo: "Historia de la Medicina Chilena": Edit. Andrés Bello, Santiago, 1995. p. 395.
- 47 Larraín Aguirre, Camilo: "La Sociedad Médica de Santiago y el desarrollo histórico de la Medicina en Chile". Sociedad Médica de Santiago, 2002; p. 56.
- 48 Gotschlich, Bernardo: "Biografía del Dr. Rodolfo Amando Philippi(1808-1904)". Imprenta Central, J. Lampert, Valdivia, 1904.
- 49 Carta de Alexander von Humboldt al Gobierno chileno, recomendando a Don Rodolfo A. Philippi. Gentileza de la Familia Philippi Izquierdo.
- 50 Larraín Aguirre, Camilo: "La Sociedad Médica de Santiago y el desarrollo histórico de la Medicina en Chile". Sociedad Médica de Santiago, 2002; p. 434.
- 51 Follmann, Gerhard: "Rudolph Amandus Philippi (1808-1904)". Philippia (Verein Kasseler Publikationen), 1(1): 3-8, 1970.
- 52 Philippi, Rodolfo Amando: "El estudio de las Ciencias Naturales". Educación Médica U.C., 13:138, 1995.
- 53 Cave, Federico: "Doctor Francisco A. Fonck (1830-1912)". En "Llanquihue: 1852-1977. Aspectos de una colonización", Liga Chileno-Alemana, Impr. Armada, Valparaíso, 1977: pp. 41-43.
- 54 Tampe S.J., Eduardo: "Doctor Carlos Eduardo Martín (1838-1907)". En "Llanquihue: 1852-1977. Aspectos de una colonización", Liga Chileno-Alemana, Impr. Armada, Valparaíso, 1977: pp. 44-46.
- 55 Alexander von Humboldt Stiftung (AvH): "Finalidad y cometido de la Fundación Alexander von Humboldt". Bonn, septiembre 1983.
- 56 Steffen, Hans: "Der Anteil der Deutschen an der geographischen und geologischen Erforschung der Republik Chile", en el libro "Deutsche Arbeit in Chile". Tomo I. Imprenta Universitaria, Santiago, 1910.
- 57 Cubillos, Lorenzo: "Humboldtianos fallecidos", Boletín del Humboldt Club de Chile: 8: 89, 1995.
- 58 Alexander von Humboldt Stiftung: Jahres Bericht / Annual Report 2007, Bonn; p. 7.
- 59 Ibid. p. 132.
- 60 "Profesor José Miguel Aguilera es el primer chileno que recibe el Premio Alexander von Humboldt". Visión Universitaria (PUC de Chile), 114: 5, 2003.
- 61 "Dos profesores UC obtienen el Premio Nacional de Ciencias". Visión Universitaria (PUC de Chile): 171:4, 2008.
- 62 Primer Coloquio Internacional de la Fundación Alexander von Humboldt, con ex becarios de Bolivia, Chile y Perú (Talca, 20 al 22 de octubre de 1995). Boletín del Humboldt Club de Chile, 9(1):9-44,1996.
- 63 Cubillos, Lorenzo: "Acto académico en homenaje al Dr. Heinrich Pfeiffer, Secretario General de la Fundación Alexander von Humboldt (5 de noviembre de 1987)". Boletín del Humboldt Club de Chile, 1(1): 1-4, 1988.
- 64 "Feierliche Enthüllung des Alexander von Humboldt Denkmals am 22. März". Condor Nr. 2651:13, 9 März, 1985.
- 65 "Humboldt-Kolloquien und Auslandtreffen. Chile/Ecuador (18-21 November 1999)". Alexander von Humboldt Mitteilungen, 75: 65-66, 2000.
- 66 "Inauguran busto de Humboldt en el Colegio Alemán de Viña del Mar". El Mercurio de Valparaíso". Domingo 21 de noviembre de 1999.
- 67 Hanle, Hellmut: "Chile gedenkt der Landung Humboldts in Südamerika". Alexander von Humboldt Mitteilungen, 74: 49-52, 1999.
- 68 Weinberg, Gregorio: "Alejandro de Humboldt". Revista Sandorama, editada por Sandoz S.A., Basilea, 1966/1; 28-31.
- 69 Cubillos, Lorenzo: "A doscientos años de la llegada de Alexander von Humboldt a América". Rev. Chil. Cir. 51(1): 97-104, 1999.
- 70 Cubillos, Lorenzo: "Ciencia y Fe en Alexander von Humboldt: un mensaje a la posteridad". Boletín del Humboldt Club de Chile, 13(1):25-28, 2000.

COMENTARIOS

Ac. Jarpa. Es muy interesante la vida de Humboldt, la variedad y el interés que tuvo en distintos aspectos: científicos, geográficos y humanos. Confieso que sabía muy poco de Humboldt por lo que agradezco al Dr. Cubillos esta completa presentación.

Ac. Cruz-Coke. He quedado impresionado por la presentación tan erudita y completa que ha hecho el Dr. Cubillos. Realmente se me ha aclarado mucho la imagen de Humboldt. Uno de los aspectos más curiosos es por qué Humboldt no vino a Chile, ya que él conoció todo América Tropical desde México hasta el Perú. Darwin conoció el Sur de América y Humboldt el Norte, son los dos grandes científicos de la primera mitad del siglo XIX. Humboldt no vino a Chile porque ello era difícil; Chile estaba completamente aislado. Venir le habría significado por lo menos 6 meses o un año, esa es la explicación. Gracias al trabajo del Dr. Cubillos hemos conocido la admirable y tremenda influencia que ha tenido Humboldt en Chile.

Ac. García de los Ríos. No puedo dejar de felicitar muy cordialmente al Dr. Cubillos porque esta conferencia la he sentido como un canto al espíritu, ha sido tremendamente hermosa y debo agregar con vergüenza que yo no sabía casi nada de Humboldt. Ha sido muy interesante conocerlo y por Dios que se siente pequeño uno que teniendo tanta tecnología a su alcance ha hecho en la vida algo tan limitado comparado con otros hombres tan extraordinarios como fue Humboldt.

Ac. Dörr. Me sumo a las felicitaciones sobre esta estupenda conferencia. Muy difícil hablar sobre Humboldt porque es un genio sin par; vivió 90 años lo que era extraordinario para esa época. Él y su familia fueron excepcionales desde todo punto de vista. Su hermano fue muy destacado en el campo de las ciencias humanas: descubrió la filología, la teoría del lenguaje, dominaba 43 idiomas, hizo las vinculaciones entre los distintos idiomas europeos, estudió sánscrito; descubrió que el vasco era el único idioma europeo que tenía una raíz diferente, etc.; un monstruo en la literatura y en la historia. Estos dos hermanos fueron amigos de otros genios; tengo un grabado en que están almorzando Goethe, Schiller, Alexander y Guillermo Von Humboldt, quiero decir con esto que algo pasó en Alemania en el siglo XIX, medio mágico que tiene un paralelismo con lo que ocurrió en el siglo XV en Italia o en el siglo V a.c. en Grecia. Son momentos estelares de la humanidad; donde todo era espectacular, ya sea la música, la filosofía, la comunicación, el arte, la literatura. ¿Qué condiciones se dieron para que ello ocurriera? Creo que lo más importante fue la educación. De hecho en una novela breve de Goethe llamada "Las afinidades selectivas" que ocurre antes de la revolución francesa, el personaje es una muchacha profesora de un colegio; en esa novela Goethe describe los colegios de esa época y la importancia y obligatoriedad de la educación. También en esos años había música en los hogares, en la mayoría de los cuales había un piano, un violín o un chelo; la mayor parte de la gente tocaba música, que es el producto más elevado de la especie humana. Al final del siglo XVIII y todo el siglo XIX, diría hasta la primera guerra, ocurrió en Alemania un fenómeno cultural sin precedentes. No hay ninguna duda que Humboldt fue un genio. En una reunión de "Humboldtianos" en Valparaíso toqué el tema de la genialidad de Humboldt y lo compraré con otros genios señalando tres características que me parecen son propias de todos ellos:

- Una es el carácter endógeno, los genios nacen genios, nadie se inventa la genialidad, y lo demostré a través de múltiples ejemplos de cómo la genialidad brota al igual que la belleza de las flores, las que no deciden ser bellas sino que simplemente lo son. A los 4 años de edad Humboldt, que vivía en un pequeño castillo pero con un parque inmenso, se arrancaba al

parque a estudiar los insectos, las piedras las comparaba unas con otras y todo el día vivía en esta preocupación por la observación y sacar conclusiones. En la casa se hacía una educación fundamentalmente humanista, todos los idiomas, la filosofía, etc., y a pesar de esa formación y con ella continuó en su interés por lo científico y ya a los 23 años, caso único en la historia de Alemania, fue nombrado miembro de la Academia de Ciencias de Berlín. Goethe se expresa de Humboldt con palabras que nunca usó para otra persona, como un genio sin par, “cada vez que viene a verme” decía “quedo en un estado de exaltación por varios días”.

- El segundo rasgo de los genios es la lealtad a la meta, a la obra; el genio está metido en su obra y nadie lo mueve de ahí. Humboldt a los 60 años hace un viaje a Rusia y al Asia, todavía sin trenes, en coche, que era un sacrificio infinito, 9 meses estuvo recorriendo y observando. Se quedó en París porque ahí estaba la mejor ciencia, se traslada a Berlín cuando ya está maduro Berlín como para recibirlo.

- El tercer rasgo es la vinculación con la melancolía. Casi todos los genios han sufrido de profunda melancolía y hay cartas de Humboldt que acreditan que él también las tuvo. La enfermedad bipolar en términos patológicos y la melancolía en términos no patológicos son condición esencial del ser humano. Se ha demostrado hoy día que la esquizofrenia también es condición esencial del ser humano y es el precio que paga el hombre por el acceso al lenguaje. Siempre he pensado que el ser humano implica poder ser bipolar y que la bipolaridad sigue al fracaso de la genialidad. Ser genio también es una posibilidad del ser humano.

Para terminar quisiera manifestar una gran preocupación por la disminución de los becados Humboldt en Chile, algo está pasando en Chile que nadie se atreve a presentarse a la Fundación o a nadie le interesa, quizás las universidades se han ido transformando más y más en escuelas de producir profesionales o gente que pueda ganar dinero y no gente que ame la ciencia y la investigación.

Ac. Rodríguez. También quiero agradecer al Dr. Cubillos por habernos ilustrado con la figura de Humboldt y también al Dr. Dörr por sus interesantes observaciones tan bellamente expresadas. Quisiera ponerme en el ambiente europeo de fines del siglo XVIII a principios del siglo XIX, donde esto ocurrió y donde podemos ver este gran interés por la naturaleza que se despertó y que en Alemania, Inglaterra y Francia principalmente fueron los lugares donde tuvo mayores repercusiones. No debemos olvidar que en el mundo hispánico, también existía este interés por la naturaleza y poco antes de la expedición de Humboldt, con la llegada de los Borbones al trono de España, se organizó la expedición de Malaspina que antecedió como en tres décadas a la de Humboldt y que también hizo un reconocimiento botánico, geográfico de la América española; no llegó a Chile pero sí recorrió el Caribe y especialmente México; no tengo muchos antecedentes en estos momentos, pero creo que fue productiva en cuanto a publicaciones. Lamentablemente las publicaciones que se originaron fueron en español y tal como ocurre hoy día no tuvieron las repercusiones que tienen las que son en alemán, francés o en inglés. Quiero preguntarle al Dr. Cubillos si está enterado de la expedición de Malaspina y en qué manera puede haber influido en la decisión de Humboldt de venir a estos lugares.

Ac. Cubillos (Relator). Ac. Cubillos (Relator). A fines del siglo XVIII, varios países europeos tuvieron gran interés por investigar científicamente el continente americano, pero, en general, predominaban los intereses coloniales y comerciales. Sin desestimar la labor de las expediciones científicas enviadas en esa época por España, Francia e Inglaterra, ninguna se puede comparar con la magnitud y trascendencia de la que realizó Humboldt, durante los cinco años que permaneció en América (1799-1804). Programó científicamente su expedición, adquirió costosos instrumentos, autofinanció su largo viaje y con una verdadera pasión de

investigador, desafiando todos los peligros, se introdujo en las selvas vírgenes y recorrió un amplio sector de la inexplorada geografía americana. Además, la rica experiencia recogida en este viaje, dio lugar a numerosas publicaciones científicas

Respecto a la pregunta del Dr. José Adolfo Rodríguez, sobre la expedición de Alejandro Malaspina, enviada por España, carezco de detalles, pero sí puedo informarle que exploró el río de la Plata y circunnavegó el globo (1789-1794). Desde el punto de vista científico, su viaje no trascendió como el que hizo Humboldt a América.

En cuanto a la inquietud del Dr. Ricardo Cruz-Coke, referente a que Humboldt no tuviese interés por ampliar su exploración científica a Chile, puedo decirle que el sabio prusiano siempre miró a Chile con buenos ojos y tuvo mucho interés por nuestro país, como lo he demostrado en mi exposición. Si no llegó más al Sur fue por la limitación del tiempo y de los recursos, que lo obligaron a circunscribirse a las regiones equinocciales del continente americano, esto es, entre los trópicos de Cáncer y de Capricornio. Más aún, Humboldt estando en Europa y sabedor de la obra científica del Abate Molina quiso visitarlo personalmente en Bolonia, para tener más información sobre Chile, pero lamentablemente no se produjo el encuentro. Sin embargo, hubo entre ambos un recíproco conocimiento de sus investigaciones.

Ac. Goic (Presidente). Los naturalistas eran muy apreciados en Europa en el siglo XVIII y XIX; he leído que Humboldt era más conocido y famoso en Europa que Napoleón, lo cual revela el enorme prestigio que tenía este hombre en los círculos ilustrados de Europa. Debo confesar que sabía un poco más de Humboldt que lo que han reconocido algunos de los presentes, por una razón muy simple: fui amigo del profesor de la Universidad de Chile David Yudilevich quien, en los últimos años de su carrera académica dentro de la Facultad de Medicina, se interesó por los naturalistas del pasado. Primero por Darwin, sobre el cual publicó tres libros incluyendo una obra póstuma: Darwin en Chile. El segundo personaje del cual se encantó fue de Humboldt; la editorial universitaria le publicó el año 2004 un libro que se llama "Mi viaje por el camino del Inca" que es una suerte de antología del viaje de Humboldt por este histórico camino que tenía 5.000 kilómetros y que llegaba hasta la ribera norte del río Maule en Chile. Lo que hace Yudilevich, a través de los textos que extrae de las obras principales de Humboldt, es ir contando todas las situaciones desde que parte en el norte en Venezuela hacia el Sur; es una obra con hermosas ilustraciones, muy cuidada, un libro digno de leerse.

Coincido con los comentarios que se han hecho, Me llamó particularmente la atención los intereses biomédicos de Humboldt, porque de eso yo no tenía conocimiento. Finalmente, el Dr. Cubillos mencionó al Dr. Francisco Fonck; la personalidad de Francisco Fonck, médico de Valparaíso, la conocí a través del profesor Claudio Costa Casaretto, historiador chileno muy destacado. Él publicó en la Revista Médica un artículo sobre el Dr. Francisco Fonck; lo interesante es que este hombre a fines del siglo XIX hace una serie de predicciones, entre ellas, la del cateterismo cardiaco, dijo algo así: habrán unas guías que se introducirán en las cavidades del corazón, las que podrán ser visualizadas.

Creo que ha sido una presentación muy completa, muy ordenada y muy ilustrativa para todos nosotros.

Ac. Cubillos (Relator). Agradezco los encomiásticos comentarios sobre esta presentación. Debo confesarles, que antes de obtener la beca Humboldt, seguramente yo sabía mucho menos que todos ustedes sobre este personaje y esto me motivó para realizar este trabajo. Por otro lado, teniendo en cuenta la presencia de representantes de distintas universidades nacionales, los considero como interlocutores válidos para promover las postulaciones a las

becas Humboldt, en las nuevas generaciones de médicos. Estas becas son de excelencia, ya que no sólo dan la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación en centros calificado de Alemania, sino que ayudan de por vida a los ex becarios, mientras demuestren un real aprovechamiento de las oportunidades que se les brindan. Como ejemplos, doy los del Dr. Benedicto Chuaqui (Q.E.P.D.), quien recibió un microscopio electrónico para apoyar sus investigaciones en el Departamento. de Anatomía Patológica de la U.C.; personalmente, recibí un contador de centelleo líquido para estudios en el Departamento de Gastroenterología de la misma Universidad. Con preocupación veo que, últimamente y por diversas causas, en Chile no se ha aprovechado en plenitud este formidable recurso que apoya el desarrollo científico nacional. Considero sensato revitalizar, en nuestro medio, las postulaciones a las becas que ofrece la Fundación Alexander von Humboldt de Alemania.

*ASOFAMECH, SU APORTE Y COMPROMISO CON EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN CHILE*¹

DR. OCTAVIO ENRÍQUEZ L.²
Académico Correspondiente

Sean mis primeras palabras para agradecer a la Academia de Medicina del Instituto de Chile en la persona de su presidente el Dr. Alejandro Goic G. y de su secretario el Dr. Rodolfo Armas Merino, el haber organizado esta ceremonia en la ciudad de Concepción y en especial en la Sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción donde he desarrollado toda mi vida profesional. Igualmente quisiera agradecer la presencia de las autoridades académicas, gremiales, sanitarias y científicas, e invitados especiales aquí presentes, así como mis familiares más cercanos.

Si bien la circunstancia y el honor de haber presidido la Asociación de Facultades de Medicina de Chile durante 3 períodos (de 2002 a 2008) y el haber impulsado e implementado diversos procesos relacionados con el aseguramiento de la calidad de la educación médica harán lógicamente que centre esta conferencia en lo desarrollado en el período indicado, es necesario destacar y contextualizar históricamente la vinculación de Asofamech y de otras instituciones médicas con el aseguramiento de la calidad de la educación en esta profesión y, por consecuencia natural, en la calidad de las prestaciones sanitarias hacia nuestros semejantes.

En ese sentido constituyen hitos históricos relevantes para la medicina chilena:

La creación del Servicio Nacional de Salud en la década del 50.

La creación del Colegio Médico de Chile el año 1948.

La creación de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, ASOFAMECH en la década del 60, siendo las Facultades fundadoras las de la Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción y Universidad Austral.

Baste señalar la importancia de la vinculación y articulación de las instituciones médicas señaladas recordando que fue en un seminario en la década del 60, con la participación de representantes de todas ellas, que se definió el perfil de egreso de las carreras de medicina para los desafíos que esa época planteaba a la salud en Chile. Otros hechos destacables en este sentido fueron; la regionalización docente asistencial, la creación de los Generalatos de Zona, las Becas de Retorno y Primarias, y la constitución de la Comisión Nacional Docente Asistencial (Condas). Indicadores de diversa naturaleza dan cuenta de lo productivo y beneficioso para el país de esta articulación docente asistencial, tanto en lo sanitario como en lo educacional.

Sin embargo durante los lustros siguientes como resultado de la incidencia de distintos factores, tanto nacionales como globales, se fué constituyendo un nuevo escenario para la educación médica y que, ya en la década de los años 90, presentaba las siguientes características,

1 Discurso de incorporación presentado en Sesión Pública y Solemne de fecha 26 de marzo, 2008

2 Presidente ASOFAMECH 2002-2008 y Miembro de la Comisión Nacional de Acreditación de la Educación Superior, desde 2007

en lo científico, educacional, político, económico, sanitario y ético – legal.

Marcado desarrollo Científico-Tecnológico:

Hay una generación vertiginosa de nuevo conocimiento, rápida obsolescencia del mismo y por ende una obligada renovación.

Globalización Educativa y Expansión de la Oferta:

Se produce en Chile un aumento exponencial de la oferta de educación médica, especialmente a través de instituciones privadas en un marco político muy liberal y con prácticamente nula existencia de factores o instrumentos de regulación cualitativa.

Por otra parte, se hace evidente la necesidad de alinearse con estándares de calidad no sólo nacionales, sino que vinculados con referentes internacionales. No basta ya exhibir una larga trayectoria y experiencia institucional en educación médica para asegurar calidad de ésta. En este sentido los procesos de acreditación de las carreras son instrumentos para garantizar la fe pública de la calidad de las carreras profesionales.

Desde el punto de vista sanitario y en especial epidemiológico, el perfil de Chile ya no es en la década de los 90 el de un país subdesarrollado con predominancia de las enfermedades infectocontagiosas propio de la década del 60. Nos acercamos, cada vez más a un perfil epidemiológico, en que predominan las enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, otras vinculadas a estilos de vida, como las de transmisión sexual y de salud mental y las violencias tan propias de nuestros tiempos.

Por otra parte, se produce en los últimos años en Chile un crecimiento marcado de un subsistema privado de salud, estableciéndose modelos de funcionamiento dispar con el sistema público y con una asignación de recursos inequitativa. Se llega a producir, en los hechos, una variable cobertura de necesidades en salud de los ciudadanos según su adscripción a uno de estos dos subsistemas y sus usuarios tienen desigual autonomía. La insatisfacción de estos usuarios es la tónica en ambos subsistemas, aunque las razones son naturalmente distintas.

Otro elemento relevante en este nuevo escenario para la educación médica son los cambios que en lo ético y en lo legal, se han instalado en la sociedad chilena, que podríamos sintetizar en la crisis del paternalismo médico, la reivindicación de los derechos de los pacientes, en particular aquellos sostenidos por la bioética, como la autonomía o participación informada de los enfermos en las decisiones que les afectan, y lo que conocemos como mediatización y judicialización de la medicina.

Este nuevo escenario descrito precedentemente impuso a Asofamech la necesidad imperiosa de introducir cambios en los procesos académicos y de buscar regulaciones en un marco político legal demasiado liberal a través de un plan de desarrollo estratégico. Lo anterior, con el fin fundamental de asegurar la calidad de la educación médica, que condujese a un genuino profesionalismo en las prestaciones sanitarias, asegurando la pertinencia social de la oferta educativa, sin olvidar que la educación es un componente fundamental del desarrollo humano.

En este contexto, estimo conveniente recordar que ya en 1993 Asofamech propone al Ministerio de Educación la creación de un sistema de acreditación de las carreras de medicina, sin recibir respuesta en esa época de la autoridad política.

Con el fin de institucionalizar adecuadamente su actividad, en el año 1994, Asofamech establece sus estatutos. Las Facultades afiliadas a esa fecha eran las de la Universidad de Chi-

le, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción, Universidad Austral de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de la Frontera. Presidente de Asofamech en ese tiempo era el Dr. Alejandro Goic C.

En julio del 95 en el Seminario “ESCUELAS DE MEDICINA DE CHILE”, se propuso la confección de un plan nacional de desarrollo para las 6 facultades de medicina con una proyección a 5 años plazo, que se financió parcialmente, más tarde, con fondos del Ministerio de Educación. Presidente de Asofamech era el Dr. Eduardo Rosselot.

En reunión especial de Asofamech de fecha 7 de agosto de 1995, se decidió que el grupo de trabajo estaría constituido por un equipo profesional de la Universidad de Concepción, presidido por el Decano Dr. Elso Schiappacasse Ferretti.

Los Objetivos consagrados en sus estatutos por Asofamech son los siguientes;

“Impulsar y coordinar el perfeccionamiento de la Educación Médica en el país, en lo que se refiere a la formación de pregrado, de postgrado y de perfeccionamiento continuo”.

“Impulsar y coordinar iniciativas y actividades que relacionen la Educación Médica con programas de salud”.

“Impulsar el intercambio de información sobre programas docentes y de investigación entre las Facultades y Escuelas de Medicina”.

“Mantener intercambio de información relacionada con Educación Médica, con instituciones nacionales e internacionales”.

“Participar en los programas de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM) u otras Asociaciones que concuerden con los objetivos de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina.

A continuación me referiré, en consecuencia, en el contexto señalado, y con el mandato fundacional y estatutario indicado a las acciones, procesos, e iniciativas impulsadas y desarrolladas en los últimos años por Asofamech, bajo mi presidencia.

¿QUÉ HA HECHO ASOFAMECH?

Podríamos intentar señalar resumidamente lo anterior en los siguientes puntos:

Programas para la profesionalización Docente, Diplomados y Magíster en Educación Médica o Ciencias de la Salud.

Investigación Educacional Departamentos de Educación Médica.

Reformas Curriculares.

Iniciativas de postítulo y postgrado y Educación Continua. Diversificación de la Especialización, Magíster y Doctorados y Fortalecimiento de la Atención Primaria (Consortio Salud Familiar).

Propuestas regulatorias para asegurar Calidad de la Educación en Salud, en un marco político y económico liberal.

Procesos se entrecruzan con la Reforma del Sector Salud (GES, Autoridad Sanitaria,

Leyes Isapre, Deberes y Derechos. Buscan: Acceso, Oportunidad, Calidad, Equidad y Protección Financiera, Nuevo Modelo de Atención).

Interacción con todos los actores institucionales y sociales (MINEDUC, MINSAL, Academia de Medicina, ASOCIMED, CONACEM, COLEGIO MÉDICO Y OTROS COLEGIOS PROFESIONALES, SOEDUCSA, ASEMECH, ANACEM, ISAPRE MASVIDA y otros).

Internacionalización: AMEE, CIDAFAM, MERCOSUR, FEPAFEM, Red Andina y otros.

A continuación desarrollaremos algunos de estos aspectos.

REFORMAS CURRICULARES:

Todas las escuelas de medicina de Asofamech antes o después, en mayor o menor medida, implementaron procesos de reforma curricular vinculadas con los mandatos de su propio plan nacional de desarrollo así como de los referentes internacionales sobre la materia. Los principales aspectos contenidos en estas reformas han sido los siguientes:

Enseñanza Centrada en el Alumno (Metodología del Aprendizaje Basado en Problemas y otros).

Búsqueda de Aprendizaje Profundo o significativo por parte de los estudiantes.

Aprender a aprender, esto es a juzgar críticamente la información puesta a disposición del estudiante, hoy en forma masiva, y desarrollar competencias para el autoaprendizaje de por vida.

Integración precoz del conocimiento tanto entre las ciencias básicas entre si, como de éstas con la clínica.

Ampliar y desarrollar la formación de los estudiantes en la Práctica Ambulatoria y en la Atención Primaria, vinculadas con el nuevo modelo de atención en salud, reduciendo el tiempo programado en los servicios hospitalarios de alta complejidad.

Contenidos vinculados con el nuevo perfil epidemiológico. Incluso desechando contenidos ya irrelevantes e incorporando nuevos.

Resulta hoy más importante que ayer el reforzar la formación de los estudiantes en los aspectos éticos, tanto Hipocráticos tradicionales, como aquellos aportados por la Bioética. Las escuelas de medicina tienen una gran responsabilidad en la búsqueda de un genuino profesionalismo, en una sociedad demasiado marcada por el materialismo, el utilitarismo, y el pragmatismo, lo que ha influido negativamente, tanto en los docentes, como en los estudiantes. En este sentido debe dársele énfasis no sólo a los conocimientos, sino que también a las habilidades y a actitudes, a través de un modelaje tutorial consistente y de asignaturas creadas con este fin.

Con este propósito, el de las reformas curriculares, las Facultades de Medicina han accedido a fondos concursables especialmente del proyecto Mecesup. A continuación señalo algunos de ellos:

1. "Desarrollo y Evaluación de un Perfil Común del egresado de las Escuelas de Medicina de Chile"

Línea de Apoyo de Renovación Curricular, 2004.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de Valparaíso, Universidad Católica de La Santísima Concepción, Universidad de La Frontera, Universidad de Los Andes y Universidad de Santiago.

2. “Nuevo currículo para la Carrera de Medicina, centrado en el Alumno, Integrado y orientado al aprendizaje profundo”, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, 2001.
3. Fortaleciendo la Innovación curricular en el Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera”, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera de Temuco.
4. Y otros ...

INVESTIGACIÓN EDUCACIONAL:

Las distintas Facultades de Asofamech siguiendo lo que es una tendencia mundial de la educación médica, han buscado crear e instalar instrumentos y procesos tendientes a validar científicamente los cambios educacionales que se busca implementar. Esto se ha hecho a través de la creación de Departamentos de Educación Médica, la realización de Congresos Bianuales y la publicación periódica de una revista de Asofamech en conjunto con la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud (Soeducsa).

EVALUACIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS FORMATIVOS:

Después de haber creado Asofamech en 1995 una comisión para formular los estándares de acreditación para las carreras de medicina que después de 2 años de trabajo culminó exitosamente su labor, en 1999 el Ministerio de Educación crea la Comisión Nacional de Acreditación de Pre grado en Chile y solicita a Asofamech, iniciar los procesos voluntarios de acreditación de carreras en el país.

Así Asofamech es pionera en esta materia en nuestro país. Participa con diferentes académicos que se entrenan y constituyen en pares evaluadores para los distintos procesos. Al año 2002 6 carreras se encontraban acreditadas y 5 años más tarde otras tres alcanzaban esta condición y 3 más se encontraban en distintas etapas del proceso de auto evaluación.

El año 2005, en respuesta a una solicitud especial de la Comisión Nacional de Acreditación de Pre Grado (CNAP), Asofamech participa a través de tres universidades en el proyecto experimental de Acreditación MERCOSUR.

Concientes de que el aseguramiento de la calidad de la educación médica no se limita a la evaluación de los procesos de formación, como es la acreditación, sino que también es indispensable evaluar el producto terminal del proceso formativo, en este caso los egresados de las diferentes carreras de medicina del país, Asofamech se propuso crear e implementar un Examen Médico Nacional.

Con este propósito se constituyó un equipo técnico encabezado por un Director Ejecutivo, Dr. Beltrán Mena. Se hicieron dos ensayos en “marcha blanca”, los años 2001 y 2002 y se aplicó en forma oficial por primera vez en diciembre del año 2003.

La participación en este examen fue voluntaria, encontrando una inmediata acogida en todas las escuelas de medicina del país. Todos los egresados de las escuelas de medicina de Chile, lo han rendido a la fecha (924 el año 2007). Se estableció como un requisito de ingreso a los programas de post título de las facultades de Asofamech, pero con un peso ponderal máximo de un 20 por ciento.

Los objetivos fundamentales al crear el Examen Médico Nacional, fueron entregar información relevante para las diferentes escuelas de medicina, con respecto a los conocimientos que demostraban los egresados de ellas en las diferentes áreas, que conformaban este examen y que sólo incluían materias impartidas en todas las escuelas.

El segundo gran objetivo fue el constituirse en un instrumento para comparar conocimientos de los médicos al ingresar al mundo del trabajo, por lo tanto, ponerlo a disposición de los empleadores. Sus resultados se han expresado en una escala lineal de puntaje y se han ajustado estadísticamente para acercarse en el mayor grado posible a una curva normal. Este examen fue creado en consecuencia para comparar individuos y no instituciones, sin buscar devenir en un examen habilitante. Ha concitado a través de los años pleno respaldo de los usuarios y de las Instituciones Médicas.

Los posibles efectos no deseados de un examen de esta naturaleza, así como sus limitaciones, fueron ya advertidos en el proyecto original. Su principal limitación es la de ser sólo un examen cognitivo, radicando la evaluación de las habilidades y destrezas, así como las actitudes, en las diferentes escuelas. Los dos principales efectos no deseados, y que ya se han expresado en los últimos tiempos, es la mediatización de los resultados y la confección de ranking de instituciones por el promedio de los puntajes obtenidos por los alumnos. El otro inconveniente ya advertido es que las escuelas distrajeran parte del tiempo curricular en la preparación especial de los estudiantes para el referido examen.

El año 2006 el principal empleador médico de Chile presenta un proyecto de ley para establecer el Examen Médico Nacional como requisito para contratar médicos en el Sistema Público. En enero de 2008 el Parlamento aprueba la Ley Médica Complementaria que incorpora un Examen Único Nacional de Conocimientos como requisito para contratar médicos en el Sistema Público. Entrega en los hechos a Asofamech su conducción. Una situación inesperada es que el Congreso agrega a la referida ley la indicación de otorgarle a este examen un carácter revalidante exclusivo para los títulos médicos obtenidos en el extranjero. Esto necesariamente obliga a abrir un proceso de análisis multiinstitucional sobre el perfil del examen.

Desde el punto de vista académico y técnico, Asofamech y la Dirección Ejecutiva del Examen Médico Nacional, han acordado implementar, en relación con este examen, su validación técnica, y su automatización completa, así como la participación amplia de médicos extranjeros a partir de la versión 2009.

El año 2003 Asofamech conoce la iniciativa del Ejecutivo que presenta al Parlamento un proyecto de ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior en Chile que crea, ya con carácter legal, entre otras materias, la acreditación institucional, la acreditación de carreras y la acreditación de programas de post grado, de magíster y doctorado. Asofamech gestiona y finalmente obtiene del Ejecutivo y del parlamento la obligatoriedad de la acreditación de pregrado para la carrera de Medicina e igualmente, incorporar a la ley la acreditación de los programas de especialización en medicina. Con estas dos indicaciones, gestadas por Asofamech, la ley es aprobada en Octubre del año 2006.

Considerando este nuevo marco legal para la educación superior y la experiencia previa de Asofamech a través de su Comisión Nacional de Acreditación de Pos grado que condujo 7 ciclos de acreditación y ante la evidencia de un cierto grado de insatisfacción planteado por sociedades científicas y la propia Academia de Medicina, Asofamech propone a las instituciones médicas, Academia de Medicina, Asociación de Sociedades Científicas y Colegio Médico de Chile, la creación de una agencia de acreditación multiinstitucional, que responda a altos estándares de calidad y que, por su pluralidad, de garantías a todos. Esta iniciativa es suscrita formalmente por los presidentes de las instituciones médicas señaladas. La futura agencia denominada APICE, de acuerdo a la ley, se presentará, en el futuro próximo, ante la Comisión Nacional de Acreditación de la Educación Superior para su autorización de funcionamiento.

CERTIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA

Desde 1984, ASOFAMECH, participa en CONACEM (Autónoma, voluntaria, no estatal) que ha certificado aproximadamente a 10.000 médicos especialistas.

Hoy la Ley de Autoridad Sanitaria comprendida en la Reforma de Salud, vigente desde 2005, crea una Intendencia de Prestadores y un Registro Nacional de Médicos Especialistas.

Para incorporar médicos a ese registro, Asofamech, obtuvo de parte de la autoridad ministerial que: Los Títulos Universitarios fueran de Programas acreditados en el marco de la Ley de Aseguramiento de la calidad de la Educación Superior. Así se vincula lo obtenido en la referida ley, con respecto a la acreditación de programas de especialización, con la certificación de la condición de especialista inscrita en el Registro de la Intendencia de Prestadores. Asofamech postulará como organismo certificador de especialista para incorporar médicos al referido registro a CONACEM.

Lamentablemente el reglamento que operacionaliza la ley está aún en tramitación ante Contraloría. Lo anterior se vincula con el hecho de que el Ministerio de Salud, busca una tercera vía de carácter transitorio para incorporar médicos a este primer registro de prestadores.

CUIDADO Y REFORTALECIMIENTO DE LA RELACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL

Esta materia ha sido motivo de preocupación permanente y creciente de Asofamech, contando con el apoyo del Colegio Médico de Chile, ante la evidencia de la transformación del sentido original de este valor de la medicina nacional, ante el aumento de la oferta de las Escuelas de Medicina y de la influencia del factor "mercado". Lo anterior ha conducido a una verdadera crisis por los campos clínicos con manifiesto perjuicio para las instituciones educacionales, los estudiantes y los pacientes. La indeseable "cohabitación" de escuelas de medicina en diferentes centros docente asistenciales, la sobre exposición de pacientes a actividades formativas y la influencia de criterios económicos en la asignación de hospitales a los centros formadores, son algunos de los componentes de esta crisis. Lo anterior se ha visto agravado por el debilitamiento en su funcionamiento e influencia de CONDAS.

La historia de los últimos años, referida a esta materia, es ilustrativa. Una primera Normativa ministerial del año 2001, convenida por el Ministerio de Salud con Asofamech y el Colegio Médico, en la práctica no fue respetada. Esto llevó a una Cohabitación de hecho, incluso entre Facultades de ASOFAMECH. Después de revisiones de los convenios docente-asistenciales, el trabajo de Comisiones multipartitas 2004, una propuesta ministerial del año

2005 fue declarada inadmisibles por Asofamech. Después de un largo período de silencio, en Octubre 2006 se crea una nueva comisión revisora con representantes del Ministerio de Salud, ASOFAMECH y Colegio Médico. Finalmente, una nueva normativa, generada a través de esta comisión, es aprobada en CONDAS el 26 de julio de 2007, la que, entre otras materias, incorpora para la priorización en la asignación de campos clínicos, el criterio de la acreditación de las carreras y programas.

INVITACIÓN A NUEVAS ESCUELAS A INGRESAR A ASOFAMECH

En 1990 sólo 6 escuelas de medicina eran miembros de Asofamech, pertenecientes a las denominadas Universidades Tradicionales. A partir del año 2002 y en el contexto del nuevo escenario descrito para la educación médica, se invitó a todas las nuevas escuelas de medicina que ingresaran a Asofamech, que cumplieran con el requisito estatutario de tener una promoción de egresados, pero que asumieran el compromiso de participar activamente en los procesos de acreditación de carreras, acreditación de pos grados, Examen Médico Nacional y respeto a las normas sobre asignación de Campos Clínicos. Así, a diciembre de 2007 son 12 las Escuelas miembros de Asofamech. Entre ellas hay Estatales, Privadas con aportes financieros estatales y Privadas propiamente tales.

En enero de 2007, y estando ya aprobada la ley de aseguramiento de calidad de la Educación Superior que establece la obligatoriedad de la acreditación para la carrera de medicina, a partir del primer año de su funcionamiento, Asofamech decide reformar sus estatutos: Se pueden incorporar a Asofamech escuelas sin tener aún egresados, pero deben estar acreditadas previamente.

Habiendo recorrido lo realizado en estos últimos años por Asofamech, en el nuevo contexto en que se desenvuelve la educación médica y a la luz de la experiencia vivida, es importante mirar al futuro y plantearse algunos desafíos.

Quizás uno de los más significativos sea generar condiciones para la protección de la vocación de servicio y el perfil humanista del estudiante. Así como son evidentes las ya descritas amenazas para el ejercicio de la medicina, y un genuino profesionalismo y la percepción negativa de los usuarios sobre la práctica médica, es particularmente preocupante constatar, que a este fenómeno no escapan los propios estudiantes de medicina. Se ha producido consenso a nivel internacional sobre crecientes disparidades entre las necesidades de los pacientes y los recursos para satisfacerlas, la dependencia creciente de las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de salud, y la tentación de algunos médicos de relativizar el tradicional compromiso con la primacía del interés del paciente. Al respecto, debemos volver a las raíces y no olvidar lo afirmado por Pedro Lain Entralgo; *“La medicina es un saber dirigido a la práctica e informado por una teoría”* osea, es un Saber- Hacer. Igualmente nunca olvidar que los fundamentos de la medicina son tres; las ciencias biológicas y sociales, el arte clínico y la ética y que esta última es más abarcante y exigente que la ley.

En este sentido el refortalecimiento del profesionalismo médico es una responsabilidad de todos: de las Escuelas de Medicina, de los Colegios Profesionales a través de la autorregulación ética y de la Autoridad Sanitaria para generar un marco laboral y políticas públicas en que se respeten por igual los derechos de los usuarios, funcionarios y estudiantes.

También en esta mirada de futuro señalaremos sucintamente otros desafíos para las instituciones formadoras de médicos.

El proceso de selección de alumnos a las carreras. Deben incorporarse no sólo los resultados de pruebas nacionales, sino evaluarse psicológicamente y vocacionalmente a los postulantes mediante test y entrevistas semiestructuradas.

Una formación más sólida para el trabajo en equipo multiprofesional.

La docencia Clínica y la integración docencia-servicio.

Revisión del Perfil del egresado: Competencias para la Medicina General, la Atención Primaria, la especialización de Postítulo e inserción en el mundo globalizado. Un primer avance en esta dirección lo constituyó el Seminario realizado el año 2007 en que se conocieron los resultados de un estudio sobre el actual perfil de los egresados de las carreras de medicina. Escapa al sentido de esta conferencia hacer un análisis exhaustivo de ellos. Baste señalar que existe bastante heterogeneidad en cuanto a las preferencias y destino ocupacional de los egresados de las diferentes escuelas de medicina en la actualidad y que hay insatisfacción de académicos, empleadores, y de los mismos egresados, sobre diversos aspectos curriculares.

El acortamiento de la carrera y la articulación con el postítulo y el postgrado, en consonancia con corrientes internacionales de educación superior y buscando mayor eficiencia en el sistema de educación médica en el que el título de pre grado es sólo un hito en el proceso formativo que sólo tiene fin con el término de la práctica profesional

Desarrollo y crecimiento de la Profesionalización Docente: Diplomados, Magister y Doctorados en Ciencias Biomédicas son instrumentos que apuntan a conformar verdaderos profesionales de la educación médica. Es evidente que hoy en día, y más aún en el futuro, no basta para ser un buen docente, el ser un buen profesional clínico.

La Educación Continua y el Desarrollo Profesional. Pertinencia social y excelencia. Servir al país (Desarrollo Humano). Servir a las personas-alumnos (oportunidad para el crecimiento permanente) y su vinculación con las demandas del mundo del trabajo.

Habilitación Profesional: Este es un debate pendiente más allá de las reservas que en el mundo universitario existan sobre la eventual incorporación, como en otros países desarrollados, de exámenes habilitantes con posterioridad a la obtención del título universitario.

Recertificación periódica de las competencias profesionales. Esta es una necesidad ineludible para el mundo del trabajo. Es destacable en este sentido el acuerdo reciente de CONACEM.

Investigación en: Educación y en Salud Pública, Investigación Aplicada, Clínica, cualitativa. Vinculación con Programas de Postgrado: FONDECYT, FONDEF, FONIS, CORFO, MECESUP, etc. La investigación en salud, en definitiva debe estar centrada en su aplicabilidad concreta y su pertinencia social.

Refortalecer la relación docente-asistencial: Pasar desde lo estructural (CONDAS) a lo operativo y ser consistente con los principios y normativas generadas consensuadamente

Creación de una Agencia de Acreditación de Pregrado: Este es un proceso ya preliminarmente en curso.

Hacer un esfuerzo sistemático y permanente por mejorar nuestras relaciones institucionales con las otras Carreras de la Salud.

Consolidar y ampliar redes de colaboración nacional e internacional.

Consolidar la institucionalización de Asofamech: Estatutos, finanzas y profesionalización.

Finalmente, junto con agradecer vuestra atención, quisiera señalar, a modo de síntesis, lo que es mi visión sobre el quehacer de Asofamech en el mundo de hoy y del mañana.

La Educación y la Salud son dos componentes fundamentales del Desarrollo Humano.

Asofamech, fiel a su mandato fundacional deberá siempre buscar que los egresados de nuestras Escuelas adquieran y renueven permanentemente sus competencias para el aprendizaje de por vida, el profesionalismo (conocimientos, habilidades y actitudes) para el cuidado de la Salud de las personas, familias y comunidades, que es el bien social de mayor jerarquía. Dr. Octavio Enríquez Lorca. ■

*DISCURSO DE RECEPCIÓN AL
PROF. DR. OCTAVIO ENRÍQUEZ LORCA, COMO
MIEMBRO CORRESPONDIENTE EN LA ACADEMIA DE
MEDICINA DEL INSTITUTO DE CHILE¹*

DR. ALBERTO GYHRA SOTO
Académico Correspondiente

Sr. Presidente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Dr. Alejandro Goic, agradezco a Ud. y por su intermedio a la Academia, el honor de solicitarme presentar al Dr. Octavio Enríquez, como Miembro Correspondiente de la Academia Chilena de Medicina.

Quiero subrayar el hecho que esta ceremonia se realice en la ciudad de Concepción y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Digo esto, no sólo con el objeto de resaltar la importancia de descentralizar el accionar de nuestras instituciones, sino que además, por el hecho que el Dr. Octavio Enríquez, es penquista desde siempre, su familia está arraigada a esta región desde el año 1661, año en que se radica en esta zona el capitán Marcos Enríquez, proveniente de Madrigal de las Torres de Castilla la Vieja y de quien descienden las familias Enríquez Frödden, Enríquez Quinteros y Enríquez Bello.

El hecho que la incorporación del Dr. Octavio Enríquez a la Academia de Medicina de Chile, se realice en Concepción, es entonces significativo para la familia Enríquez, quienes como dije, permanecen en esta ciudad desde hace 400 años. En estos 400 años, los Enríquez han demostrado su gran vocación de servicio público, participando activamente en el desarrollo de la educación, de la política y la cultura regional y nacional, sin necesidad de trasladarse a la capital, porque como lo dicen los libros de historia, han permanecido fieles a esta provincia, desde la llegada del oficial español.

Los Enríquez, corresponden al tercer contingente de las familias fundadoras de nuestro país, que vinieron para apoyar los conflictos de la guerra de Arauco. Las primeras 5 generaciones, orientan sus actividades combinando las actividades agrícolas con la política, donde encontramos varios regidores y diputados de la provincia y a partir de la siguiente generación, nacida en una época con fuerte énfasis en el liberalismo, incursionan en el campo de las leyes, la medicina, la educación y por cierto la política.

Esta familia de connotada participación en la vida pública de Chile y de la región, ligada a la Universidad de Concepción desde su fundación, es a la cual pertenece Octavio.

Octavio, nacido en 1952, es el tercer hijo del Doctor Darío Enríquez Bello, profesor emérito de la Universidad de Concepción, un conocido médico universitario, rotario y masón. Don Darío, ha sido la fuente de inspiración y referente moral e intelectual de Octavio. Su madre fue Anita Lorca Kroeger, concertista en piano y compositora musical, de quien heredó sus talentos sociales y su afinidad por la música.

1 Pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 26 de marzo de 2008. Concepción.

Su familia paterna está constituida por su hermano mayor Darío, radicado en Estados Unidos, y su hermano Gastón, radiólogo de la Sexta Región.

Su infancia trascurrió en un hogar donde se le educó con énfasis en los valores humanistas, solidarios y de tolerancia, cuyo legado en la vida de Octavio, ha reforzado su carácter de humanista firme en sus convicciones, su pasión por el trabajo riguroso en el desarrollo de todas las empresas que acomete, pero sobre todo, por la consecuencia entre su línea de pensamiento y la acción.

Desde niño, se apreciaron en él sus condiciones de rectitud, seriedad y clara inteligencia, que lo hicieron destacar mientras cursaba la educación primaria y media. Con su ingreso a los estudios universitarios, aparecen sus dotes de conductor y líder.

Es necesario subrayar el hecho que la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, ha sido testigo de lo que el Dr. Octavio Enríquez Lorca y su padre el Dr. Darío Enríquez Bello, han entregado por décadas, a la formación de médicos en nuestro país.

No quiero dejar pasar esta oportunidad, sin dedicar algunas palabras al que fuera Don Darío Enríquez Bello, padre de nuestro homenajeado y profesor muy querido de quien les habla. Don Darío Enríquez Bello, fue Profesor y primer Director del Departamento de Cirugía de nuestra Facultad y miembro del Directorio de nuestra Universidad. Su esposa, Doña Anita Lorca Króeger, también se desempeñó en el Instituto de Música de nuestra Universidad. Siempre le he dicho a Octavio que se parece enormemente a su padre, hombre de gran inteligencia, de profunda formación humanista, cirujano por formación y talento y por sobre todo, un gran docente. Lamento profundamente que Don Darío y la Sra. Anita no estén presentes hoy, pues sin lugar a dudas, estarían plenos de dicha y satisfacción, al ver a su hijo convertido en un gran médico, en un gran docente y por sobre todo, irradiando madurez, criterio y liderazgo.

Para el que les habla, es un privilegio dedicarle estas palabras a Octavio, la suerte del destino ha hecho que lo haga en mi última semana, antes de jubilarme como Director del Departamento de Cirugía y que Don Darío Enríquez Bello, su padre, haya sido como ya lo he dicho, el primero en ocupar ese cargo en esta Facultad.

Además, es para mí francamente emotivo, dedicar estas palabras a mi amigo Octavio, a quien lo tuve como alumno, luego como residente y finalmente, con quien compartí lo que fue esa maravillosa experiencia, de cimentar el desarrollo de la Cirugía Cardíaca en nuestra región.

Hoy le dedico estas palabras a un amigo, con la satisfacción y alegría de comprobar su extraordinaria carrera profesional.

El Dr. Enríquez, vinculado históricamente por sus raíces familiares a la Región y a la Universidad de Concepción, realiza sus estudios básicos y secundarios en el Lycée Charles de Gaulle y Colegio Concepción de esta ciudad, ciclo en el que adquiere dominio del Francés e Inglés. Destacado estudiante, eligió siempre a la Universidad de Concepción primero, para estudiar medicina, ingresando a la Carrera de Medicina en marzo de 1970 y graduándose como Médico-Cirujano en marzo de 1977. Luego realizó su postítulo en Cirugía en esta misma Facultad, en la que inicia desde el primer día de su profesión, en 1977, una exitosa carrera académica.

Su opción académica lo hizo dejar la práctica privada y la cirugía cardio-torácica hace ya diez años. Casado con una Colega de Profesión, la Dra. Elsa Montenegro Olivares, son padres de cinco hijos.

Al Dr. Enríquez, fuera de sus actividades académicas y de la vida en familia y fiel a su tradición humanista, le interesan las problemáticas sociales y filosóficas. También, en la búsqueda del desarrollo personal y familiar integral, es aficionado a los deportes, especialmente el tenis y el ski. Conforme a sus orígenes familiares, es particularmente sensible y amante de la música, en sus diferentes vertientes.

Iniciada en 1977 su carrera académica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, desarrolla un programa de formación de especialista en Cirugía en esta misma Universidad, obteniendo el título de Cirujano en abril de 1980. A partir de ese momento, se incorpora a la Unidad de Cirugía Cardio-torácica del Departamento de Cirugía, en el Hospital Clínico Regional de Concepción. En este marco, continúa su desarrollo académico y profesional con un programa de subespecialización en Cirugía Cardiovascular, entre los años 1981 y 1982, en el prestigioso Hospital Broussais de la Universidad de París VI. Así, de esta manera, el Dr. Enríquez se integró de pleno al proyecto que logró el desarrollo de la Cardiología y la Cirugía Cardiovascular en nuestra Región, proyecto que fue patrocinado por el Gobierno de Francia. Completado exitosamente este programa en Francia, el Dr. Enríquez regresa desde París a la Universidad de Concepción, para desempeñarse como especialista en cirugía cardio-torácica y dedicarse a su carrera académica.

En la década del 80 asume responsabilidades docentes de pre y postgrado, participando en la generación de proyectos de investigación y publicaciones científicas en el ámbito de su disciplina, siendo rápidamente reconocido en el país y en el extranjero, en las sociedades científicas disciplinarias, como son la Sociedad de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, a la cual ingresa en 1983 y, más tarde, fue su Director entre los años 1991 y 1994. Ingresa a la Sociedad de Cirujanos de Chile en 1987. Fue socio Fundador de la Sociedad de Cirugía Torácica y Cardiovascular. En 1995, ingresa como Fellow del American College of Chest Physicians, sociedad científica de la que fue su representante (Regent) para Chile entre los años 1996 y 2003. En 1990 se incorpora como Fellow del American College of Surgeons. En ese período, en la propia Universidad, progresa rápidamente en su carrera académica, hasta obtener la jerarquía de Profesor Asociado. Paralelamente, asume responsabilidades administrativas en el Departamento, vinculadas a la docencia.

Con el inicio de la década del 90, asume funciones de gestión académica en la Facultad, desempeñándose como Director de Postgrado entre los años 1990 y 1992 y luego como Vicedecano, entre los años 1992 y 1999. En 1997 accede a la jerarquía máxima de Profesor Titular.

En julio de 1999 es elegido Decano de la Facultad de Medicina, con una gran mayoría. Por su exitosa gestión, es reelegido el año 2002 para un segundo período y en junio del 2005 para un tercer periodo, esta vez, con el apoyo de más del 91% de los electores.

Dentro de sus principales realizaciones como Decano, se puede destacar:

- Creación de nuevas carreras como:

Fonoaudiología año 2001.

Tecnología Médica año 2002.

Kinesiología año 2004.

- Logró la acreditación de las Carreras de:

Medicina por 7 años, año 2002.

Enfermería por 5 años, año 2005.

Obstetricia y Puericultura por 5 años, año 2006.

- Impulsó modernas reformas curriculares de las carreras del área de la salud.
- El año 2002, la Facultad obtuvo un proyecto Mecesus UCO0003, titulado “Nuevo Currículo para la Carrera de Medicina, centrado en el alumno, integrado y orientado al aprendizaje profundo”.
- Logró diversificar la oferta de programas de especialización en Medicina, incorporando a la Facultad los programas de Neonatología, Cirugía Vascular e Imagenología, acreditando además todos los programas de especialización en Medicina.
- En el año 2004, se inició en nuestra Facultad el primer Doctorado en Enfermería en el país.
- En el año 2005, se creó el Primer Programa de Magíster en Salud Reproductiva.
- En el año 2003, se creó el Primer Departamento de Educación Médica en Chile.
- Se logró un significativo crecimiento de la producción en Investigación.
- Se inició una internacionalización creciente y movilidad estudiantil en pre y postgrado, recibiendo y enviando alumnos a Universidades Europeas.
- Se dio un fuerte impulso al desarrollo de organizaciones y participación estudiantil.
- En el año 2001, se formularon nuevos convenios docentes asistenciales y generación al interior de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, de una normativa con el Ministerio de Salud.

Por su capacidad de gestión, prestigio y confiabilidad, en octubre del 2002 es elegido por sus pares, presidente del Consejo de Decanos de la Asociación de Facultad de Medicina de Chile, ASOFAMECH, y reelegido para un segundo periodo el 2004. En estas funciones, su trabajo se centró en la creación y consolidación de mecanismos y procesos de aseguramiento de la calidad de la educación médica. Se consolidaron o se iniciaron los siguientes procesos:

1. Acreditación de la carrera de Medicina, proceso que se pone en marcha por primera vez en Chile en 1999. Cabe destacar que, el Dr. Enríquez, desde 1996, participó muy activamente en la definición de estándares de calidad y de los procedimientos de acreditación, participando, inicialmente, en el Consejo Superior de Educación (CSE) y luego en la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CNAP).
2. Puesta en marcha en diciembre de 2003, del Examen Médico Nacional (EMN); este examen es actualmente rendido por todos los médicos egresados de las Escuelas de Medicina de Chile.
3. Conducción del 7º ciclo de acreditación (2003) de los programas de especialización médica.
4. Incorporación al Proyecto de Ley de Aseguramiento de la Calidad Superior de las siguientes indicaciones:
 - obligatoriedad de la acreditación de la carrera de medicina, y
 - acreditación de los programas de postítulo de formación de especialistas, junto a los programas de Magíster y Doctorado.

5. Incorporación a la ASOFAMECH de cuatro nuevas Facultades de Medicina, todas las cuales se comprometen con los procesos de acreditación y mejoramiento de la calidad ya descritos.

Por su experiencia, conocimientos e infatigable dedicación por incorporar los procesos de calidad, es nombrado Par Informante de la Comisión de Autorregulación del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas, en materias de Creación de Nuevas Carreras (1999), también en los años 1999, 2001, 2003, y 2005 es nombrado Par Evaluador Externo para el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior de Escuelas de Medicina de Costa Rica, SINAES, y Par Evaluador externo de la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CNAP) en Proyecto Piloto de acreditación institucional para catorce Instituciones de Educación Superior Chilenas.

Invitado como experto a numerosos foros nacionales e internacionales sobre educación médica y educación superior en general, incluidos seminarios de ASOFAMECH, Sociedades Científicas, Colegio Médico, Consejo Superior de Educación en Chile, en la Asociación Europea para la Educación Médica (AMEE) y en la Asociación Internacional para la Educación en Ciencias Biomédicas de Estados Unidos (IAMSE).

Es autor de numerosas publicaciones sobre temas de su disciplina quirúrgica y sobre educación superior.

En el año 2005 fue elegido por los representantes de las Facultades de Medicina, como miembro del Consejo Consultivo Asesor del Plan AUGE del Ministerio de Salud, en el marco del proceso de Reforma de la Salud.

Fiel a su vocación humanista, se desempeñó entre los años 1996 y 2004, como miembro del Comité de Ética del Consejo Regional Concepción del Colegio Médico de Chile.

En noviembre del 2004, a nivel nacional, fue elegido por los representantes de todos los Consejos Regionales del Colegio Médico, como miembro y Presidente del Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile.

También es miembro del Consejo Nacional de Investigación del Ministerio de Salud (CONIS) e integrante de la Comisión Nacional de Acreditación, CNA Chile. Siendo elegido por los miembros de esta Comisión, como Figura destacada de una asociación profesional o disciplinaria del país.

Además, el Doctor Enríquez ha sido merecedor de premios, distinciones y reconocimientos:

La trayectoria del Dr. Octavio Enríquez nos muestra un médico exitoso en todas las actividades que ha emprendido, hayan sido éstas quirúrgicas o netamente educacionales. Es indudable, para los que lo conocemos, que este éxito es la clara demostración de su personalidad humanista y de un trabajo perseverante y metódico, el que ha estado adornado con el criterio, la mesura, la firmeza y el liderazgo que siempre ha irradiado. Octavio ha sabido siempre llevar a buen puerto sus inclinaciones e inquietudes, ha sabido llevar con humildad sus éxitos y sobreponerse con hombría e hidalguía a sus fracasos o dificultades, que siempre acompañan a todo ser humano.

Octavio ha sido un notable defensor de la calidad, en todos los emprendimientos que ha acometido. El sello que quizás más resalta en su brillante trayectoria académica ha sido, creo

yo, el haber unido un grupo humano muy diverso y conducirlo para mejorar la calidad de la enseñanza en Medicina, para salvaguardar las conductas éticas en el desempeño médico y generar siempre un ambiente de trabajo honesto, agradable y tolerante.

Creo, que la invitación que se hace al Dr. Octavio Enríquez a ingresar a la Academia Chilena de Medicina, en calidad de Miembro Correspondiente, es un acto de plena justicia. El aporte que ha hecho a la Medicina regional y nacional se observa desde los inicios de su carrera como especialista, al incorporarse al desarrollo de la cirugía cardio-torácica en el sur de Chile; posteriormente, con el impacto nacional de su trabajo y desvelos, por mejorar la calidad de la enseñanza de la medicina, por la incansable dedicación por hacer que los gobiernos y los legisladores escuchen y mediten las propuestas de las Facultades de Medicina del país, por su notable espíritu docente y por su destacada participación en el campo de la ética.

Quiero destacar, que esta importante labor del Dr. Octavio Enríquez, tal como siempre lo han hecho los Enríquez, la desarrolló desde su querida región del Bío Bío y de su ciudad natal Concepción, lo que hace aún más impactante su carrera profesional y académica, pues todos sabemos que en nuestro país, no es fácil destacar desde regiones.

Me siento muy complacido y feliz de presentar al Dr. Octavio Enríquez Lorca para esta tan importante membresía; estoy seguro que la Academia Chilena de Medicina tendrá con su ingreso, un aporte de talento, inteligencia, madurez y humanismo, que son dignos de destacar. ■

LA MUJER Y LA FERTILIDAD EN EL SIGLO XXI¹

DR. LUIGI DEVOTO C.
Académico de Número

La fecundidad de la mujer es un concepto relevante en la mitología de todas las civilizaciones. Las diferentes mitologías tienden a fusionar el concepto de fertilización (Tierra) con el de fecundidad (Procrear). Así en la mitología de los pueblos originarios de Latino-América como los mayas: Ixchel es la esposa del rey Sol (Itzamná), siendo considerada la diosa de la tierra, fertilidad y simultáneamente diosa del amor y la gestación. Un concepto similar se encuentra en los indígenas andinos, como quichuas y mapuches. En pueblos lo relevante es “la Tierra” en un sentido muy profundo y amplio, pero no el suelo o la tierra geológica, así como tampoco el cielo cristiano. La denominan “Pachamama” la cual posibilita y favorece la vida en un sentido universal incluyendo la fertilidad de la tierra y la fecundidad. Un pensamiento similar se expresa en la mitología de otros continentes con la diosa Devi en el hinduismo y Budismo, y con Hera y Juno en la cultura helénica y romana respectivamente.

Las civilizaciones orientales desde sus inicios incluían el factor erótico como un componente importante de la vida reproductiva involucrando incluso a sus dioses como protagonistas. Clásico es el libro “The Kama-Sutra” diseñado 3 siglos AC el cual ilustra figuras eróticas del arte indio.

En todas las civilizaciones el parto ha sido el centro del proceso reproductivo, apareciendo los chamanes, individuos que actúan como «mediadores» con los dioses o los espíritus y desarrollan las primeras técnicas de asistencia al parto. Algunas civilizaciones antiguas como la egipcia, greco romana desarrollaron además alternativas de regulación de la fecundidad como fue la invención de los primeros anticonceptivos vaginales, y preservativos usando las más diversas sustancias para impedir el contacto semen - cervix, o anillos vaginales de diversos metales. En forma pionera los romanos usaron preservativos confeccionados con diversas pieles animales como anticonceptivos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Es en la edad media y particularmente durante el Renacimiento, cuando Leonado Da Vinci confecciona magistrales diseños anatómicos de la pelvis de la mujer en estado grávido, dando inicio a una anatomía vinculada a los procesos reproductivos. Junto a estos primeros indicios de conceptualización biológica de los eventos reproductivos los artistas occidentales comienzan a representar el desnudo de la mujer con contenido erótico y de sensualidad femenina. Una de las primeras pinturas es la del pintor Tiziano, representando la Venus de Urbino, pintura de 1538 que se encuentra en el Palacio de los Uffizzi en Florencia, Italia.

En dicha época la población mundial según cifras estimadas por las Naciones Unidas *World Data Sheet Population Reference Bureau* ascendía a 1.000 millones de individuos. El control demográfico de esa época estaba dado por condiciones “naturales” como las precarias condiciones de vida de la población, limitaciones sanitarias, alta mortalidad materna y perinatal, epidemias y guerras resultando en bajas expectativas de vida de la población.

1 Discurso de incorporación presentado en Sesión Pública y Solemne de fecha 15 de mayo, 2008

El "boom" demográfico del mundo se inicia a comienzo del siglo XX con una población estimada en 1.650 millones de habitantes ascendiendo a 6.500 millones de habitantes a inicios del siglo XXI. Esta explosión demográfica ha sido vinculada a las mejores condiciones de vida de la población, tanto sanitarias como económicas y a los logros de la medicina especialmente lo relacionado a los de prevención de enfermedades.

A mediados del siglo pasado diversas agencias gubernamentales y privadas que junto al Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud realizan un diagnóstico de los problemas de índole económico, social, ecológico y biológico que genera un mundo superpoblado. Así se forman distintos consorcios internacionales públicos y privados e inclusive religiosos los cuales aportan y destinan fondos al desarrollo de investigaciones básicas y clínicas en biología de la reproducción con el objeto de desarrollar métodos anticonceptivos efectivos, reversibles y seguros para regular la natalidad.

Es importante destacar que esta política demográfica estuvo orientada a los países en vías de desarrollo con un evidente sentido político.

PRIMERA REVOLUCIÓN ANTICONCEPTIVA.

Antes de la década de 1950 las opciones anticonceptivas disponibles eran limitadas 1) métodos de esterilización tanto masculina como femenina y 2) métodos de barrera y la abstinencia periódica. Los primeros métodos mencionados adolecían de ser irreversible y los segundos de muy baja eficacia. Este cuadro cambia radicalmente a mediados de lo 60 con la introducción de los anticonceptivos orales y la reintroducción de mejores dispositivos intra - uterinos los cuales permiten separar la anticoncepción reversible del momento del coito. Estos progresos bio-médicos permiten establecer las bases programáticas de una política de anticoncepción incluyendo accesibilidad a métodos seguros y efectivos tanto reversibles como irreversibles. Estos progresos médicos en salud reproductiva se asocian a una importante disminución en la tasa del aborto y sus complicaciones como es la mortalidad materna siendo nuestro país un claro exponente de dichos programas. (Mortalidad Materna General de Chile año 1960 = 30 por 10.000 nacidos vivos (NV) v/s la actual 4 x10.000 NV)

NECESIDAD DE UNA SEGUNDA REVOLUCIÓN EN LA ANTICONCEPCIÓN

A finales de los 70 se producen profundos cambios culturales en nuestras sociedades en lo económico y social destacando la inserción completa de la mujer al mundo del trabajo y la toma de conciencia de sus derechos sexuales y reproductivos. Es decir se instala una agenda centrada en la mujer. Simultáneamente los economistas cuestionan que el crecimiento demográfico sea el problema central de la inequidad social, estimándose que la desigualdad está principalmente ligada a sistemas político económicos - culturales que no garantizan igualdad de oportunidades producto de una deficiente accesibilidad a la educación, salud y de prácticas discriminatorias a los individuos por raza, género y /o familias.

Estos principios que habían generado por años un profundo debate mundial se expresan en la conferencia internacional de Población y Desarrollo en la ciudad del Cairo en Septiembre de 1994.

El mandato de la mayoría de los países asistentes a dicha conferencia sustenta un concepto amplio de la reproducción humana aceptando el término de Salud Sexual y Reproductiva

involucrando al ser humano, ya sea en pareja o individualmente, independiente de su edad, género o preferencia sexual. Se incluye además en este concepto los derechos de las parejas afectadas de disfunción reproductiva. Bajo estos principios se propugna que la investigación en reproducción humana debe continuar en sus aspectos básico clínico además con la misión de desarrollar áreas de investigación epidemiológica y de ciencias psico-sociales. Especial relevancia se asigna a las enfermedades de transmisión sexual HIV/ AIDS en sus aspectos preventivos y de tratamiento.

Se insta a los gobiernos a establecer servicios de salud acorde con estos lineamientos que permitan dar accesibilidad a los nuevos métodos anticonceptivos teniendo en cuenta la edad de las (usuaria-os), aspectos culturales y las diferentes etapas del ciclo reproductivo.

LA INFERTILIDAD

La infertilidad es una afección de alta prevalencia que afecta a un 7-15 % de las parejas. En Chile un 8 % de las parejas en edad reproductiva tienen dificultades para concebir luego de un año de exposición a embarazo y en ausencia de cualquier método anticonceptivo. Esta disfunción reproductiva aunque no considerada un problema de salud pública ha sido incluida recientemente en el marco de los nueva concepción de Salud Sexual y Reproductiva, no sólo por la alteración biológica sino además por los problemas psico sociales de las parejas que frecuentemente conducen a problemas de inestabilidad afectiva, violencia intrafamiliar, ostracismo, falta de autoestima y discriminación de las parejas y/o individuos que sufren de esta problemática.

En los últimos 25 años se han producido considerables avances en diagnóstico y tratamientos tradicionales de la infertilidad tanto en la mujer y en menor grado en el varón (endocrinológica, imágenes tanto de ultrasonido como laparoscópicas e histeroscópicas, evaluaciones genéticas, test biológicos funcionales de espermatozoides, células de granulosa asociado a técnicas de biología molecular etc.), como terapias farmacológicas y quirúrgicas. A pesar de todos estos avances en las áreas diagnóstico terapéutica un 5 % de las parejas continúa siendo infértil. Este es el inmenso número de parejas que se han beneficiado o se están beneficiando con las técnicas de reproducción asistida.

En Europa en la actualidad un 5% de los nacimientos son producto de estas técnicas. Desafortunadamente el alto costo de estas técnicas, especialmente el farmacológico hace que un significativo porcentaje de la población no tenga acceso a ella o les resulte muy complejo reintentar los tratamientos. El Ministerio de Salud de Chile en un esfuerzo importante desde 1992 ha ido incrementando en forma progresiva el número de pacientes del sector público que acceden a dichos tratamientos. El programa de Fertilización *in-vitro* del sector público han estado asociado principalmente al Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI) y al Departamento de Obstetricia y Ginecología Centro. Hospital San Borja Arriarán de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Esta última institución, a través de un equipo multidisciplinario de académicos pertenecientes al IDIMI ha implementado la infraestructura y el know-how tecnológico para conducir el programa. Es importante señalar que el incremento de pacientes en el sector público es producto no solo del aumento de los fondos asignados al programa si no también por la implementación de nuevas tecnologías o demandas generadas por la sociedad (Se incluyó el año 2002 el concepto de pareja estable para no limitar su ingreso al programa en relación a los matrimonio). Además a través del tiempo se han implementado técnicas como la inyección citoplasmática de espermatozoides (ICSI) que

ha contribuido en forma relevante al tratamiento de la infertilidad de factor masculino, Otro avance importante ha sido la aceptación de la ovo – donación altruista y el congelamiento de pro - núcleos o embriones en situaciones específica y recientemente se ha implementado la vitrificación de ovocitos, evitando la problemática asociada a la crio- conservación de embriones. Decisiones en relación a diagnóstico pre-implantacional o investigación en células madres de origen embrionario esperan consensos éticos aún no definido por nuestras instituciones académicas, de salud y la sociedad.

DESAFÍOS DE LA MEDICINA REPRODUCTIVA.

CONCEPTOS GENERALES.

Las unidades de Medicina Reproductiva se ven constantemente presionadas a implementar tecnologías por nuevos descubrimientos científicos que parecen no tener límites. El apremio no es solo científico sino que además la opinión de la sociedad, de la prensa y el “empower” público de los paciente se transforman en los agentes mas relevantes de estas demandas o restricciones al quehacer bio-médico. En ciencias médica se acepta que estudios randomizados, doble ciego y controlados son los que generan los conocimientos que validan nuevos tratamientos o cambios diagnóstico terapéuticos del actual proceder bio-médico. Este tipo de investigación es difíciles de realizar en Medicina Reproductiva por las implicancias ético legales inherente a la temática. Sin embargo a pesar de estas limitaciones los avances en esta área del conocimiento han sido inmensos desde el nacimiento del primer niño (1978) producto de estas técnicas de reproducción en Inglaterra,

DESAFÍOS CIENTÍFICOS.

La actual tasa de éxito (take-home baby) de los programas de Fertilización *in-vitro* fluctúan entre 30-40 %. Estos resultados nos parecen adecuados sin embargo debemos de reconocer una falla del 60-70% por intento, lo que es angustiante para las parejas por los aspectos financieros y /o psicológicos asociado a los procedimientos. Afortunadamente aún existe espacio para mejorar estos resultados especialmente mejorando el diagnóstico de reserva ovárica de la paciente, test fidedignos en la evaluación de espermatozoide y /o ovocito y de calidad embrionaria y manejo de los factores endometriales involucrados en la implantación. Esta nueva información nos permitirá y ya está permitiendo la transferencia de embrión único y así evitar las secuelas maternas y fetales del embarazo múltiple.

DESAFÍOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como en todos los campos de la Medicina debe existir un balance entre iniciativas preventivas y terapéuticas. Sin lugar a duda servicios preventivos generan mayores beneficios que los curativos. Los mejores ejemplos son las acciones destinadas a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de la obesidad por ser patologías que generan disfunción reproductiva tanto de la mujer como el varón y no deben ser ignoradas bajo el entusiasmo de los éxitos la reproducción asistida.

Estos conceptos cobran relevancia en el momento de asignar recursos en forma equita-

tiva tanto en el acceso a los servicios y sus tratamientos. Actualmente existe inequidad en el acceso a los servicios reproductivos en el sector público de los países en vías de desarrollo o de países ricos como Estados Unidos donde no existen sistemas de salud que subsidien estas prestaciones. La situación es más solidaria en muchos países europeos que sumado a la mayor libertad de estas sociedades han posibilitado notables avances en la comprensión de la biología de proceso reproductivo.

DESAFÍOS PROFESIONALES.

No solo los conocimientos bio-médico son importantes en las acciones del equipo multiprofesional que integran los centros de Medicina reproductiva. Los contenidos de la información difundida por estos centros y sus profesionales, debe ser real y transparente dando a conocer la efectividad de los procedimientos y sus riesgos. El trabajo profesional debe tener mecanismos de auto control y evaluación entre sus pares, tanto en la calidad de sus procedimientos como en el seguimiento clínico-social de sus niños nacidos por estas técnicas así como sus familias e individuos. Los centros deben tener una estrecha relación con sus pacientes incluyendo una activa participación de ellos en las decisiones, dando información fidedigna de la evolución de los procedimientos y sus riesgos.

DESAFÍOS CULTURALES

Ninguna sociedad, avanzada o primitiva, con o sin códigos legales, no han sido o no son neutrales frente al fenómeno reproductivo. Los centros de Medicina Reproductiva deben comprender y respetar las diversidad cultural y o religiosa de sus pacientes. Como ejemplo indicamos que los católicos creen que el status de embrión es similar al de una persona, por lo cual se deben respetar todos sus derechos. Los islámicos creen en la inviolabilidad del linaje genético de la familia por lo cual cuestiona la donación de gametos. Los profesionales deben estar entrenados no solo biológicamente sino que además comprender y respetar esta diversidad de los pacientes ya sea ofreciendo servicios o informando sobre prestadores que cumplen con sus creencias.

DESAFÍOS FUTUROS.

La complejidad religiosa y cultural de la sociedad, la cual está en una constante evolución y asociada a inmensos e inimaginables progresos tecnológicos nos hace muy difícil poder predecir el futuro.

Sin embargo en un futuro no muy lejano se pueden visualizar algunos desafíos tecnológicos culturales y éticos.

- 1) Como preservar en forma eficiente la fertilidad en niños, jóvenes o adultos tratados por procesos neoplásicos.
- 2) Como proteger al folículo ovárico de la apoptosis (muerte celular programada). Su detención pudiese mejorar las alternativas reproductivas de un grupo importante de mujeres que han postergado su fertilidad por diferentes razones socio-económica.
- 3) Reproducción en la post menopausia

- 4) Experimentación embrionaria por objetivos reproductivos o vinculados a la medicina regenerativa
- 5) Reproducción sin sexo. Concepto mas reciente y que se inicia en forma mas masiva con la reproducción asistida. Por el momento se limita con mayor frecuencia a las parejas con disfunción reproductiva.
- 6) Generación de ovocitos y espermatozoides a partir de células madres lo que haría mas frecuente una reproducción sin sexo.

Finalmente quisiera recordar que actitudes tendientes a controlar en forma coercitiva la reproducción humana ha causado tremendas revoluciones con muy graves consecuencias sociales. En nombre de esos cambios se han creado e impuesto "normas morales" por gobiernos o credos sin respetar la libertad de conciencia de los individuos. ■

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) De Wikipedia, la enciclopedia libre. Los dioses en la antigüedad
- 2) Los anticonceptivos en la Antigüedad Clásica.
Actas del Segundo Seminario de Estudios sobre la Mujer en la Antigüedad.
C. Alfaro Giner, M Tirado Pascual. 135-136. Valencia España 2000. Ed. Mediterráneo
- 3) Population Policies Reconsiderd. Health, Empowerment, and Rights.
Sen G, Germain and Chen L.
Harvard Center for Population and Developmnet.
Harvard University Press 1994.
- 4) Infertility after 8 years of marriage: a pilot study. Fuentes A, Devoto L.
Human Reproduction 9:273-278, 1994.
- 5) Contraceptive Research and Development. Looking to the Future.
Harrison P , Rosenfield A. Nacional Academy Pree, 1996
- 6) Current practices and controversias in Assisted Reproduction Report World Health Organization Meeting. Vayena E, Rowe P, Griffittin D.
World Health Organization 2002.
- 7) Ethics, Bioscience and Life. Benagiano, Dahl and Edwards. Reproductive Biomedicina Online, Vol 17: Suppl 3 Nov 2008.
- 8) The challenge of Reproductive Medicine at Catholic Universities. Time to live the catacombs. Ivo Bronserns.
Leuven-Doddelel, MA Belgium, 2006

*DISCURSO DE RECEPCIÓN AL PROF. DR. LUIGI DEVOTO CANESSA,
COMO MIEMBRO DE NÚMERO EN LA ACADEMIA DE MEDICINA DEL
INSTITUTO DE CHILE¹.*

DR. FERNANDO CASSORLA G.
Académico de Número

Tenemos el honor de recibir al Dr. Luigi Devoto Canessa en la Academia de Medicina del Instituto de Chile. Me siento muy privilegiado de poder presentarlo en esta sesión. La brillante trayectoria académica del Dr. Devoto justifica plenamente su incorporación a este ilustre cuerpo y tengo la certeza que su presencia contribuirá en forma muy significativa al merecido prestigio de nuestra Academia.

Habría sido difícil imaginar que hace alrededor de 30 años, una visita dominical al pueblo de New Hope, cercano a Filadelfia, en Estados Unidos, se transformaría en una amistad de toda una vida y en una fructífera relación profesional. Caminando por dicho pueblo me llamó la atención escuchar el inconfundible acento de un compatriota en un lugar fuera del circuito turístico habitual. Intrigado por la situación, me acerqué a una pareja con una niña pequeña que miraban un escaparate con algunas artesanías y así conocí a Luigi y su familia. Al intercambiar algunas palabras, nos quedó claro que además de compartir el acento, existía una cierta simetría en nuestras vidas, ya que ambos éramos egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y estábamos realizando becas en temas relacionados en la misma Universidad Norteamericana, la de Pennsylvania. Mientras el Dr. Devoto cumplía su beca en Medicina Reproductiva en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario, yo realizaba mi beca en Endocrinología Infantil en el Hospital de Niños de dicha Universidad. Para los que conocen el campus médico de la Universidad de Pennsylvania, estos dos Hospitales están adyacentes en la ciudad de Filadelfia, lo que facilitó que pudiéramos mantener una estrecha relación a partir de ese momento.

Otra curiosa simetría estaba representada por nuestro interés en las hormonas (no las propias) y por la ascendencia italiana de nuestros jefes, el Dr. Luigi Mastroianni para el Dr. Devoto y el Dr. Alfred Bongiovanni para el que habla. Nuestra cercana relación se mantendría incólume a pesar de la distancia cuando el Dr. Devoto regresó a Chile y años más tarde nos volveríamos a reunir en el Instituto de Investigaciones Materno-Infantil de la Universidad de Chile, donde hemos compartido nuestro sueño de desarrollar un centro biomédico de excelencia internacional en nuestro país. Debo manifestar un agradecimiento especial para el Dr. Devoto, por haber facilitado mi reinserción a Chile, después de un largo período de trabajo en Estados Unidos. Creo que sin su apoyo, probablemente yo habría engrosado la larga lista de colegas que no han podido readaptarse a nuestro país después de una prolongada estadía en el extranjero.

Las raíces del Dr. Devoto se remontan a la ciudad de Valparaíso donde nació y cursó su educación primaria y secundaria en la Escuela Italiana. Siguiendo el modelo europeo de sus padres y de su colegio, la vida familiar de Luigi estuvo muy vinculada con la numerosa colo-

1 Pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 15 de mayo de 2008.

nia italiana del puerto. Una instantánea de aquellos años nos muestra a Luigi a una temprana edad jugando con sus cachorros favoritos. Su familia le imprimió una sólida influencia italiana y pudo viajar a dicho país siendo aún un niño, como se puede observar en esta foto, que lo retrata con una prima italiana en la fiesta de la vendimia. Estas otras fotografías lo muestran junto con sus padres en Valparaíso y con su hermano mayor Enzo en una actividad que podría considerarse como bélica. Estas instantáneas de su infancia tanto en Chile como en Italia nos permiten imaginar a Luigi disfrutando de una niñez feliz junto a su entorno familiar más cercano. Como era de esperar, el Dr. Devoto fue un excelente alumno durante su etapa escolar, y además fue un entusiasta jugador de fútbol como muestra esta fotografía. Luigi tuvo la fortuna de poder viajar a Italia varias veces durante su juventud, como lo demuestra esta fotografía que lo retrata junto con su hermano en dicho país en 1963.

Felizmente para nosotros, sus intereses se volcaron hacia la Medicina, por lo que el fútbol perdió a un futuro crack, pero la Medicina Reproductiva ganó un prócer. En el año 1964 ingresó a la Facultad de Medicina en la Universidad de Chile, donde cursó sus estudios con gran distinción. Estas fotografías lo muestran cursando sus estudios preclínicos con sus compañeros de escuela. Sus estudios superiores significaron mudarse de Valparaíso a Santiago, lo que fue facilitado por el hecho que su hermano mayor Enzo, actualmente un destacado endocrinólogo, ya se había trasladado a la capital para cursar sus estudios de Medicina. En el año 1971 recibió su título de Médico-Cirujano y esta fotografía nos retrata a un joven Luigi, presto para encarar los desafíos profesionales que acometería con gran empuje y tesón.

Una vez recibido de médico, Luigi realizó su beca de Obstetricia y Ginecología en el Hospital San Borja, donde fue desarrollando su interés por la Medicina Reproductiva, por lo que posteriormente se dirigió a Filadelfia para formarse en dicha especialidad. Al retornar a Chile, el Dr. Francisco Beas le ofreció incorporarse al Instituto de Investigaciones Clínicas del Campus Centro, donde comenzó a desarrollar su fructífera línea de investigación en la función del cuerpo lúteo. Cabe recordar lo que significaba tratar de desarrollar una carrera de investigación clínica en un Hospital Público en esos años, cuando no existía mucho entusiasmo para dichas iniciativas. Para las generaciones de académicos más jóvenes puede ser difícil concebir un mundo sin el importante apoyo que actualmente recibimos de Conycit para estimular programas de Doctorado y para desarrollar proyectos de investigación. Recuerdo con gran nitidez algunas conversaciones a la distancia con el Dr. Devoto donde me relataba algunas de las dificultades que encaraba en ese período. Tengo la convicción que el fértil nicho desarrollado en el Instituto de Investigaciones por el Dr. Beas fue muy importante para que el Dr. Devoto persistiera en su difícil camino y viera sus esfuerzos coronados por el éxito que hoy celebramos.

Cuando el Dr. Devoto asume la Dirección de nuestro Instituto el año 1990 comienza la etapa más brillante de su carrera. Con el apoyo de la Universidad de Chile y de la Fundación Rockefeller logra ampliar y mejorar significativamente la infraestructura de nuestro Instituto, que se expande a cerca de 1000 metros cuadrados de superficie. Esta magna tarea requirió de mucha iniciativa y persistencia, características que el Dr. Devoto posee en abundancia. Estas fotografías lo muestran con su maestro, el Dr. Mastroianni y posteriormente con autoridades Universitarias, de la Fundación Rockefeller y del Ministerio de Salud inaugurando las nuevas dependencias de nuestro Instituto el año 1993. Con esta iniciativa, el Dr. Devoto logró un importante desarrollo de los laboratorios, de la zona de atención de pacientes y de las áreas administrativas de nuestro Instituto. Además, se firmó un convenio con la Dirección del Hospital para darle estabilidad institucional a nuestro Instituto y se desarrolla el primer programa de

fertilización asistida para beneficiarios del Sistema Público de Salud con el apoyo del Ministerio respectivo. Es importante aquilatar en su justa dimensión, lo que significó para cientos de parejas chilenas tener acceso a un programa de fertilización asistida financiado por el Ministerio de Salud, procedimiento que hasta ese momento era privilegio de unos pocos. Los felices bebés nacidos como producto de este programa son un fiel testimonio del éxito de los incansables esfuerzos de Luigi. Me parece que estos hechos son muy significativos y representan el firme compromiso del Dr. Devoto con el concepto de equidad, tan en boga actualmente.

Cabe mencionar que estas importantes funciones administrativas no distrajeron al Dr. Devoto de sus líneas de investigación, que prosiguieron en forma muy exitosa con una serie de proyectos nacionales e internacionales que se han plasmado en alrededor de un centenar de publicaciones, la mayoría de ellas en revistas de alto impacto. Luigi y su grupo de investigación han logrado mantener el apoyo ininterrumpido de Fondecyt durante alrededor de dos décadas, algo de lo que escasos investigadores clínicos se pueden preciar en nuestro país. Esta fotografía lo muestra con sus colaboradores cercanos en su laboratorio. Además, Luigi ha participado con gran distinción como Consejero por Medicina en el Consejo Superior de Ciencias y en numerosas organizaciones internacionales vinculadas a la Medicina Reproductiva. En estas actividades, el Dr. Devoto también ha tenido un espíritu pionero, ya que Luigi representa al único investigador clínico del país que lidera un proyecto Bicentenario junto con destacados investigadores del Instituto de Investigaciones Biomédicas de nuestra Facultad. Su labor formativa también ha sido extraordinaria, ya que ha sido tutor de diversos estudiantes de Doctorado y ha formado a numerosos especialistas clínicos en Medicina Reproductiva, que se desempeñan con gran éxito tanto en Chile como en el extranjero. De ahí emana el apelativo de prócer de la Medicina Reproductiva Latinoamericana que le adjudico con mucho entusiasmo y que se ha ganado con toda justicia.

Finalmente cabe mencionar que el Dr. Devoto ha podido realizar todas estas actividades manteniendo una vida familiar ejemplar, junto a su esposa Ana María y a sus hijos Carolina, Leonardo y Javier, que se han transformado en exitosos profesionales. Su familia lo ha acompañado con mucha generosidad en todas sus actividades profesionales, incluyendo su retorno a la Universidad de Pennsylvania para realizar un año sabático en 1998. Ello representa otra demostración de la personalidad del Dr. Devoto que como Profesor Titular de nuestra Facultad tuvo el coraje de dejar sus actividades en Chile durante un año, para retornar a su alma mater en Estados Unidos con el fin de perfeccionarse en las nuevas técnicas de investigación de su especialidad. Creo que Luigi, siendo todavía un hombre joven, particularmente para los estándares de la Academia de Medicina, puede mirar su trayectoria tanto en la esfera humana como en la profesional con gran satisfacción, ya que ha cumplido todas las metas que se ha propuesto con gran distinción. Por estos motivos la Academia de Medicina se enorgullece de recibir al Dr Luigi Devoto Canessa como uno de sus miembros de número y le da su más cordial bienvenida. ■

HISTORY OF PSYCHIATRY IN HEIDELBERG¹

DR. CHRISTOPH MÜNDT
Académico Honorario

The history of psychiatry in Heidelberg started long before the chair of psychiatry at the University of Heidelberg was founded in 1878. Already in 1827 the Ministry of the Interior of the state of Baden had asked Christian Friedrich Roller to teach psychiatry at the University of Heidelberg and to work out a concept for a modern psychiatric hospital there. However, the medical faculty in Heidelberg refused to endow Roller the permission to teach because he had not surpassed a doctorate.

It is unknown whether Roller withdrew because he felt insulted or whether conceptual reasons were predominant. In any case after a study journey through Europe visiting the prominent psychiatric asylums of his time, he developed a philosophy which objected the academic demands for research and teaching. He recommended to the Ministry of the Interior to isolate psychiatric patients in a rural surrounding where they were separated from their families and their social conflicts. Such a retreat would substantially contribute to relaxation, sedation, and recovering self-reflection. Apart from this he pointed out that the tasks of a physician superintendent of a large hospital and those of a chair person of an academic department would each be so demanding that it would be impossible that one person could meet the requirements of both functions at the same time – which seems to me quite up to date.

The Ministry of the Interior accepted Roller's recommendations and built the Psychiatric Hospital Illenau in the Black Forest near the community of Achern instead of the Psychiatric University Hospital in Heidelberg. It was opened in 1842 when the asylum of the city of Pforzheim had been closed down, an institution where for the last time in Germany mentally ill and criminal delinquents had been kept together. The separation of the two groups brought the psychiatric patients in 1826 to Heidelberg from where they were past on to the Illenau in 1842.

The hospital Illenau gained extraordinary reputation which surmounted by far that of the academic psychiatry of the time in Germany. Roller trained clinical assistants who became famous psychiatrists later like von Gudden, later psychiatric chair in Munich, Kraf-Ebing, later chair of psychiatry in Vienna, and Roller's successor Heinrich Schüle, who had declined several calls to psychiatric chairs. While the Illenau became internationally well-known the tuition to medical students in psychiatry in Heidelberg was provided by internal medicine and neurology.

This rift between academic and clinical psychiatry had ruined the relationships between the two domains for decades and is still somehow effective today. Roller's predominant interest concerned practical aspects of care, planning psychiatric services, and the evaluation of the care for acute and chronic patients. In contrast, in later Heidelberg psychiatry these aspects were rather at the periphery of research interest except with Karl Wilmanns in the 1920s and Heinz Häfner in the 1970s who left the hospital and founded the Central Institute of Mental

1 Discurso de Incorporación presentado en Sesión Pública de fecha 16 de octubre, 2008.

Health in Mannheim. Karl-Peter Kisker criticized the lack of therapeutic engagement and the much lesser research activities in therapy compared to psychopathology of the Heidelberg Hospital in his retrospective of 1978.

When the Psychiatric University Hospital in Heidelberg eventually was opened in 1878 it may have been an interesting coincidence that this was the year when Roller died. The neurologist and internist Friedreich was dean at that time. Under his guidance the faculty called the neuropathologist Karl Fürstner as the first chair person on the new chair, who left again in 1890 following a call to the University of Strasbourg. His co-worker, Alfred Erich Hoche, later chair person and director of the Psychiatry University Hospital in Freiburg in 1920 published a pamphlet together with the jurist Karl Binding by which he recommended the so-called euthanasia of "life unworthy to live". After only two years a second edition was necessary. Schimmelpenning wrote in his monograph about Hoche that he had been involved into the euthanasia discussion by the jurist Binding without an own clear cut stance. He attributed mediocrity to Hoche in the sense that he had not really deeply reflected his point of view and taken a responsibility for its sequelae. In his autobiography Hoche did not mention this pamphlet at all which probably was more closely associated with his name than his main scientific work about the schizophrenic syndrome clusters. Hoche and Binding had resumed thoughts which had been debated before them. Twenty years later theory turned into bleak disastrous reality in the dark period of the history of Psychiatry in Heidelberg.

Emil Kraepelin was called from Dorpat in East Prussia as successor for Fürstner who left in 1891 off for Strasbourg. Kraepelin had become known by the publication of his textbook which had been published in first edition in 1883. The second one of 1887 made him widely known. The historical 6th edition was worked up in Heidelberg and was published in 1899. In this 6th edition Kraepelin had presented his triadic nosological system with the sections of organic mental diseases, the endogenous syndromes and the abnormal variations and developments of the personality. The section of endogenous psychoses was split into manic depressive and schizophrenic syndromes with the problem left what to do about the trajectories.

In 1904 Kraepelin accepted a call to the psychiatric chair at the University of Munich. As he wrote in his autobiography he did this unwillingly because he appreciated very much the mild climate of the Rhine Valley, but above all he was disappointed that the government of Baden did not alleviate his mandatory acceptance of patients into the absolutely overcrowded hospital. However, it was probably just this composition of acute, sub-acute, and chronifying patients together with a sheer number of patients which gave him the opportunity to work out his nosological system (of H. Kick).

Kraepelin attracted quite a number of psychiatrists who later became famous. One of them was Alois Alzheimer who was just about 1 year active at the Heidelberg University when he went with Kraepelin to Munich. Another later famous neuropathologist was Franz Nissl who worked on the neuropathology of paralysis and introduced the Nissl colouring and a description of the Nissl tangles which contain RNS. With colouring of the unfixed neurons he could make the cell structures visible including their alterations or dissolution if the neurons were damaged.

One of Kraepelin's co-workers was Robert Gaupp (1870 – 1953), who worked with Kraepelin from 1900 until 1904 at the Heidelberg hospital. He went with him to Munich. Later Gaupp received a call to the chair of psychiatry at the University of Tübingen. His work about the psychogenic component of the pathogenesis of delusional syndromes and schizophrenia was much debated especially between the Tübingen School and the Heidelberg School. The

latter rejected Gaupp's theories, which later had been confirmed and worked out by the concept of the sensitive delusion of reference by Ernst Kretschmer. Gaupp was active in forensic psychiatry. In this context he met the elementary school teacher Wagner in 1910, who after a sodomitic act with a goat developed a delusion of reference believing that neighbours may have observed him and subsequently have dissipated the information about his perversion in the village where he lived. Wagner killed altogether 11 persons out of delusional motivation in this context. Based on an extensive case study on Wagner Gaupp developed a psycho-socio-dynamic theory of the development of paranoia which was resumed and developed further on by Ernst Kretschmer, his successor. Kretschmer developed and systematized Gaupp's observation to the concept of the sensitive delusion of reference which evolves from a specific asthenic personality with an intention to become pervasive in the social field, of the social world in which the patient lives, and is precipitated by the actual specific situation of a conflict or temptation – frustration constellation. The actual vulnerability, Kretschmer believed, was based in asthenia combined with the ambition to become pervasive and successful. The psychopathology of the trajectories from personality constellations with special features of temperament and constitution to psychoses was strictly rejected by the Heidelberg School, in particular Jaspers and Kurt Schneider. Although the Tübingen – Heidelberg – controversy was very productive for laying out the psychodynamics of paranoia the implications for the constitution of psychosis prone personality (Kretschmer's work on physical constitution and type of endogenous psychosis) have later been falsified by Detlev von Zerssen on an empirical basis. The peak of the controversy was reached when Kurt Schneider claimed that there was an 'absolute border' between delusional perception which he considered as a core symptom of schizophrenia and a paranoid reaction which rose out of a certain mood and expectation. With this 'absolute border' he referred to Jasper's distinction between understanding motives and explaining physical disorders, psychological development, and pathological process (terms which signified the methodological frame of the controversy). This controversy between psychosocial pathogenesis vs. somatic physical causation of psychotic symptoms was pursued over almost 100 years of history of psychiatry up to the entire psychiatric and biological psychiatric paradigms. K. Foerster and G. Buchkremer collected new sociological analyses of Wagner's village community with historical analyses of the time and a report about the section of Wagner's brain which were edited in a book 1999.

It is an irony of the history of psychiatry that the brain of this person whose case supported the theory of psychosocial origin of paranoia against the cryptosomatological theory of psychosis for such a long time then demonstrated a developmental disorder in the left gyrus parahippocampalis in form of an invagination due to findings published by B. Bogerts. It is a finding which would have been expected according to the brain morphological studies of 1980s and 90s and in particular in those of Weinberger et al. The fibers of the tractus entorhinalis had grown into a two millimetres deep invagination while the attenuated peripheral grey matter is intact. This allows to exclude an acquired lesion and supports the assumption of a disturbed sprouting and pruning process which is known to be relevant of all the developmental morphological deviances in schizophrenia. Nevertheless the embittered fight of opposing interpretations as in the past has subsided while the perspective of integration of two models is prevailing today.

The symposium held 1928 on behalf of the fiftieth anniversary of the foundation of the Heidelberg Psychiatric Hospital celebrated first and foremost the sharp distinctions of the diagnostic system of Kraepelin who had so to speak cut the Gordian knot with his sword by dichotomizing the endogenous psychoses and the creation of a tripartite nosological system.

The return later to a differentiation of endogenous psychoses by C. Wernicke and K. Leonhard, for which the neurological systemic degenerative diseases may have been a model, has only sporadically been resumed and today for example in the group of Würzburg who has been interested in results of genetic studies.

The only person however who dared to criticize Kraepelin at the symposium 1928 was Willy Meyer-Gross (1889 – 1961) who held against Kraepelin that he neglected the historical dimension of life histories of patients and the inner logic of psychic developments.

Kraepelin's immediate successor Karl Bonhoeffer (1860 – 1948), later a very influential psychiatrist on the psychiatric chair of the Charité in Berlin, came only for a stopover in Heidelberg on his way to Berlin for two months. When he arrived from Breslau, the whole family wrapped up in thick furs because there were fifteen degrees minus he found the Heidelberg climate with fifteen degrees plus in march and high humidity repelling to him as the sermons of Kraepelin about the dangers of alcohol and the advantages of U-boat warfare. Bonhoeffer fled from this conversation with an attack of severe migraine.

As successor for Bonhoeffer Franz Nissl (1860 – 1919) was elected by a domestic call which caused some commentaries. However, the hospital gained a new profile by prominent psychopathologists whose work attracted great attention. Nissl managed to create a vivid atmosphere or at least permitted it in which controversial discussions with intense criticisms could take place and yet a feeling of belonging together in a historically prominent face of the development of clinical psychiatry could prevail. Jaspers mentioned that without the prominent members of the Heidelberg Clinic at that time his work on general psychopathology could not have been written. Janzarik quoted from an unpublished letter of Jaspers that Gruhle was indispensable for him because of his "daily critical bashing".

Karl Jaspers (1883-1969) who was freed from daily clinical work because of his bronchiectases published his work of general psychopathology in 1913. He wrote that the intention of this work was to lay the methodological foundations for a clinical psychopathology which is based on clinical experience but also adopts basic philosophical terms to tackle this task. Without such a foundation of general psychopathology there would be no stable nosographic systematics. However, Jaspers rejected strictly a combining of psychopathological and existential ontological or transcendental ontological terms and questioning. In this case he said neither proper psychopathology nor proper philosophy would ensue.

The development of the Heidelberg psychopathology school in the 1950s and 60s of the twentieth century referred to the terminology and concepts of Edmund Husserl and Martin Heidegger and tried to apply those concepts to psychotic and neurotic syndromes by analyzing their special forms of being and their abnormal and deficient transcendental structures of meaning. This was determinately rejected by Jaspers later. Therefore we keep the differentiation between descriptive psychopathology, a term which represents Jaspers' approach, and anthropological phenomenology which represents the later existential and transcendental ontology adopted by phenomenologists.

Willy Mayer-Gross (1881-1961), was a co-worker of Franz Nissl and later of Karl Wilman-ns, who has become well known in the Anglo-American world due to his textbook written together with Sir Martin Roth and Elliott Slater. In Germany he became known with his work about oneiroid states, dream-like mental conditions with scenic hallucinations in endogenous psychotic states and different types of brain diseases. The qualitative change of consciousness with delusional and hallucinatory content dominates this syndrome. Michael Schmitt-Degen-

hard resumed Mayer-Gross' work in his historical study on the psychopathology of imagination. He hypothesized that in locked-in syndromes with oneiroid states imagination fills the vacuum of perception and meaning which is lost due to the sensory deprivation.

Mayer-Gross did not return from a journey to the United Kingdom when the Nazis took over. His handbook of psychiatry written with Slater and Sir Martin Roth remained one of the leading standard works of psychiatry for 2 decades. His psychopathological analyses of the short-term course of schizophrenia describing the different attitudes patients take to their psychosis and the way in which they are overthrown or regain control are still worth reading. McGlashan has this work of Mayer-Gross resumed in the 1970s with his categories of integration vs. sealing over of patients with delusional experiences.

The dominant role for the internal discussion of the hospital in the Nissl-Wilmanns'-era was exerted by Gruhle although publications of others got more attention. Gruhle's monograph about the psychology of schizophrenia published in 1929 is considered as his most comprehensive and mature publication. However, the enormous influence he exerted on the hospital and its atmosphere rested with his sharp-tongued wit and his critical abilities which however often caused amusement on the cost of others. He was admired and apprehended for that. One of his tags was: "Remarks and discussion should be brief and insulting".

The succession of Nissl by Karl Wilmanns (1873 to 1945) was perceived as a continuity of this epoch until the national socialists took over.

Wilmanns stimulated Hans Prinzhorn (1886 to 1933) to collect paintings, drawings, sculptures, and other objects which were created by patients in those times spontaneously without guidance by therapeutic activities and before the introduction of psychotropic drugs. Prinzhorn was psychiatrist and art historian as well as artist himself, a singer. He collected about 5000 items on his journeys through Europe from psychiatric institutions mainly in Germany, Austria, and Switzerland according to quality criteria. Under the later directorship of Carl Schneider in the national socialist era the collection was misused for the exhibition "degenerated art" (entartete Kunst) with the intention, to stigmatize contemporary modern artists. Parts of the collection were lost on this occasion, probably thrown away or destroyed. After the war the collection was kept in an attic of the hospital until it was redetected in the 1960s by Dr. Maria Rawe-Schwank a staff member of the hospital. In the 1970s my predecessor, Werner Janzarik, supported the collection by allocating two academic tenures at it. A generous grant by the foundation of Volkswagenwerk made it possible in the 1970s to get the material conserved according to modern museum technical standards. Inge Jädi and Bettina Brand got parts of the collection be exhibited in high-ranking museums in Los Angeles, Mexico City, Tokyo, Brussels, London, and New York. Highlights were exhibitions in London on the South Embankment Hayward Gallery where the work of Franz Karl Bühler attracted 400.000 visitors and a selection of drawings at the Guggenheim Museum in New York in 2000 which won for the Guggenheim for the first time the award for the best exhibition of the year in the United States.

From 1997 to 2001 there was a media campaign of a group in Berlin who wanted to get the collection Prinzhorn to Berlin for integrating it into a memorial building on behalf of the euthanasia victims in Tiergartenstrasse 4. The collection should attract visitors there. The argument of the group was a wrong historical association namely collection Prinzhorn with some of the artists having been victims of euthanasia and the psychiatric hospital in Heidelberg which was deeply involved in euthanasia activities in the 1940s. We argued that Wilmanns was dismissed from the national socialists in 1933 by political reasons so that there was no

connection between the hospital and the collection at those times with euthanasia. The campaign from Berlin went on in a rather protracted way over 4 years with dozens of interviews, newspaper articles, TV-shows etc. It went as high as the cabinet of the federal government and in the international media in the United States and Israel when the Berlin group tried to get support from lawyers who fought for Holocaust victims' compensation from the German federal government. The campaign ended in 2001 with a last demonstration with posters at the beginning of the opening congress of the Museum Collection Prinzhorn.

One of the most remarkable pieces of art are the arthropodes carved by Brendel. He wrote a treatise about the arthropode Jesus saying that this is a hermaphrodite with two different genitals on the front and backside. Brendel considered hermaphroditism as the divine principle because only the suspension of sexual tension can get a man or a creature into a divine state of mind. Otherwise he or she is subdued to his or her sexual drive. The filigree drawings made by Natterer have inspired Max Ernst and the Japanese artist Harue Koga who almost copied Natterer's work called Shepherd.

The culmination of the psychopathology of the Heidelberg School before WW II was the volume about schizophrenia in Bumke's textbook, published in 1932. Most of the prominent Heidelberg authors wrote a contribution.

Carl Schneider's (1891 - 1946) call on the chair of psychiatry in Heidelberg was politically influenced. It was possible because Wilmanns was dismissed by the national socialists from the chair in 1933 because of critical remarks about Hitler in his lectures. Carl Schneider was acknowledged because of his therapeutic engagement which however was restricted to those patients whose illness was considered as remediable. His psychopathological work still quoted by some today was an early attempt to overcome disease entities by means of a more subtle sub-nosological order of psychopathological syndromes. In 1940 Carl Schneider became one of two top experts on the national level for the euthanasia action. He received an enormous amount of money for the support of his research programme on the differentiation between genetic and non-genetic forms of sub-normality. Further more tens of thousands of patient files went over his desk for the decision on euthanasia.

In a research programme over 8 years the Heidelberg hospital has found out how many victims went through the hospital, what their way into the hospital was and how they were killed. Only 6 of the altogether 21 research children could be found with their names in the admission and discharge books of the hospital. The brains of 21 victims were returned from the 'euthanasia'-hospital to C. Schneider. On the memorial in front of the main entrance of the hospital all the names are engraved, family names only with initials. The disclosure of the memorial was accompanied by a congress on the history on psychiatry in 1998.

The destiny of 1115 of altogether 1686 patients transferred between 1936 and 1945 from the Heidelberg hospital and other institutions for the mentally ill could be reconstructed. Altogether 211 former patients of the hospital i.e. 19% of all patients transferred died in one of the euthanasia institutions.

The main theoretical distortion of the style of thinking in those days was the stipulation that society had to be set over the individual right and the assumption even then not supported by facts that infertilisation would eradicate genetically transmitted psychiatric disorders. The euthanasia debate in our days now which mainly has been conducted in the Netherlands, in Australia, and in California has completely different roots namely the extremely high esteem of individual rights on self-determination also of the time for dying. The patronizing atti-

tude of an 'ethics of care' has to step back behind an 'ethics of rights' which requires, however, clear consciousness apt for taking responsibility in a complicated situation. The so called 'consequentialistic utilitarianism' of Peter Singer who advocated a collective societal hedonism as concept for legislation reduced human existence to utility and came into confrontation with religious concepts of man. He suggested to allow euthanasia of severely malformed infants. While the national socialist debate about euthanasia was motivated by eugenic and racist motives it seems that our nowadays' discussion about euthanasia is furnished by the individual right of self-determination and to a lesser degree by economic arguments.

Carl Schneider was imprisoned after the war and hanged himself in prison.

After the war the faculty called Kurt Schneider (1887 – 1967) from the psychiatric research centre later called Max Planck Institute of Psychiatry in Munich. In his brief period on the Heidelberg chair of 10 years he reconnected the hospital with the former psychopathological tradition which had been interrupted in 1933.

The international reception of Kurt Schneider's work concentrates mainly on the first rank symptoms as an a-theoretical hierarchy with regard to pathognomonic diagnostic value of these symptoms. Opposite to Eugen Bleuler's hierarchy of schizophrenia symptoms according to hypothetical functional considerations Kurt Schneider's hierarchy was a-theoretical following a clinically pragmatic estimation of their diagnostic specificity. Although there is no real specificity the WHO schizophrenia pilot study of the late 1970s has shown that the concept of first-rank symptoms produces remarkably stable cross-cultural life time incidence figures of schizophrenia and thus seems to be valid. It is interesting that from a psychopathological point of view the first-rank symptoms encompass symptoms which express an extreme degree of alienation while symptoms representing loss of structure like thought-disorders or putative reactions to primordial psychotic symptoms like negative symptoms have not been used by Kurt Schneider for diagnostic purposes.

Kurt Schneider was also well known for his concept of psychopathy. Again he was not keen on systematic nosology but described from a pragmatic point of view what could be found in clinical settings. He called his array of personality disorders 'norm-variants' of psychic life which do not exclude liability for a crime committed by psychopaths. This has caused fierce controversies in the 1970s which facilitated the great penal law reform in 1975 which basically accepted also personality disorders as deculpable.

Walter Ritter von Baeyer (1904 – 1987) followed Kurt Schneider in 1965. Under his chairmanship the philosophically based anthropological phenomenology expanded at the hospital. Main proponents were K. P. Kisker who later got the chair of psychiatry at the Medical School Hannover, Heinz Häfner, later chair of psychiatry at the Central Institute of Mental Health in Mannheim, Wolfgang Blankenburg, later chair of psychiatry at the University of Marburg and Hubertus Tellenbach. Also Hermann Lang, later chair of psychosomatic medicine University of Würzburg contributed substantially to this period, trying to integrate psychoanalysis and phenomenology for psychotherapeutic purposes.

Walter von Baeyer whose family had suffered persecution under the Nazi regime was interested in the psychopathology of concentration camp survivors. His interest in trauma sequelae, the psychopathological descriptions on long-term symptoms according to the lifespan in which the trauma has happened and the concept of bridging symptoms to later trauma sequelae are still worth reading. However, his stipulation that schizophrenic psychoses can result from traumatisation has remained controversial.

In 1973 Janzarik followed von Baeyer. His scientific work is difficult to allocate to one of the mainstream directions although his structural dynamic coherence model encompasses a whole anthropological psychology which includes developmental and ethological aspects. Janzarik's work anticipated many of the experimental neuro-cognitive findings which were developed in the 1990s. In contrast to these Janzarik's terminology describes these dysfunctions in clinical terms and as an integrative functioning of the whole person. Nosologically he was open for the concept of unitary psychosis assuming that there is a continuum from bipolar disorders to severe residual schizophrenias according to specific amalgamations of structural frailty and psychopathology of the affective dynamism. The interdependence of both is the central part of his theoretical work. The central part of the continuum are schizoaffective psychoses – the prototype of the structural-dynamic concept of unitary psychosis.

Tellenbach's book spoke about the pre-morbid or rather inter-morbid personality of melancholic depressive patients as been translated in 5 languages among them in English. It was empirically intensively worked on by von Zerssen and my own group. The conceptual work was carried on by Kraus. The *Typus Melancholicus* concept has found great acceptance in the Latin world, Spain, France, Italy, South America, Japan, not so much in the Anglo-American scientific world.

Towards the end of von Baeyer's chairmanship the hospital was drawn into the riots of antipsychiatric activities of the 1968 time. One co-worker of his, Wolfgang Huber, founded the so-called socialist patients' collective which was tolerated by the university president of those times, a theologian. When von Baeyer had expelled this group from the precincts of the joint university hospitals they occupied the rooms of the rectorate where the university president withdrew and asked the psychoanalyst Horst Eberhard Richter for support and supervision of the group. Later Huber and his crew of patients went into the underground and merged with the Red Army Fraction, a terrorist group who were involved in killing prominent persons of the economic life in Germany. The extreme tensions within the hospital and outside in those times accompanied the transition from von Baeyer to Janzarik. Within the hospital and outside ideological debates took place between those who asserted anti-psychiatric sociogenetic theories of psychoses and others who held against it with the uprising biological theories whereas scientifically sound mainstream psychopathology was pushed into the background.

Janzarik considered his call on the chair himself as a political decision to restore sound scientific work in the hospital again. Janzarik's psychopathological approach was influenced by Gestalt psychologists and the idea that in psychotic states the interaction between personality structure and affective dynamism is responsible for the great variety of syndromes. Personality structure according to Janzarik means a matrix of values. He also adopted Kurt Levin's factor field model of consciousness which could easily be integrated into Gestalt psychological concepts like protopathic and epicritical layers of perception and Gestalt formation; also it could describe the interplay between affectively loaded value knots of the structural matrix and the disruption of cognitive processes. Krüger and Welleck were the Gestalt psychologists who delivered the theoretical background. Janzarik's model provides an amazingly detailed system of explanations for psychotic phenomena in conjunction with premorbid personality structures and situations and experiences before the onset of psychosis. The deplored 'cases in-between' of schizoaffective psychoses are for Janzarik not trajectories but the very centre of the unitary psychosis spectrum, schizophrenia and bipolar disorders being the two extremes at the ends of the spectrum. The central domain is characterized by increased affective dynamism which breaks parts of the value matrix out of the coherence and makes it, so to speak, run free, independent of the value matrix, e. g. in form of a hallucinosis. Kraepelin's forced

dichotomy emphasizes the extreme variants of the spectrum, in Janzarik's view of a psychopathology of dynamism and one of structure.

The assessment of the development of the hospital after 1988 is due to others. My intention was to preserve the specific research tradition of the hospital on conceptual psychopathology with its philosophical, psychological, sociological and historical interchanges. In addition, two more lines of research should be introduced:

1. Empirical psychopathological methods. For this purpose Manfred Spitzer, later chair of psychiatry at the University of Ulm, joined us to build up a section of experimental psychopathology.
2. Applicability of psychopathology to therapy was the other major aim. For this purpose a very close cooperation with the Psychological Institute was built up with P. Fiedler. In the late 1990s Thomas Fuchs joined the hospital. His double qualification with philosophy made a major input in the hospital. In particular, his cooperation with the section of experimental psychopathology and the mother-child-unit, the work-group of perinatal disorders became very productive for conceptual and empirical work about the phenomenology of subjectivity, embodiment, temporality, and intersubjectivity. Interaction research of 1990 bridged the gap from psychopathology to psychology and to applied psychotherapy.

In 2005 the formation of a centre of psychosocial medicine was initiated with the five departments General Adult Psychiatry, Psychosomatic Medicine, Child and Adolescent Psychiatry, Medical Psychology and Family Therapy. The centre strengthened the whole complex of psychosocial medicine enormously within the faculty and the university. Grant acquisition and publications increased. There is still more potential for international development in the centre.

What can be extracted beyond epochs and locations of this very rich history of psychiatry in Heidelberg?

This place compresses in a nutshell predicaments and aporias of scientific psychiatry of 200 years like under a magnifying glass.

I will pick up two such aporias:

1. the methodological division of our discipline winds through all the debates and extremizations of the Heidelberg School of Psychopathology. Jaspers has brought it into a balance, at other times one or the other side swayed to fanaticism. In good times a critical but open dialogue was fostered. The double methodology to be applied in psychiatry is closely connected with the ethical consequences emerging from the extremizations of standpoints. Unfortunately, Heidelberg exceeded all measure in this respect both with the involvement in the National Socialist Euthanasia Programme representing an irrationally restricted biological stance and with the socialist patient collective which went into the underground and merged a terrorist group having adopted an extreme sociogenetic theory of psychoses which made them combat society.

So the Heidelberg Hospital has lived through highest achievements and deepest aberrations to an extent as hardly any other hospital in German speaking countries. Its history mirrors splendour and misery of our discipline. It seems to me that the great achievements of the hospital have grown with the ability to get empirical knowledge of the time based on its methodological standard in touch with the basic anthropological theories and questions

our discipline has to ask. Openness for critique towards the own hypotheses and historical self-awareness of the temporality of the assumptions facilitated the mutual influence of experiential findings forming theories and generating new questions. If the coercing strength of the empirical findings which disciplines the theoretician pulls back as in the vast work of Arthur Kronfeld the work appears as speculative and is hardly perceived; if the transition from empirical findings to the anthropological basic aporias disappears and the historical context is no more reflected with regard to the image of man, loss of orientation ensues as in the National Socialist Era. The personal contact with the patient in the therapeutic dyad remains as the locus at which the interchange between finding and theory, theory and ethics must be examined. ■

*DISCURSO DE RECEPCIÓN AL
PROF. DR. CHRISTOPH MUNDT, COMO MIEMBRO HONORARIO EN LA
ACADEMIA DE MEDICINA DEL INSTITUTO DE CHILE¹*

DR. RODOLFO ARMAS M.
Académico de Número

En la sesión del 1° de octubre del presente año, la Academia de Medicina del Instituto de Chile acordó nombrar miembro honorario al Dr Christoph Mundt, lo que se formalizará en esta reunión luego de escuchar la conferencia “Historia de la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg” que dictará el Profesor Mundt.

El Dr. Mundt recibió su educación médica en las universidades de Munich, Viena y Heidelberg, pero ha desarrollado toda su carrera profesional y académica en esta última universidad. Ya en 1976 se inició en ella como profesor asistente de psiquiatría y desde 1989 es Profesor Titular, Jefe de Cátedra de Psiquiatría y Director de la Clínica Psiquiátrica de esa universidad. Entre 1994 y 1995 fue Pro Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Heidelberg y ha sido Director de su Centro de Medicina Psicosocial; desde el año 2005 es miembro de su Consejo Universitario, que es la instancia máxima de planificación y coordinación de ella.

Por cierto que su rica carrera académica ha incluido actividades en investigación y a su parecer las principales áreas de investigación han sido: Psicopatología de la esquizofrenia crónica o residual; emociones con especial énfasis en las interacciones conductuales de los pacientes con trastornos del ánimo; factores psicosociales que influyen sobre el inicio y el curso de los trastornos del ánimo; neuropsicopatología experimental e investigación en psicoterapia y Arte, Literatura y Psicopatología. Desde el año 2000 es editor de la Revista “Psychopathology”; ha sido autor, coautor y/o editor de 16 libros científicos en los temas de Psiquiatría, Psicopatología y Psicoterapia; autor y/o coautor de más de 100 monografías y artículos científicos en los temas de Psiquiatría, Psicopatología y Psicoterapia; autor de más de 30 capítulos de libros científicos en temas de estas especialidades.

Es interesante destacar la relación de la medicina chilena con la de Heidelberg. Se han formado en esa universidad alemana médicos chilenos que han tenido notable influencia en la pediatría², neurología infantil³, cardiología⁴, neurología⁵, traumatología⁶, biología⁷, radioterapia⁸ y psiquiatría⁹; ellos están en las universidades de Chile, del Desarrollo, Austral de Valdivia, Austral en Osorno, de Valparaíso, de Los Andes. Pero especial mención merece la formación de psiquiatras, que se nos han dicho que son al menos once, muchos de los cuales

1 Pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 16 de octubre, 2008.

2 Eric Saelzar.

3 Verónica Burón.

4 Rodolfo Oyarzú.

5 Arnold Hoppe.

6 Bernardo Merello.

7 María Eugenia Montea.

8 Andrés Córdoba.

9 Otto Dörr, Rafael Parada, Fernando Lolos, Gustavo Figueroa, Niels Biedermann, Andrés Heerlein, Kristina Weil, Luis Alvarado, Tomás Baader, Guillermo Gabler, Pablo Toro, Antonio Assef.

han ocupado importante espacio en nuestra psiquiatría siendo varios de ellos profesores titulares de universidades de Santiago, Valparaíso, Osorno y Valdivia. Durante la jefatura del Dr. Mundt se han formado al menos siete psiquiatras chilenos en la Clínica psiquiátrica de Heidelberg. Pero la vinculación de la medicina chilena con el Dr. Mundt no sólo se refiere a la formación de especialistas, sino que a la creación de una verdadera amistad de la psiquiatría nacional para con él; ésta es la quinta vez que nos visita, siendo la primera de ellas en el año 2001 y en las que ha dictado conferencias en Santiago, Valparaíso y Valdivia. Además, desde el año 2001, él es miembro Honorario de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile y desde el año 2005 es miembro del Directorio del Centro de Heidelberg para Latinoamérica en Santiago de Chile.

La Academia de Medicina nombra miembro honorario al Dr. Mundt teniendo presente sus méritos académicos y profesionales, pero también reconociendo y agradeciendo su amistad con la psiquiatría chilena y el valioso aporte de él y de su universidad a la formación de nuestros especialistas. ■

SIGNIFICADO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO¹

DR. EDUARDO ROSSELOT J.
Académico de Número

La práctica médica de calidad, pone hoy como exigencia básica para su aceptación ética y completa efectividad profesional, una relación clínica vinculante entre médico y paciente o, en general, entre profesionales de la salud y las personas enfermas o en riesgo de enfermar. Requiere un ambiente de confianza recíproca, de dignidad respetada y de servicio incondicional. Esa atmósfera es la única que puede liberar de su natural angustia y aprensión a quien se siente afectado en su dimensión biológica o espiritual. Y a ella penetramos hasta el corazón los que nos hemos comprometido a preservar la vida y a su cuidado.

Este proceso no es un trámite carente de mutuo compromiso. Al revés, manifiesta una comunicación efectiva entre personas que comparten aprensiones y certezas para acometer responsablemente actos de consecuencias variables y algunas imprevisibles, aunque siempre guiadas por un fin benéfico, en la perspectiva de restablecer condiciones alteradas de salud. Existe entonces quien proporciona un servicio conocido y aceptado, de acuerdo a las buenas y usuales prácticas de la profesión pertinente, y una contraparte que, informada y advertida del curso habitual de las acciones propuestas, de sus resultados y efectos posibles, consiente en su realización.

Este tipo de relación representa algo esencial del acto médico. A menudo no se percibe así, sea por la circunstancial interlocución de los protagonistas o porque la acción profesional consiguiente se estima de escasa trascendencia o perduración. Una afianzada relación clínica y una información amplia, subordinada solamente a un requerimiento terapéutico imprescindible, garantizan con certeza una plena confianza en los resultados más satisfactorios posibles del cometido acordado, sin suspicacias ni temores.

Sin información es imposible alegar validez del consentimiento. Para hacer relevante la autonomía, derecho de cada persona con capacidad de discernimiento, es necesario demandar la más completa información sobre lo que ocurre en situaciones de enfermedad, para una resolución consecuente y compartida. Si escrita, mejor. Clara y explicada sin reservas ni ambigüedades. Sobre todo, si quien está expuesto a partir quisiera saber su itinerario y si fuera posible, su curso y su destino.

A eso debiera conducir la Información. Ya veremos a qué se refiere el Consentimiento. ■

1 Artículo publicado en el Diario El Mercurio el 19 de octubre, 2008.

¿A QUÉ SE REFIERE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?¹

DR. EDUARDO ROSSELOT J.
Académico de Número

En la relación clínica se genera una corresponsabilidad plenamente consciente, en virtud del contrato suscrito implícitamente entre quien solicita un servicio y una acción personal y quien accede a efectuarla. En ella, está comprometido un sentimiento común (reflejo de la expresión: “consentir”= sentir conjunta y solidariamente). Para que esta situación se manifieste y sea legítima, es fundamental contar con la información de todos los procedimientos a utilizar.

¿Cuándo procede ese consentimiento? En una palabra: siempre. Lo podemos hacer más explícito cada vez que un profesional de la salud efectúe en una persona un acto de su competencia. Ésta es quien consiente, o su representante si carece de capacidad efectiva para hacerlo por sí misma. Es la constancia plena de que lo que se consiente ha sido autorizado por quien lo solicitó y se atiene, con pleno conocimiento, a sus consecuencias.

En este acto, nadie que no sea profesional de la salud puede reemplazar a quien le cabe la función de informar y recibir el consentimiento. De ahí que toda firma, a guisa de aceptación, en una secretaría u oficina de recaudación institucional –dos ejemplos habituales de trasgresión de esta norma ética–, no tiene el valor real de un consentimiento. Algo similar ocurre en las “autorizaciones” de los pacientes para participar en estudios o investigaciones clínicas, si todos los elementos ya analizados o supuestos en estas acciones, no han sido debidamente dados a conocer al enfermo.

El uso de terminología críptica o de descripciones incompletas, son refuerzos para obtener aquiescencia en una decisión interesada. Por ello, el consentimiento debe ser escrito, sin vestigio de duda y dar plena satisfacción a los interesados respecto a los propósitos y fundamentos de una resolución médica o de cuidados de salud, cuya ratificación voluntaria es privilegio exclusivo de una decisión personal del beneficiario de tal acción.

Muchas veces se ha atribuido a la falta del consentimiento informado un papel determinante en el desenlace desfavorable para el interés del paciente. Este acto no puede constituir ni un seguro ni un salvavidas. Tampoco un elemento favorecedor ni preventivo de la actual “judicialización” de la medicina. Sólo cautela el respeto por la autonomía de la persona con capacidad de decisión, frente a situaciones en que el valor de su libertad debe primar sobre la imposición de terceros. ■

1 Artículo publicado en el Diario El Mercurio el 9 de noviembre, 2008.

UNA DEBILIDAD SUBYACENTE DEL ACTUAL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD¹

DR. ALEJANDRO GOIC G.
Presidente de la Academia de Medicina

La modalidad administrativa que se escoja para una institución pública no es un asunto neutro. Lo ocurrido en el sector salud parece ser un buen ejemplo. Los creadores en 1952 del Servicio Nacional de Salud (SNS) no sólo eran especialistas en salud pública debidamente entrenados en centros calificados del extranjero sino que, además, personas talentosas. Establecieron el SNS chileno sólo cuatro años después de que, en 1948, el gobierno conservador de Gran Bretaña creara el National Health Service, inspirándose en su filosofía, objetivos y organización. Lo diseñaron como un organismo público de administración autónoma, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionaba con el gobierno a través del Ministerio de Salud. Presente en todo el país, estaba organizado en *Zonas de Salud* concordantes con la organización político-administrativa de la época, las que poseían hospitales de diversa complejidad, consultorios periféricos y postas rurales. Era conducido por un *Director General*, médico mayor de 35 años, propuesto por el Gobierno y designado por el Senado de la República; y un *Consejo Nacional de Salud*, presidido formalmente por el Ministro de Salud, e integrado por representantes del Parlamento, patronales, obreros, gremiales y universitarios. Los *Directores de las Zonas de Salud* debían ser médicos especialistas en salud pública, al igual que los *Directores de Áreas hospitalarias* bajo su jurisdicción. Los cargos directivos eran llenados por concurso público de antecedentes, incluidas las jefaturas de los servicios clínicos y de apoyo clínico. Los *Jefes de los servicios clínicos* (Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Neurología, Urgencia, etcétera) poseían autoridad plena sobre todos los estamentos profesionales y no profesionales que los integraban y eran responsables directos de su funcionamiento. La respetabilidad y calidad de los jefes de servicios clínicos para asegurar la buena atención de las personas y de los salubristas para llevar a cabo las acciones de higiene pública, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, se consideraban decisivas. En los hospitales, el *Director* era asesorado por un *Consejo Técnico* integrado por los jefes de los servicios clínicos para coordinar y resolver los problemas médicos que se enfrentaban. Existía una estrecha relación entre las *Facultades de Medicina* y los grandes hospitales docentes del sector público, siendo habitual que los jefes de servicio fueran, a su vez, profesores de las cátedras universitarias, lo que favorecía la calidad de la atención, el perfeccionamiento profesional y el progreso de la medicina. Del punto de vista sanitario, el advenimiento del SNS contribuyó en poco más de dos décadas a mejorar sustancialmente la situación de la salud colectiva en el país.

Esto cambió radicalmente en 1979 al transformarse el SNS en un *Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS)*, lo que tuvo a mi juicio consecuencias inconvenientes: se suprimió la participación del Parlamento en la designación del Director General de Salud y la participación de la comunidad al suprimirse el Consejo Nacional de Salud; y las exigencias para ocupar cargos directivos superiores se debilitaron. El hecho central es que el SNS perdió su carácter

1 Artículo publicado en el Diario El Mercurio el 12 de noviembre, 2008.

de una entidad pública autónoma y pasó a depender directamente del Ministerio de Salud, sumándose así a la administración pública centralizada. Los resultados eran del todo previsibles: designación directa por los gobiernos de la autoridad responsable de la salud pública en razón de su tendencia política más bien que por su idoneidad profesional; lo propio respecto a los Directores de los Servicios de Salud e, incluso, los directores de hospitales. Es decir, por la lógica misma del modelo escogido y, con las debidas excepciones, se privilegiaron los antecedentes partidistas sobre los técnicos para el ejercicio de las delicadas funciones directivas médicas y sanitarias, debilitándose la autoridad real de las jefaturas.

Tengo la convicción de que la organización jurídico-administrativa del antiguo SNS minimizaba la intromisión indebida de la burocracia política en un sector altamente sensible para la población; cautelaba mejor la idoneidad profesional y el respeto por las jefaturas; la continuidad en la gestión sanitaria; la integralidad de la atención de las personas; la autoridad y responsabilidad de los jefes de servicios clínicos y establecía una relación más sana que la actual con las Escuelas de Medicina. Es de todo evidente que al sistema de salud le faltan recursos económicos, infraestructura física y tecnológica, así como incentivos virtuosos; también, una definición explícita de las respectivas atribuciones de la dirección médica y la administrativa de los hospitales y su modo de relación. Pero en todo el sistema subyace un problema de idoneidad, autoridad y responsabilidad. Los cambios en la organización del antiguo SNS modificaron negativamente la modalidad de generación de sus autoridades, relativizaron la especificidad profesional y los requisitos para el ejercicio de las funciones directivas en el sector. Mi percepción es que esto incide mucho más en los hechos bochornosos que hoy asombran a la opinión pública de lo que pudieran creer quienes no están familiarizados con la compleja dinámica de la función hospitalaria. ■

FENÓMENO DE LAS ORQUESTAS JUVENILES¹

DR. OTTO DÖRR Z.
Académico de Número

El fin de semana anterior tuve una experiencia extraordinaria, que quisiera compartir con el público lector. Tenemos una nieta de 8 años que estudia violín, toca en la Orquesta Infanto-Juvenil de Viña del Mar y nos invitó al Encuentro Nacional de Orquestas Juveniles en San Fernando. Debo confesar que aunque había oído hablar de este proyecto de enseñar música a niños y jóvenes, la mayoría de colegios municipalizados, y lo encontraba encomiable, no me había hecho mucha ilusión con respecto ni a sus proyecciones, ni a la calidad de la interpretación musical que podrían alcanzar.

Grande fue mi sorpresa: se reunieron 14 de las más de 100 orquestas juveniles existentes en el país. Venían de ciudades de las que uno esperaría alguna actividad musical, como Concepción o Puerto Varas, pero también de lugares tan improbables como Coltauco o Pozo Almonte. El día viernes en la tarde ofrecieron sendos conciertos en las iglesias de la ciudad, incluidas las evangélicas. El día sábado cada orquesta viajó a algún pueblo de la región, provocando en cada uno un revuelo inédito. El día domingo en la mañana ensayaron todas las orquestas juntas y en la tarde, en el enorme, renovado y repleto gimnasio municipal, y con un público lleno de entusiasmo, los 600 músicos dieron un concierto inolvidable. Tocaron de todo, desde el primer movimiento de la Quinta Sinfonía de Beethoven hasta el Bolero de Ravel, pasando por conocidas piezas de Berlioz, Verdi, Bizet, y Tchaikowsky, hasta una moderna y maravillosa composición sinfónica del argentino Alberto Ginastera. Es casi increíble el hecho que los distintos directores que se iban alternando hayan logrado tan buenas interpretaciones, con una orquesta desmesurada en número de músicos y con sólo algunas horas de ensayo.

Ver a esos niños y jóvenes, sobria y elegantemente vestidos, con sus miradas limpias y sus rostros radiantes, tocar con esa gracia, ese entusiasmo y esa felicidad, que en todo momento se traspasó al público y es muy probable que también a la ciudad toda, fue una experiencia inolvidable. ¡Qué diferencia con los movimientos y las expresiones de la mayoría de los jóvenes que uno ve a la salida de los colegios o, peor aún, de los que aparecen fotografiados después de un "carrete" en alguna crónica periodística! Y sin embargo, este encuentro mágico y sus impresionantes repercusiones en la zona, no fue objeto de mención alguna en la prensa ni en la televisión.

El fenómeno de las orquestas juveniles es, en mi opinión, lo mejor que está ocurriendo en el país en estos momentos. Y las razones son más profundas de lo que se pudiera pensar a primera vista. La música, por su perfección intrínseca, ayuda a formar al espíritu del que la escucha y más aún, al que la ejecuta. En Grecia constituía el elemento central de la educación y la mitología la vinculaba al origen mismo del hombre, pues fue el semi dios Orfeo—figura en muchos sentidos precursora de Cristo y cuya misión en vida fue espiritualizar la naturaleza con su canto— quien, al morir, legó a los humanos la palabra y la música. El país debe agradecer, entonces, a los que hicieron posible esta empresa inigualable: la ex Primera

1 Artículo publicado en el Diario El Mercurio el 15 de noviembre, 2008.

Dama, Sra. Luisa Durán, ese artista extraordinario que fue Fernando Rosas y sobre todo, a Jorge Peña Hen, mártir de la música, creador de la primera orquesta juvenil a fines de los 60 y asesinado en La Serena en octubre de 1973.■

EL VALOR DE LA VIDA HUMANA¹

DR. ALEJANDRO GOIC G.
Presidente de la Academia Chilena de Medicina

El caso de la niña británica Hannah Jones de 13 años de edad que, después de una existencia plagada de enfermedad y sufrimiento, y apoyada por sus padres, rehusó un trasplante de corazón, da pie para hacer algunas precisiones importantes para la medicina y su ejercicio.

En primer lugar, la decisión de esta niña revela una enorme valentía y una sabiduría práctica digna de elogio y que, a su edad, no deja de sorprender. Lo cierto es que nadie puede ser obligado a recibir un tratamiento en contra de su voluntad. El filósofo alemán Wilhem Krug lo señaló en el siglo XIX: "Quien quiera morir o dejarse operar, debe ser libre de así hacerlo, a menos que le sea imposible expresar su voluntad". En la aceptación o no de un determinado tratamiento, es el paciente quien tiene la última palabra; al médico le corresponde explicar las razones de una indicación terapéutica e intentar persuadirlo, pero no lo puede obligar: ¿Cómo podría? Conozco casos de colegas que, al recidivar un cáncer operado, rehusaron la quimioterapia que se les ofrecía, dejando que la enfermedad siguiera su curso natural. En estos casos, se trata de un "rechazo a un tratamiento médico", concepto plenamente incorporado y, por cierto, acogido en la práctica clínica.

En segundo lugar, los esfuerzos terapéuticos del médico tienen un límite, el que está dado, fundamentalmente, por la naturaleza, pronóstico e irreversibilidad de la enfermedad que padece un sujeto. El médico no debe indicar ni persistir en tratamientos extraordinarios que no modificarán la condición ni pronóstico de un paciente terminal y que, entre otras consecuencias, sólo le agregan mayor sufrimiento y costos. Nadie está obligado ni técnica ni moralmente a llevar a cabo tratamientos fútiles, es decir, inútiles. Esto es lo que se conoce como "limitación del esfuerzo terapéutico", otro concepto incorporado a la buena práctica clínica y que algunos, inadecuadamente a mi parecer, denominan "eutanasia pasiva". La limitación del esfuerzo terapéutico no es ni eutanasia, ni una conducta pasiva, un simplemente dejar de hacer; es, por el contrario, una decisión que adopta un médico de un modo activo, emanada de un análisis clínico ponderado de la situación que afecta a un determinado paciente. En esta conducta, subyace el principio de la proporcionalidad que debe guiar todo acto médico. Por eso es que, insistir en tratamientos extraordinarios mas allá de lo razonable, es caer en lo que se denomina "empecinamiento terapéutico".

Finalmente, el rechazo a un tratamiento y la limitación del esfuerzo terapéutico no guardan relación con la eutanasia activa (ni con el suicidio asistido), es decir, aquel acto mediante el cual el médico da muerte, directa o indirectamente, y en forma intencionada, a un enfermo que se lo solicita, en razón de una condición o sufrimiento que considera insoportable. El aprecio que tenemos por la vida de un ser humano es puesto a prueba en muchas y variadas circunstancias pero, es en situaciones límites, como la eutanasia y el aborto, en donde, en último término, está en disputa el valor de la vida humana. ■

1 Artículo publicado en el Diario El Mercurio el 28 de noviembre, 2008.

REFLEXIONES SOBRE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS¹

Es decepcionante constatar que *la discusión sobre la conveniencia de proporcionar o prohibir la píldora del día después (PDD), ha desperdiciado una oportunidad única para que la nuestra sociedad, especialmente los jóvenes, adquiera conocimientos fundamentales para ejercer la actividad sexual dentro de un contexto de responsabilidad, de sentido y de respeto a la vida.* Si logramos reconocer el valor de estos conceptos en las conciencias individuales, habremos avanzado mucho hacia la solución del embarazo adolescente y de los embarazos no deseados, con el inmenso costo que significan para los hijos, los padres y toda la sociedad. No sólo habremos avanzado en estos problemas, sino que también podemos disminuir los riesgos de la violencia dentro de la vida familiar disgregada, y las enfermedades de transmisión sexual, con el riesgo vital y el alto costo que pueden implicar.

Esta discusión, que se ha prolongado ya por más de seis años, se ha restringido a afirmar o descartar el efecto abortivo de la PDD, cuando *aún no existe evidencia científica sólida que apoye, o descarte el efecto abortivo de la píldora, por lo tanto estas posturas antagónicas.* Los estudios existentes, citados por quienes apoyan o rechazan la píldora, no poseen los controles apropiados, ni una evaluación del efecto de la píldora si se emplea en la fase pre o postovulatoria definida por ecografía. El número limitado de estudios científicos de que se dispone se explica por lo irrelevante que resulta definir la ausencia o presencia del efecto abortivo, para una mayoría de países en los cuales el aborto no constituye una limitante legal. En nuestro país, el carácter ilegal del aborto provocado, que refleja una postura de profundo respeto a la vida desde el momento de la concepción, le confiere a esta discusión una categoría distinta. Si queremos realmente emplear la evidencia científica tendremos que esperar el resultado de estudios que están en curso, respetando sus conclusiones para tomar decisiones a nivel de políticas de salud.

Pero cualquiera sea la evidencia científica, o las decisiones políticas que deriven de ella, tenemos que implementar medidas para *hacer que las relaciones sexuales dentro de la vida de pareja vuelvan a valorizarse como instancia de profunda intimidad y sentido, a diferencia de algo banal, transitorio y aislado dentro de la vida personal.* Aquí es importante considerar que todos tenemos un rol en esta tarea. Esta nueva conciencia debe ser educada en primer lugar dentro de la familia, en el clima de cariño, cuidado y delicadeza que debe caracterizar las relaciones entre padres e hijos. En segundo lugar, los colegios están obligados a integrar los aspectos emocionales y biológicos de la vida sexual, como base para una vida familiar sana y no exclusivamente para la satisfacción personal. Los medios de comunicación no pueden excluirse de un rol educador, y deben por un lado cambiar tanto contenido que exalta el erotismo y dar lugar para que existan discusiones informadas sobre el control de la natalidad. La publicidad tiene que eliminar el uso del cuerpo de la mujer como un motor de consumo.

Tenemos que tomar conciencia de que aun cuando se realicen los cambios más arriba propuestos, en la actualidad se hace imposible volver a poner a la virginidad prematrimonial como el aspecto central. Ese ideal teórico de virginidad prematrimonial no siempre protege de la actividad sexual. *Es más importante entregarles a los jóvenes las armas para que decidan en*

1 Documento preparado por un Comité de la Academia de Medicina constituido por los Drs. Mireya Bravo, Gloria Valdés y Eduardo Rosselot. Noviembre de 2008.

forma responsable e informada cómo van a enfrentar las relaciones sexuales. Si se abren a estas, tienen que protegerse; si las descartan, tienen que ejercer su voluntad para evitar las situaciones de riesgo. Hasta el momento se ha presentado a la PDD como una forma de anticoncepción intermedia que en la mayoría de los casos protege de una relación sexual desprotegida; permite así escabullir una decisión primordial para enfrentar la actividad sexual.

Se ha señalado como una situación de excepción la protección posterior a una violación. Esta situación también se ha mencionado como una situación en que se permitiría el aborto, como también lo sería el embarazo que pone en peligro la salud de la madre.

No nos preguntamos si la violación no se relaciona a una sobrevaloración de lo erótico, o a una agresividad de raíces muy profundas que tiene que ser erradicada de la sociedad. Tampoco reflexionamos que en la actualidad el avance de la medicina hace prácticamente imposible que un embarazo ponga en riesgo la vida de la madre, si esta recibe el mejor tratamiento específico. ■

SOBRE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA¹

DR. RICARDO CRUZ-COKE M
Académico de Número

Existen fundamentados antecedentes científicos, médicos y jurídicos que demuestran los graves efectos adversos del Progestágeno (L) Norgestrel usado como contraceptivo post coital, que ponen en alto riesgo de aborto inducido a un porcentaje significativo de mujeres que lo usan.

En efecto, el texto clásico Goodman & Gilman de Bases Farmacológicas de la Terapéutica define claramente el efecto de altas dosis de LevoNorgestrel (0.75-1.5 mg) que desencadenan hipertrofia secretoria del endometrio afectando el transporte del óvulo en la trompas e impidiendo la implantación. Como consecuencia, aumenta el riesgo normal de embarazo ectópico de 1% a cerca de 5% (según tres estudios epidemiológicos publicados en revistas especializadas)

Por otra parte el Formulario Nacional de Medicamentos chileno de MINSAL (1996), describe detalladamente los graves efectos adversos de los progestágenos, que además de producir náuseas y vómitos sistemáticos, agregan sangramientos y/o abortos al ser prescritos a mujeres recién embarazadas que ignoran su estado grávido. Esta contraindicación absoluta a su uso, obliga a exigir receta retenida para el uso de altas dosis de LevoNorgestrel en la práctica médica.

Finalmente, la Ley N° 20.120 de 24 de septiembre de 2006 sobre investigación científica en seres humanos y Genoma, protege la vida humana desde su concepción; prohíbe la manipulación de células germinales; exige obtener consentimiento informado a los pacientes, y pide responsabilidad e idoneidad a los médicos que usen procedimientos experimentales riesgosos. Lamentablemente esta Ley no se está aplicando correctamente por la autoridad sanitaria.

Podemos concluir que el debate sobre la contracepción de emergencia debe ser abordado en forma integral sobre bases científicas, médicas y jurídicas, para impedir la violación de los derechos humanos de la población femenina.■

1 Documento de reflexión. Noviembre 2008.

Durante el año académico 2008 la Academia de Medicina realizó 14 sesiones: 8 ordinarias, 3 extraordinarias y 3 públicas y solemnes.

SESIONES ORDINARIAS

Dictaron *conferencias*, en los temas que se indican, los siguientes académicos: “*Situación Actual de la Educación Médica en Chile*”, Dr. Rodolfo Armas, Académico de Número; “*La Universidad del siglo XXI*”, Dr. Jorge Las Heras, Académico de Número; “*Arte y Medicina*”, Dr. Juan Verdaguer, Académico de Número; “*Algunas reflexiones acerca de la creatividad científica y artística*”, Dr. Francisco Beas, Académico Honorario; “*Postmodernismo, Ciencia y Medicina*”, Dr. José Adolfo Rodríguez Portales, Académico de Número; “*El Sentido del Dolor*”, Dr. Otto Dörr Z., Académico de Número; “*Alexander Von Humboldt: un genio universal. Su interés por temas biomédicos y su influencia en la medicina chilena*”, Dr. Lorenzo Cubillos, Académico Honorario. Además, en una Sesión Ordinaria se discutieron las modificaciones al Reglamento de la Academia de Medicina.

SESIONES EXTRAORDINARIAS

En sesión Extraordinaria fue elegida Miembro de Número la Dra. Valeria Prado Jiménez, Microbióloga y Prof. Titular de la Universidad de Chile; como Miembros Honorarios los Drs. Antonio Arteaga, especialista en Nutrición y Profesor Titular de la P. Universidad Católica; y los médicos del extranjero, Dra. Marcela Contreras, especialista en Banco de Sangre del Royal College of Physicians de Gran Bretaña; Dr. Christoph Mundt, Profesor Titular de la Universidad de Heidelberg de Alemania y el Dr. Jorge Rakela, Hepatólogo, Profesor de la Clínica Mayo en Arizona, Estados Unidos.

En sesión extraordinaria fueron aprobadas las modificaciones al Reglamento de la Academia Chilena de Medicina, las que serán sometidas a consideración del Instituto de Chile.

SESIONES PÚBLICAS Y SOLEMNES

En la ciudad de Concepción, se realizó la Ceremonia de Incorporación como Miembro Correspondiente de la Academia el Dr. Octavio Enríquez; su Discurso de Incorporación versó sobre “*Aporte de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile al Aseguramiento de la Calidad de la Educación Médica en Chile*”; fue presentado por el Miembro Correspondiente (Concepción) Dr. Alberto Ghyra.

En Ceremonia pública y solemne se llevó a cabo la Incorporación como Miembro de Número del Dr. Luigi Devoto; su Discurso de Incorporación versó sobre “*La Mujer y la Fertilidad en el siglo XXI*”; fue recibido por el Miembro de Número Dr. Fernando Cassorla.

En Sesión pública, ingresó como Miembro Honorario el Dr. Christoph Mundt, profesor de la Universidad de Heidelberg, quien dictó la conferencia “*Historia de la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg*”. Fue presentado por el académico de Número Dr. Rodolfo Armas Merino.

MESA DIRECTIVA

Con motivo del sensible fallecimiento de la Secretaria Académica Dra. Sylvia Segovia Polla, se procedió a elegir su reemplazante. El Presidente, propuso que asumiera como Secretario Académico el Tesorero en ejercicio Dr. Rodolfo Armas Merino y se designara en el cargo de Tesorero al Académico Dr. José A. Rodríguez Portales. La proposición fue aceptada por unanimidad.

REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Representaron a la Academia de Medicina en las instancias que se indican los siguientes Académicos:

- En el Consejo del Instituto de Chile, los Drs. Ricardo Cruz-Coke y Otto Dörr y el Presidente de la Academia.
- En el Directorio de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), el Dr. Vicente Valdivieso D.
- En el Consejo Superior de Educación, por el Instituto de Chile, el Dr. Alejandro Goic G.
- En el Consejo Asesor de la Ministra de Salud para el Plan de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), el Dr. Vicente Valdivieso D.
- En el Comité Editor de los Anales del Instituto de Chile, el Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid.

COMITÉS

El Comité de Educación Superior elaboró un informe sobre la *Situación actual de la Educación Médica en Chile*, el que fue publicado.

El Comité de Postulaciones propuso los nombres de los candidatos a Miembros de Número, Correspondientes y Honorarios, que fueron sometidos a la consideración de la Asamblea de Académicos.

Un Comité *ad-hoc* estudió las modificaciones al Reglamento de la Academia.

MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

El actual reglamento de la Academia Chilena de Medicina data de 1982 y ha sufrido una serie de modificaciones puntuales en el transcurso de los años. Este reglamento adolece de muchas imperfecciones en su forma y de vacíos en su contenido.

El año 2007, solicité a los Drs. Manuel García de los Ríos y Gloria Valdés que estudiaran una modificación al Reglamento, indicándoles algunos de los temas que, a mi juicio, requerían ser precisados. Ellos hicieron una propuesta inicial, la que fue discutida en un Comité *ad-hoc* presidido por el Dr. García de los Ríos e integrado por los Drs. Gloria Valdés, Rodolfo Armas, Colomba Norero, José A. Rodríguez y el Presidente de la Academia. De acuerdo a dichas discusiones se redactó una versión preliminar de las modificaciones introducidas al reglamento

vigente, la que fue enviada por vía electrónica y en papel a todos los Académicos y discutida en sesión ordinaria de fecha 1 de octubre de 2008.

En conformidad con el actual Reglamento, toda modificación a éste debe ser aprobada por la asamblea de académicos en una Sesión Extraordinaria especialmente citada para tal efecto. Esta reunión se llevó a cabo, en segunda citación, el 3 de diciembre de 2008. A esta sesión asistieron los siguientes Miembros de Número Drs.: Rodolfo Armas, Ricardo Cruz-Coke, Otto Dörr, Sergio Ferrer, Manuel García de los Ríos, Alejandro Goic, Jorge Las Heras, Gloria López, Flavio Nervi, Humberto Reyes, José A. Rodríguez, Eduardo Rosselot, Pedro Rosso, Ricardo Uauy, Vicente Valdivieso y Marta Velasco y, además, participaron los Miembros Honorarios Drs.: Lorenzo Cubillos, Alberto Gormaz, Enrique López Caffarena y Carmen Velasco. Después de discutir las la asamblea aprobó las modificaciones propuestas.

Principales Modificaciones al Reglamento

Modificaciones Formales:

- a) Se le dio una estructura más adecuada y habitual para los Reglamentos, organizándolo en títulos y artículos, y se perfeccionó la redacción del articulado.

Los títulos son los siguientes:

Título I: De su naturaleza, propósito y objetivos; Título II: De los miembros; Título III: De las sesiones; Título IV: De las elecciones; Título V: De los cargos directivos; Título VI: Del patrimonio; Título VII: Del comité de postulaciones; Título VIII: De las modificaciones del reglamento; Título IX: Normas de procedimiento para la elección de académicos en las diferentes categorías.

- b) Se incluyó como Anexo al reglamento las "Normas de Procedimiento para la elección de Miembros de la Academia", en forma más detallada para la elección de los Miembros de Número.

Modificaciones de Fondo:

- a) Se definieron con mayor precisión las características definitorias y condiciones para ser Miembros de Número, Correspondientes y Honorarios.
- b) Se incorporó la exigencia de una carta formal de aceptación de ingreso como Miembro de Número y de colaboración con la Academia, dentro del mes siguiente a su elección.
- c) Se incorporó la exigencia de asistencia de al menos el 50% de las sesiones del año anterior para tener la condición de elector.
- d) Se incorporó la exclusión, para fines de fijar el quórum, de aquellos Miembros de Número que, por razones justificadas, no han asistido a las reuniones por un lapso de 6 meses o más.
- e) Se incorporó la posibilidad de que los Miembros Correspondientes y Honorarios puedan ingresar a la Academia en Sesiones Públicas.
- f) Se uniformó la duración de ejercicio de los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero.
- g) Se incorporó la disposición de que el Presidente Electo proponga los nombres del Secre-

tario y Tesorero y del Presidente del Comité de Postulaciones, para consideración de la Asamblea.

- h) Se limitó la reelección del Presidente, Secretario y Tesorero por sólo un período consecutivo.
- i) Se normó la duración del ejercicio en sus funciones y la reelección de los Miembros del Comité de Postulaciones: sólo dos de los 5 miembros podrán ser reelegidos para un nuevo período.

En conformidad a la reglamentación vigente, el reglamento modificado será enviado al Consejo del Instituto de Chile para su conocimiento, discusión y aprobación.

DISTINCIONES

Los Académicos de Número Mireya Bravo, Esteban Parrochia y Humberto Reyes, fueron nombrados *Profesores Eméritos de la Universidad de Chile*.

El Académico Correspondiente Dr. Alberto Gyhra Soto fue designado "*Fellow distinguido 2008*" por el Capítulo Chileno del American College of Surgeons.

La *Medalla Rector Juvenal Hernández Jaque 2008*, mención Ciencia y Tecnología fue otorgada al Académico de Número Dr. Eduardo Rosselot.

El académico de Número Dr. Mordo Alvo fue invitado a dictar la "*Conferencia Sociedad Médica de Santiago*", en el Congreso de Medicina Interna de esa Sociedad, realizado en La Serena.

El académico de Número Dr. Manuel García de los Ríos recibió un *Homenaje del Hospital San Juan de Dios*, por su extensa y brillante trayectoria en dicho establecimiento.

El académico Correspondiente Dr. Fernando Oyarzún fue distinguido como *Profesor Emérito de la Universidad Austral de Chile*.

El académico de Número Dr. Carlos Miquel fue distinguido como *Maestro de la Cardiología Chilena* por la Sociedad Chilena de Cardiología.

El Dr. Alejandro Goic G., Presidente de la Academia chilena de Medicina, fue designado *Presidente de ALANAM* por el periodo 2008-2010 y el Dr. Rodolfo Armas Merino, *Secretario Alterno*.

ACTIVIDADES INTERNACIONALES

En Ciudad de México, se realizó la XVIII reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina de España y Portugal (ALANAM). El tema de la Reunión fue "*Gestión y Evaluación de la Atención Primaria de Salud*". Representaron a la Academia Chilena los Drs. Alejandro Goic, Presidente, y Manuel García de los Ríos, Delegado Permanente (s). Santiago de Chile fue designada sede de la próxima Reunión de ALANAM, a realizarse en el año 2010. El tema central de la Reunión será: "*Situación de la salud en Latinoamérica*" y se hará una *Declaración final* sobre ese tema.

PREMIO NACIONAL DE MEDICINA 2008

En ceremonia pública solemne realizada en el Salón de Honor del Instituto de Chile, se hizo entrega del *Premio Nacional de Medicina 2008*, al Académico de Número Dr. Esteban Parrochia Beguin. La distinción es otorgada por las cuatro principales asociaciones médicas del país: Academia de Medicina, Asociación de Facultades de Medicina, Asociación de Sociedades Médicas Científicas y el Colegio Médico Chile. Se hizo entrega al galardonado de un Diploma, una estatuilla y un estímulo económico.

PREMIO ACADEMIA DE MEDICINA 2008

Este premio que la Academia otorga anualmente, se adjudicó a los Drs. Marco Antonio Arrese Jiménez, Juan Francisco Miquel Poblete y Attilio Rigotti Rivera, docentes de la P. Universidad Católica, por su destacada y sostenida línea de investigación en el área de los Mecanismos de secreción de la bilis, patogenia de la coleditiasis y dislipidemias.

LIBROS PUBLICADOS POR ACADÉMICOS

“Las Emociones” del Académico de Número Dr. Sergio Ferrer Ducaud (235 pp).; *“Mayo del 68 francés. La imaginación sin poder”* del Académico de Número Dr. Jorge Las Heras; *“Ignacy Domeyko. Bibliografía”* del Académico Honorario Dr. Zdzislaw Jan Ryn (715 pp); *“Sexo, erótica y amor. Tomo I. La normalidad sexual”* (120 pp) y *Tomo II La Patología sexual* (128 pp), Editorial Nueva Patris y *“Autobiografía Religiosa. Una experiencia iniciática.* (114 pp). (Editorial Grijalbo).

PUBLICACIONES DE LA ACADEMIA

- *Boletín de la Academia Chilena de Medicina 2007, N° XLIV* (244 pp).
- *Informe sobre la situación actual de la educación médica en Chile. Comité de Educación Superior* (LOM ediciones. 2008, 64 pp.)
- *Índice Acumulativo de Materias y Autores del Boletín de la Academia Chilena de Medicina 1966-2007. Elfriede Herbstaedt y Alejandro Goic* (LOM Ediciones, 2008, 74 pp.)

PATROCINIOS

La Academia otorgó durante el año los siguientes patrocinios oficiales a las instituciones que se indican: 52° Congreso Anual del Capítulo Chileno del American College of Surgeons; “XXXI Congreso Científico Nacional de estudiantes de medicina”; “LXIII Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía”; “XXX Congreso Chileno de Medicina Interna”; “Proyecto de Investigación epidemiológica sobre quemadura” presentado por la Academia de Medicina de Buenos Aires a la Inter-Academy Medical Panel; Congreso conjunto 2008 de las Sociedades Chilenas de Nefrología, Hipertensión y Trasplante”.

ADQUISICIONES

Se instaló aire acondicionado y se completó la remodelación y alhajamiento de las dependencias de la Academia.

BIBLIOTECA

El Dr. Rodolfo Armas Merino donó a la Academia la colección de la Revista Médica de Chile de 1928 -2005, cuyos primeros volúmenes pertenecieron a su padre el Profesor Rodolfo Armas Cruz.

AGENCIA ACREDITADORA

Quedó constituida la Agencia Acreditadora de Programas de Postgrado de Especialidad en Medicina y de Centros Formadores de Especialistas Médicos”, integrada por representantes de la Asociación de Facultades de Medicina, la Asociación de Sociedades Médicas Científicas y el Colegio Médico, y como Socio Cooperador la Academia de Medicina. Es miembro del Directorio de la Agencia el Académico de Número Dr. Manuel García de los Ríos.

ACADÉMICOS FALLECIDOS

En el presente año lamentamos el fallecimiento de la académica de Número y Secretaria de la Academia, Dra. Silvia Segovia Polla (ver Obituario) y del académico Correspondiente de Antofagasta Dr. Edmundo Ziede Abud (ver Obituario).

AGRADECIMIENTOS

Mis sinceros agradecimientos a:

-Las Señoras y Señores académicos que participaron en el Comité de Educación Superior, al Comité de Postulaciones y al Comités ad-hoc de reforma del Reglamento de la Academia y a los que representaron a la Academia en otras instancias e instituciones.

- La Sra. Bibliotecaria Elfriede Herbstaedt y a la Secretaria Administrativa Sra. Cristina Blamey por su dedicación y eficiente desempeño. ■

ACTIVIDADES DE LOS ACADÉMICOS

DISTINCIONES RECIBIDAS, PUBLICACIONES, ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y CULTURALES DE LOS MIEMBROS DE LA ACADEMIA DE MEDICINA

DR. MORDO ALVO G.

Conferencia

- Conferencia Sociedad Médica de Santiago. "Formación del Internista y algunos comentarios de Nefrología". Coquimbo 26 de octubre, 2008.

DR. RODOLFO ARMAS M.

Docencia en Departamento Medicina Occidente, Universidad de Chile

- De Pregrado en Carrera de Medicina.
- Dicta clases en Curso de Gastroenterología de Clínica Médica.
- Docencia práctica (dos sesiones semanales) en consultorio de gastroenterología a internos de medicina interna.
- Dicta seminarios a internos.
- Evaluaciones de pregrado.

De postítulo en Facultad de Medicina.

- Seminarios mensuales sobre enfermedades hepáticas agudas y crónicas, virales y autoinmunes a médicos en programa de formación en medicina interna.
- Docencia práctica (dos sesiones semanales) en consultorio de gastroenterología a médicos en programa de formación en medicina interna.
- Participación (representante del Decano) en Comisiones de Evaluación Teórica Final de médicos en proceso de certificación de especialistas en Gastroenterología.
- Dicta clases: "Hepatitis y Embarazo" en Curso Desafíos de la Obstetricia Camino al Bicentenario . Hospital San Juan de Dios, junio 2008.

Actividades en Academia de Medicina del Instituto de Chile.

- Miembro de Número, Miembro de la Mesa Directiva (Tesorero hasta abril 2008 y Secretario a partir de abril 2008), Presidente del Comité de Educación Superior, Miembro del Comité de Postulaciones.
- Representante permanente ante Asoc. Latinoamericana de Academias de Medicina.

- Representante de Academia de Medicina en el Comité Económico–Administrativo del Instituto de Chile.
- Designado Secretario Alterno de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM).

Actividades en sociedades médicas.

- Miembro del Directorio (Past Presidente) de Asoc. de Sociedades Médicas de Chile.
- Miembro del Consejo Asesor del Gobernador en Capítulo Chileno del American College of Physicians hasta junio 2008.

Otras actividades académicas

- Dicta conferencia “¿Por qué ser Internista?” en XXXI Congreso Científico de Estudiantes de Medicina, ANACEM Chile, julio 2008.
- Dicta clases (El paciente con alteración de Pruebas Hepáticas: ¿cómo lo estudiamos? y “Evaluación del Paciente con Daño Hepático Crónico”) en XVII Curso Atención Primaria de la Sociedad Médica de Santiago (octubre 2008).

Actividades en Ministerio de Salud

- Miembro (Vicepresidente) de Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).
- Participa y organiza Seminario de Ministerio de Salud “¿Hacia dónde le interesa al Ministerio de Salud orientar la Investigación Científica en Salud en Chile?”. 30 de abril 2008.
- Médico clínico de Servicio de Medicina, Hospital San Juan de Dios realizando 8 Horas semanales de consulta externa de nivel terciario en Unidad de Gastroenterología.
- Miembro del Comité del Ministerio de Salud que selecciona los casos para ser tratados de infección con virus C de la Hepatitis.
- Participa y dirige sesión en Seminario Sobre Hepatitis C organizado por Ministerio de Salud (Santiago, junio 2008).

Actividades en Fondo Nacional de Investigaciones en Salud (Fonis)

- Miembro del Consejo del Fonis en representación del Ministerio de Salud a partir de diciembre 2008.

Publicaciones

- Wolff C. y Armas Merino R. Porfirias y embarazo. Rev Méd Chile 2008;136:151-56.
- Chanqueo L., Gutiérrez C., Armas Merino R., Urriola G., Bustos M., Tapia C. y Vasquez P. Bacteremia primaria por *Listeria monocytogenes* en paciente con cirrosis hepática. Caso Clínico Rev Med Chile 2008; 136:225-29.

- Vargas L., Ovalle L., Morales X., Agar S., Estay R., Soto J.R., Armas M. R., Vergara M. T., Nazal R. Diagnóstico y Tratamiento de las várices esófago-gástricas en Chile: Realidad Nacional Rev Med Chile 2008; 136:837-843.

DRA. MIREYA BRAVO L.

Distinciones.

- Profesor Emérito. Universidad de Chile. 9 Mayo, 2008.

Docencia.

- Docente en el Diploma en Bioética Clínica desarrollado en el Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. marzo – julio 2008
- Coordinador y docente del Diploma en Ética de la Investigación Biomédica desarrollado en el Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. septiembre – noviembre 2008.
- Director y docente del Ciclo de Bioética Clínica del Magíster en Bioética. Facultades de Filosofía y Humanidades y Medicina de la Universidad de Chile. abril a noviembre 2008.
- Tutor de tesis de Magíster en Bioética.
- Dr. Hernán Monasterio Irazoque. “Propuesta de actualización de las normas de funcionamiento y acreditación de los Comités de Ética Asistenciales para establecimientos públicos y privados”.
- Dr. Paul Kusz Rivas. “Reflexión bioética sobre la Reforma de la Salud en Chile. Propuesta para la generación de un sistema sanitario justo”.

Comisiones.

- Miembro del Comité de Ética de la Facultad de Medicina.
- Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Roberto del Río.
- Miembro del Comité de Ética Asistencial de Clínica Alemana.
- Miembro del Comité Académico del Magíster en Bioética de la Universidad de Chile.
- Miembro de comisiones de exámenes grado de Magíster en Bioética. Escuela de Post-Grado. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Jornadas y Seminarios.

- Jornada anual del PANDA. 17.08.2008.
- Ponencia: ¿Cuándo la evidencia es suficiente para ser incorporada como política pública?

- Taller de NANEAS. 10.05.2008.
- Ponencia: Ética de la atención de NANEAS en ambiente ambulatorio y hospitalario.
- Jornada de Educación en Bioética. Concepción. 28.04.2008
- XI Jornadas de la Sociedad Chilena de Bioética . 20-21. 06.2008

Publicaciones.

- Rosselot J. Eduardo; Bravo L. Mireya; Kottow L. Miguel; Valenzuela J. Carlos; O’Ryan G. Miguel; Thambo B. Sergio; Horwitz C. Nina; Acevedo P. Irene; Rueda C. Laura. Sotomayor M. Angélica. “En referencia al plagio intelectual. Documento de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile”. Rev.méd.Chile v136 N.5 pág:653-658.

DR. FELIPE C. CABELLO

- Cabello, FC. (2008). El Dr. Guillermo Contreras Da Silva, una figura señera en la microbiología y la salud pública chilena. Rev. Med. Chil 136:256-260.
- Cabello, C. C. y Cabello C., F. (2008). Zoonosis con reservorios silvestres: Amenazas a la salud pública y a la economía. Rev. Med. Chil 136:385-393.
- Cabello C., F.(2008). Epidemiología y laboratorios: El eslabón perdido en los planes para estudiar y prevenir la enfermedad infecciosa en Chile. Rev. Chil. Infect. 25:14-16.
- Cabello, F.C. (2008). Carta al Editor. Rev. Chil. Infect. 2008, 25: 307.
- Cabello, F.C. (2008). Carta al Editor; Chil. Infect. 2008, 25: 486.

DR. FERNANDO CASSORLA G.

Conferencias plenarias.

- Terapia para la talla baja idiopática.
- XIII Congreso Mundial de Endocrinología. Río de Janeiro, Brasil, noviembre 2008.

Publicaciones.

Internacional.

- Román R., Íñiguez G., Salazar T., Ávila A., Barrera A., Mericq V., Attie K. M. and Cassorla F. Relationship between insulin sensitivity and IGF-I sensitivity in low birth weight pre-pubertal children. Hormone Research. 70:73-78, 2008.
- Íñiguez G., Torrealba M.I., Ávila A., Cassorla F. and Codner E. Adiponectin serum levels and its relationship with androgen concentrations and ovarian volume during puberty in girls with Type 1 diabetes mellitus. Hormone Research. 70:112-117, 2008.
- Flanigan E., Aros S., Ferraz M., Conley M., Troendle J.F., Cassorla F. and Mills JL. Eye malformations in children with heavy alcohol exposure in utero. Journal of Pediatrics. 153:391-395, 2008.

- Signore C., Caros S., Morrow J. D., Troendle J., Conley M. C., Flanigan E. Y., Cassorla F., and Mills J. L. Markers of oxidative stress and systemic vasoconstriction in pregnant women drinking > 48 grams of alcohol per day. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 32:1893-1898, 2008.
- Recabarren S. E., Smith R., Ríos R., Maliqueo M., Echiburú B., Codner E., Cassorla F., Rojas P. y Sir Petermann T. Metabolic profile in sons of women with polycystic ovarian syndrome (PCOS). *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 93:1820-1826, 2008.
- Codner E. and Cassorla F. Puberty and ovarian function in girls with Type 1 Diabetes. *Hormone Research*. 71:12-21, 2008.
- E180Splice mutation in the growth hormone receptor gene, a Chilean family with Laron Dwarfism: a probable Mediterranean ancestor? Espinoza C., Sjoberg M., Salazar T., Rodríguez A., Cassorla F., Mericq V., and Carvallo P. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* (en prensa).

Nacional.

- García H., Arteché I., Mericq V., Codner E., Ávila A., Henríquez C., Eggers M., Cortínez A., Salazar T., Carvallo P., Román R., Ugarte F., Íñiguez G., Beas F., Cassorla F. Deficiencia somatotrófica en niños: características clínicas y bioquímicas según la etiología en 75 casos. *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*. 1:7-16, 2008.
- Lammoglia J. J., Eyzaguirre F., Unanue N., Román R., Codner E., Cassorla F. y Mericq V. Serie de 23 casos de hipopituitarismo congénito en el Hospital San Borja Arriarán. *Revista Médica de Chile*. 136:996-1006, 2008.
- Lammoglia J. J., Hernández M. I., Unanue N., Román R., Villanueva J., Ávila A., Codner E., Mericq V., Cassorla F. Presentación y evolución de 2 casos de insulinoma. *Revista Chilena de Pediatría*. 79:166-170, 2008.

Premio al mejor trabajo científico

- Íñiguez G., Medina P., Johnson C., Kakarieka E., Márquez L., Cassorla F., Mericq V.
- Expression and activity of 11B-OH-Steroid dehydrogenase (11-B-HSDS) type 1 and 2 enzymes in human term placenta from small (SGA), appropriate (AGA) and large (LGA) for gestational age new borns. XX Annual Meeting of the Sociedad Latinoamericana de Endocrinología Pediátrica (SLEP). Lima, Perú, October 2008.

Premio al mejor trabajo publicado

- García H., Arteché I., Mericq V., Codner E., Ávila A., Henríquez C., Eggers M., Cortínez A., Salazar T., Carvallo P., Román R., Ugarte F., Íñiguez G., Beas F., Cassorla F. Deficiencia somatotrófica en niños: características clínicas y bioquímicas según la etiología en 75 casos. *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*. 1:7-16, 2008.

*Proyectos investigación.**Investigador responsable.*

2006 – 2008 Fondecyt 1060784. Transmisión de señal para GH e IGF en niños con talla baja idiopática.

Co-Investigador.

2005 – 2008 Fondecyt 1050452. Función ovárica en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1.

2006 – 2009 Fondecyt 1061082. Relación entre el complejo IGF-I/BP3/ALS placentario y el crecimiento fetal.

2007 – 2011 Fondecyt 1071007. Evaluación de la función y reserva ovárica en hijas de mujeres con síndrome de ovario poliquístico: posible impacto del ambiente prenatal.

DR. RICARDO CRUZ-COKE M.*Actividades académicas nacionales*

- Consejo de Instituto de Chile.
- Comisión editorial de Anales del Instituto.
- Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. Miembro del Directorio.
- Consejo Nacional de Cooperación UNESCO, diciembre 2008.
- Conferencia inauguración Salón Ezequiel González Cortés. Hospital Clínico Universidad de Chile. 4 de enero, 2008.
- Octavas Jornadas Historia de la Medicina Chilena. Universidad Católica e Instituto de Historia. Reunión chileno-peruana. Participación en debates de trabajos originales. 16-18 de octubre, 2008.

Publicaciones 2008

- Cruz-Coke, R. Reseña Bibliográfica. Historia de Chile en La vida de un médico. Dr. A. Jadresic. Rev. med. Chile 2008: 136; 135.
- Cruz-Coke, R. Aniversario 250 de La enseñanza médica en Chile. Rev. med. Chile 2008: 136; 267
- Cruz-Coke, R. Carlos II de España, el hechizado. Rev. Med. Chile 2008:136; 945.
- Cruz-Coke, R., Medicina y Revoluciones sociales. An. Chil. Hist. Med 2007: 17; 203-207.

DR. LORENZO CUBILLOS O.*Conferencias*

- Comentario del documental “Nacimiento y Vida” (Historia de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1930-1980), en Reunión del Departamento de Otorrinolaringología, 9 de enero de 2008.

Publicaciones

- Cubillos Osorio, Lorenzo "Visión Histórica de la Cirugía Chilena en el siglo XX". An. hist. med., 18:71-90, 2008.

Comité

- Miembro del Comité encargado de confeccionar una nómina de "Médicos destacados en dos siglos de historia de Chile (1810-1820)", en Academia de Medicina.

DR. OTTO DÖRR Z.*Actividades académicas internacionales*

- Profesor Invitado en la Universidad de Leipzig durante el semestre de verano (europeo), entre abril y julio de 2008. Dio clases y seminarios para alumnos de medicina y médicos en formación en psiquiatría. Además, dictó dos conferencias para público general.

Conferencias

- "Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante". Acto Académico de presentación del libro del Profesor Alfonso Chinchilla Moreno, Las depresiones y sus máscaras: aspectos terapéuticos", organizado por el Ilustre Colegio de Médicos de la Comunidad de Madrid: 18 de junio de 2008.
- "Logopatías y timopatías: Contribución a una fenomenología diferencial de las esquizofrenias y las enfermedades del ánimo". Simposio Internacional de Psicopatología: Fundamentos Clínicos y Evolutivos, organizado por la Clínica Alemana y la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo. Santiago: 17 de octubre de 2008.

Publicaciones

- "Los trastornos de personalidad desde una perspectiva fenomenológica". Actas Esp Psiquiatr 36: 1019 (2008).
- "Fenomenología diferencial de las emociones en la depresión y en la esquizofrenia". En: Las emociones. S. Ferrer. Santiago: Mediterráneo (2008), pp. 45-60.
- "Eros y Tánatos". En prensa en Revista Salud Mental de México.

DR. SERGIO FERRER D.*Actividades Académicas*

Ayudante de la Universidad de los Andes, Introducción a la Neurología, primer semestre del 2008.

Conferencias

- Director del Simposium Neurogeriatría, Relator: "Encefalopatía diabética". Hospital militar. Junio 2008.

Publicaciones

- Libro "Las emociones". Edit. Mediterráneo. Stgo. Chile.

DR. MANUEL GARCÍA DE LOS RÍOS A.*Docencia de postgrado*

- Clases INTA. Magíster de Nutrición Humana.
- Docente en el 2º Curso Chileno de Pie Diabético. Concepción. 28 y 29/03/2008.
- Docente en el Curso Regional de Actualización en Diabetes. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Coyhaique, 25 y 26/04/2008.

Conferencias Nacionales

- DETEMIR: Un Nuevo Análogo de Insulina. Viña del Mar, 17/04/2008.
- Prevención de la Diabetes tipo 2. Jornadas Regionales de Medicina Interna. Talca, 17/10/2008.
- Prevención y Manejo de la Nefropatía Diabética. Jornadas Regionales de Medicina Interna. Talca, 17/10/2008.
- La Diabetes en el siglo XXI. Día Mundial de la Diabetes. Viña del Mar, 14/11/2008.

Internacionales

- Prediabetes: Importancia Clínica. 12º Congreso Internacional de Medicina Interna. Buenos Aires, Argentina. 19-22/08/2008.
- Fisiopatología de las Complicaciones Crónicas de la Diabetes. 12º Congreso Internacional de Medicina Interna. Buenos Aires, Argentina, 19-22/08/2008.
- Diabetes en el Geronte. Carrera de Postgrado en Diabetología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, 24/10/2008.

Premios y distinciones

- El 1º de Octubre de 2008, se nombra a la Unidad de Diabetes del Hospital San Juan de Dios con el nombre de Profesor Manuel García de los Ríos Álvarez.

Asistencia a congresos

- American Diabetes Association (ADA) San Francisco, USA. 6-10/06/2008.
- European Association for the Study of Diabetes. Roma, Italia, 7-11/09/2008.
- Sociedad Argentina de Diabetes. Buenos Aires, Argentina, 9-12/10/2008.
- Sociedad Chilena de Daibetología y Diabetes. Puerto Varas, Chile, 19-22/11/2008

Participación en comités nacionales e internacionales

- Miembro del Comité Editorial de la Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).
- Director de la Agencia de Programas y Centros de Especialistas (APICE) en representación de la Academia de Medicina.

Otras actividades Internacionales

- Invitado en calidad de experto a participar en el 2º Congreso Latinoamericano de Hipertensión Arterial. Asunción, Paraguay. 16 y 17/05/2008.
- Representante alterno de la Academia de Medicina del Instituto de Chile a la XVIII Reunión de la ALANAM. Ciudad de México, México. 18/19/2008.

DR. ALEJANDRO GOIC G.*Cargos académicos:*

- Presidente de la Academia Chilena de Medicina.
- Miembro del Consejo Superior de Educación.
- Miembro del Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago.
- Presidente de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, de España y Portugal (ALANAM).

Actividades académicas:

- Comisión Académica, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, para preparar la Tercera Edición del texto "*Semiología Médica*" y el libro "*Conversaciones con Hipócrates*".
- Evaluador de trabajos de la Revista Médica de Chile.

Conferencias académicas:

- "*El aborto y la eutanasia ¿se justifica legislar?*". Debates. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Mayo de 2008.

- *"La medicina en una encrucijada"*. Ceremonia Conmemorativa del cincuentenario de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Metabolismo. 3 de junio de 2008
- *"En qué consiste ser médico hoy"*. Seminario Un marco ético para la práctica de la medicina. Hospital Naval Viña del Mar y Sociedad Médica de Santiago. 11, 12 Septiembre, 2008.
- *"Atención primaria de salud en Chile"* XVIII Reunión de ALANAM y Reunión del Comité Ejecutivo de IAMP.". Ciudad de México. 18-20 septiembre.
- *Respeto a la vida"*. Diálogos de Medicina, Ciencia y Humanismo. Universidad Católica del Maule. 22 de octubre.
- Visita al Hospital Regional de Talca. 22 de octubre.

Publicaciones:

- *"Conversaciones con Hipócrates"* (Editorial Mediterráneo, en prensa).
- *"Informe sobre la situación actual de la educación médica en Chile"*. Coautor. Lom Ediciones 2008. pp. 64.
- *"Índice Acumulativo del Boletín de la Academia Chilena de Medicina 1966-2007"*. Coautor. Lom Ediciones 2008. pp. 74.

Extensión:

- *"Debilidad subyacente del sistema público de salud"*. Artículo de Opinión, Diario El Mercurio, 12 de noviembre, 2008.
- *"El valor de la vida humana"*. Carta al Editor. Diario El Mercurio, 28 de noviembre, 2008.

DRA. GLORIA LÓPEZ S.

Docencia pregrado.-

- Clase Fisiología Regulación de la grasa corporal, ISBM. 28 de Mayo 2008
- Asesoría técnica Trabajos Prácticos Autovalentes Sesión 4 Endocrinología Regulación del metabolismo glucídico Fundamentos Científicos de la Medicina. Junio 2008
- Clase y Seminario Regulación de la grasa corporal Fisiología Medicina ICBM ; Mayo 2008
- Clase : Terapia Farmacológica: Insulinoterapia en el paciente ambulatorio ,en Módulo de Diabetes Tercer Año de Medicina. Campus Norte, 11 de Noviembre 2008.
- Tutora del Programa de Ayudantes Alumnos. 40 horas anuales. 2008

Docencia postgrado

- Profesor Responsable del Curso de Especialización en Diabetes de la Escuela de Postgrado Facultad de Medicina. Hospital Clínico U de Chile, Sección Endocrinología y Dia-

betes. Alumnas desde Mayo 2007 a Abril 2008, Dras Carmen Gloria Bezanilla y Cecilia Vargas. Dra Isabel Errázuriz Junio 2008- junio 2009

- Docencia práctica permanente del Curso de Especialización en Diabetes, en consulta externa de Diabetes y Embarazo (2 horas semanales).
- Docente responsable de Seminarios: Epidemiología y Diabetes, Autocontrol en Diabetes, Diabetes y Embarazo, Diabetes Gestacional, dirigido a alumnos del Curso de especialización y a becados de Endocrinología y Medicina Interna en rotación por la Sección.
- Supervisión de las actividades de alumnos del Curso de especialización.
- Preparación y realización de las evaluaciones del Curso de especialización.
- Clase Insulino Resistencia, en el Curso Oficial Bases Fisiopatológicas de la Medicina Interna. Escuela de Post grado Facultad de Medicina Octubre 2008.
- Directora del Curso de Actualización de Postítulo "Curso Internacional Diabetes Mellitus, 23 al 25 de Julio 2008, Programa Domeyko, Proyecto de Obesidad y Diabetes de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Chile.

Otras actividades académicas

- Integrante de la Comisión Coordinadora de Postítulo de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Integrante del Comité de Estudio y Definición de Estándares de Calidad de los Programas de Formación de Especialistas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Participación en el proceso de selección de los postulantes a Programas de Formación de Especialistas en Especialidades Médicas. Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Diseño, desarrollo y presentación del Proyecto de un Programa de Formación de Especialistas en Diabetes del Adulto para proponer al Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Senado Universitario, aprobado en el curso del 2008.
- Evaluador en exámenes de Reválida del título de Médico Cirujano. Hospital Clínico U de Chile
- Evaluador de la certificación en Medicina Interna. Examen Práctico. Hospital Clínico U de Chile. CONACEM.
- Evaluador Proyectos Fondecyt y Fonis.

Conferencias y simposios nacionales

- Conferencia: Pie Diabético en Latinoamérica en Segundo Curso Chileno de Pie diabético 29 y 30 Marzo 2008, Grupo Endocrinológico de Sur GES Concepción.
- Conferencias Curso "Actualización en Diabetes" Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes 25 y 26 de Abril 2008, Auditorium Servicio de Salud Aysén, Coyhaique:
- "Logrando metas con fármacos hipoglicemiantes orales";

- "Tratamiento de la dislipidemia"
- "Diabetes y Embarazo".
- Curso de Actualización en Medicina Interna, Hiperglicemia del Paciente Hospitalizado": Clínicos Sociedad Médica de Santiago, Santiago, Junio 20 y 21
 - "La diabética embarazada que se hospitaliza"
 - Mesa de Discusión de casos Clínicos.
- Curso Internacional "Actualización en Diabetes Mellitus" Facultad de Medicina Escuela de Postgrado U de Chile, Julio 23 al 25 2008, Ejecutado por Programa Domeyko Obesidad y Diabetes, de la Vicerrectoría de Investigación de la U de Chile. Conferencias:
 - "Insulinas 2008"
 - "Hipoglicemiantes orales en Diabetes Gestacional"
 - "Discusión de Casos Clínicos".
- XIX Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes, Puerto Varas, 20 al 22 de Noviembre, 2008. Simposista Simposio "Diabetes y Embarazo". Tema: "Diabetes Gestacional: Por qué y cómo tratar".

Publicaciones

- Sanhueza M E, Cotera A, Elgueta L, **LÓPEZ G**, et al." Diabetes y hemodiálisis. Caracterización de una cohorte y seguimiento a cuatro años". Rev Med Chile 2008; 136:279-286.
- **LÓPEZ G**, Araya V, Asenjo S, Armas R et al, en representación del Grupo de Consenso. "Consenso elaborado por la Sociedad Chilena de Endocrinología Diabetes sobre Resistencia a la Insulina (RI) y Síndrome Metabólico (SM): aspectos clínicos y terapéuticos." Rev.chil. endocrinol.diabetes 2008; 4: 272- 281.

Proyectos de investigación en marcha

- Evaluación de Marcadores bioquímicos y genéticos de daño endotelial y periodontal en individuos obesos normoglicémicos, intolerantes a la glucosa y diabéticos tipo 2. Proyecto concursado y adjudicado y financiado por Programa Domeyko en Obesidad y Diabetes de la Vicerrectoría de Investigación. Co- Investigadora Unidades ejecutoras: Sección Endocrinología y Diabetes HCUCH, Dpto Medicina Facultad Medicina, ICBM, Facultad Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Facultad Odontología, Universidad de Chile. Occidente, ICBM, Facultad Odontología, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas.
- Estudio del control metabólico en paciente diabéticos tipo 2 en hemodiálisis crónica con: Hemoglobina glicosilada, Fructosamina, glicemias capilares y monitorización continua de glicemias intersticiales Investigadora responsable Financiamiento interno y externo. Unidades ejecutoras. Secciones Endocrinología y Diabetes y Nefrología HCUCH, Dpto Medicina Occidente U Chile.
- Proyecto BPB 2004-2008 Financiamiento OPS Manejo Integral de diabetes tipo 2 para profesionales del equipo de salud de atención primaria. Capacitación a través de e-learning: Una experiencia piloto integrada al Plan AUGE. Unidad Ejecutora: Sección Endocrinología y Diabetes HCUCH. Escuela de Nutrición Fac Medicina U de Chile Auspicio MINSAL, Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Asesora y Co- Investigadora

Asistencia a cursos y congresos

- II Curso de Pie diabético 29 y 30 Marzo 2008, Grupo Endocrinológico de Sur GES Concepción.
- Curso "Actualización en Diabetes" Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes 25 y 26 de abril 2008, Auditorium Servicio de Salud Aysén, Coyhaique
- Actualización en Medicina Interna: Hiperglicemia del Paciente Hospitalizado. Curso Sociedad Médica de Santiago 20 y 21 Junio.
- Diabetes Mellitus Curso Facultad de Medicina Escuela de Postgrado U de Chile Julio 23 al 25 Ejecutado por Programa Domeyko Obesidad y Diabetes, de la Vicerrectoría de Investigación de la U de Chile.

Actividades editoriales

- Co Editora revista Chilena de Endocrinología y Diabetes.
- Integrante del Comité Editorial de la Edición en Español de la Revista Diabetes Care desde 2000 a la fecha.
- Revisora de artículos Revista Médica de Chile.
- Revisora artículos Revista Panamericana de Salud Pública, revista Médica de Chile.

Participación en sociedades científicas

- Past Presidente de la Asociación Latinoamericana de Diabetes 2007-2010. Miembro del Consejo Ejecutivo
- Vicepresidente de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas, ASOCIMED, 2008-2010.
- Miembro del Directorio de CONACEM, en representación de Sociedad Médica de Santiago.
- Honorary Fellow del American College of Physicians.
- Socio Honorario de la Sociedad Médica de Santiago.
- Socio Honorario de la Sociedad Argentina de Diabetes.
- Miembro de Honor de la Fundación Ecuatoriana de Diabetes.
- Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Diabetes

Otras actividades

- Miembro de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile., Sillón N° 11.
- Integrante del Comité Consultivo de Especialidades Médicas, asesor de la Comisión Nacional de de Acreditación. Cargo ocupado por Concurso Público.
- Integrante del Comité Organizador del Premio Nacional de Medicina.
- Integrante del Jurado del Premio Nacional de Medicina.

Actividades de extensión

- Campaña Educativa en Diabetes y Obesidad: Hospital Clínico Universidad de Chile. Comité organizador y educador abril, 2008. Programa Domeyko Obesidad y Diabetes.
- Entrevista radial, Radio U. de Chile sobre diabetes y su control y tratamiento Viernes de Abril de la Campaña. abril 2008..
- Reunión Clínica Laboratorio Central Hospital Clínico U de Chile Agosto 2008.
- V Jornadas de Invierno Ginecología – Obstetricia de Talca. 29 y 30 de Agosto.
- Entrevista Diario El Mercurio, 12 de Noviembre 2008.
- Coordinadora Celebración Día Mundial de la Diabetes Hospital Clínico U de Chile 13 y 14 de Noviembre 2008.. Unidad Ejecutoras: Endocrinología y Diabetes y Nutrición.
- Integrante Panel de Discusión con la Prensa Día Mundial de la Diabetes, Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Hotel Fundador Santiago 14 Noviembre 2008..
- Entrevista Diario La Tercera, 14 Noviembre.
- Entrevista Mercurio Domingo 7 Diciembre Reportajes Pagina 18 :Vida Saludable.

Premios y/o distinciones

Reconocimiento de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes por dedicación y esfuerzo como ex Presidente y aportes al desarrollo de la institución, en el cincuentenario de la Sociedad., Junio 2008.

DR. FLAVIO NERVI O.*Universitarias.*

- Profesor Titular, Jornada Completa, Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.
- Jefe División de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Publicaciones.

- Zanolungo S., Miquel J. F., Rigotti A., Nervi F. Insulin and cholesterol gallstones: new insights for a complex pathogenic relationship. *Hepatology*. 2008 ; 48 :2078-80.
- Zúñiga S., Molina H., Azócar L., Amigo L., Nervi F., Pimentel F., Jarufe N., Arrese M., Lammert F., Miquel J. F. Ezetimibe prevents cholesterol gallstone formation in mice. *Liver Int*. 2008; 28:935-47.
- Palma A., Del Río I., Bonati P., Tupper L., Villarroel L., Olivares P., Nervi F. [Frequency and assessment of symptoms in hospitalized patient with advanced chronic diseases: is there concordance among patients and doctors?] *Rev Med Chil*. 2008; 136: 561-9.
- Cuevas A., Molina A., Rigotti A., Miquel J. F., Marshall G., Reyes S., Nervi F. Trends in obesity and diabetes prevalence in a Chilean urban population: 1993-2001. *Metab Syndr Relat Disord*. 2008; 6: 219-22.

- Nervi F., Zanlungo S., Rigotti A. A new twist in the cholesterol metabolism-based entero-hepatic connection. *Gastroenterology*. 2008; 135: 705-9.
- Kovacs P., Kress R., Rocha J., Kurtz U., Miquel J. F., Nervi F., Méndez-Sánchez N., Uribe M., Bock H. H., Schirin-Sokhan R., Stumvoll M., Mössner J., Lammert F., Wittenburg H. Variation of the gene encoding the nuclear bile salt receptor FXR and gallstone susceptibility in mice and humans. *J Hepatol*. 2008; 48: 116-24.
- Riquelme A., Arrese M., Soza A., Morales A., Baudrand R., Pérez-Ayuso R. M., González R., Alvarez M., Hernández V., García-Zattera M. J., Otarola F., Medina B., Rigotti A., Miquel J. F., Marshall G., Nervi F. Non-alcoholic fatty liver disease and its association with obesity, insulin resistance and increased serum levels of C-reactive protein in Hispanics. *Liver Int*. 2008 Jul 16. [Epub ahead of print]

Proyectos de Investigación.

- Responsable. Fondecyt 1070891. (2007 -2009). "Rol de la vesícula biliar y de la regulación del metabolismo hepático del colesterol en la patogenia de la colestiasis". 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 colestiasis 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*. Revisor de artículos de las siguientes revistas: *Gastroenterology*, *Hepatology*, *Journal of Hepatology*, *World Journal of Gastroenterology*, *Journal of Lipid Research*.
- Conferencias: Desarrollo de la Medicina Paliativa, Universidad de Loja, Ecuador, abril, 2008; Conferencia Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Madrid, octubre, 2008.
- Asistencia a Congreso Europeo de Gastroenterología, Viena, noviembre, 2008.
- Vicepresidente de la Fundación *Pro Dignitate Hominis* (Clínica Familia para Cuidados Paliativos) y Fundación *Civitas*.

DRA. COLOMBA NORERO V.

Cargo Académico

- Vicedecana Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Andrés Bello.

Actividades en la Academia de Medicina:

- Presidenta Comité de Postulaciones.
- Miembro de la Comisión de Educación Superior.
- Representante de la Academia en el Seminario "Políticas para la formación de especialistas en Chile" ASOFAMECH/ MINSAL. Conferencia Posición de la Academia de Medicina. Mayo 08.

Agencias Acreditadoras

- Asesor Comité de Acreditación de Programas de Especialistas y Subespecialistas en Medicina. APICE.

Revisora de trabajos a publicar:

- Revista Médica de Chile
- Rev Chilena de Pediatría.

Extensión

- Revisora de proyectos de tesis del Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. U. de Chile.
- Miembro de Comisiones de Tesis del Magíster en Educación en Salud de la Facultad de Medicina U. de Chile.
- Miembro de la Comisión Becas Presidente de la República. Mideplan 2008 (abril).

Publicaciones

- Boletín Hospital Viña del Mar 2008; 64: 76-80 Norero C. La humanización de la Medicina.
- Rev Chil Pediatría 2008; 79:218. Carta al editor: Examen médico nacional.

Conferencias

- II Jornadas de Bioética Centro Alumnos de Medicina U. Andrés Bello: Los desafíos y exigencias científicas y éticas en la Medicina del siglo XXI. julio 2008.

Como alumna:

- Curso de Apreciación del Cine 16 sesiones. Facultad de Artes Liberales. U. Andrés Bello.

Premios

- Maestro de la Nefrología Pediátrica chilena. 2008. Sociedad Chilena de Pediatría. Rama de Nefrología.

DR. RAFAEL PARADA A.*Membresías*

- Miembro Honorario Academia de Medicina del Instituto Chile.
- Nombrado Maestro de la Psiquiatría Chilena, por la Sociedad de Psiquiatría y Neurología.
- Miembro de la Association Lacanienne Internationale en París, Francia, junio 2004.

Profesor Universidades Estatales :

- Universidad de Chile. Marzo a mayo Facultad de Medicina. Escuela de Medicina, Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas, Campus Norte. Profesor de Antropología Médica.
- Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Postgrado. Conforma el Claustro del Programa "Doctorado en Psicología" 5ta. Versión.

Profesor Universidades Privadas:

- Universidad Diego Portales: Clínica Siquiátrica y Psicopatología.
- Universidad del Pacífico: Profesor de Escuela de Psicología en el ramo "*fenomenología Clínica*".
- Universidad Andrés Bello: Participación en la evolución de proyectos para doctorado en psicología y miembro de la comisión para estos exámenes.
- Universidad SEK: Encargado de la presentación clínica de pacientes a alumnos del 4to. año de psicología.

Conferencias

- Expositor del tema "Análisis del inconsciente desde Freud". Ciclo de Conferencias "Cultura Arquitectónica", de la Escuela de Arquitectura de *Universidad San Sebastián*. 09/abril/2008.
- Participación como Expositor del tema "Contornos de la intersubjetividad" en el Coloquio Latinoamericano de psicoanálisis realizado en la sala América de la Biblioteca Nacional. 29/abril/2008
- Moderador del Simposium Internacional de Psicopatología: "Fundamentos Clínicos y Evolutivos" realizado en el Aula Magna Clínica Alemana. 17-18/10/2008.

- Participación en “Coloquio Internacional en Homenaje a los 100 años del Nacimiento de Lèvi-Strauss”, realizado en la Sala América de la Biblioteca Nacional de Santiago. Invitado por el Director del Programa de Magíster en Etnopsicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 3/11/2008.
- Presentador del lanzamiento del libro “La Noción de Infantil como Concepto en Psicoanálisis”, del autor Robert Levy. 07/11/2008.
- XII Symposium Internacional Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, “Psicosis, Ansiedad y Depresión: desde las Neurociencias a la Fenomenología”. Hotel Sheraton. Miembro organizador y director de Módulo. 28/11/2008.

Otros

- En el libro “El vuelo de los búhos” de Roberto Escobar es mencionado su trabajo de Tesis con el comentario del autor del Libro. 10/12/2008.
- Discurso Homenaje, representando a Sonepsyn de “Catedra de Psiquiatría Clínica: Prof. Dr. Agustín Téllez Meneses”, realizado en el Club De La Unión. 29/12/2008.

DR. HUMBERTO REYES B.

Distinciones

- Profesor Emérito de la Universidad de Chile: título conferido el 9 de mayo.

Conferencias:

- XI Encuentro Internacional de Revistas Científicas de Estudiantes de Ciencias de la Salud (EIRCECS), en Iquique, 7 al 11 de octubre: Docente invitado, conferencias “Historia de las Revistas Científicas” y “Conflictos de interés en las publicaciones científicas”.
- Simposio “Update in Obstetric Cholestasis”, Imperial College, London, UK, 7 de noviembre (The Hammersmith Conference Centre): Docente invitado, participando en “Meet the Experts Session” y dictando la conferencia de clausura “Obstetric Cholestasis: What have we learned along the years?”
- XXXIV Conferencia Dr. Hernán Alessandri R., 28 de noviembre: Organizador.

Actividades académicas universitarias y societarias:

- Revista Médica de Chile: Editor Jefe.
- Fundación Social y Educativa Doctor Hernán Alessandri Rodríguez: Presidente.
- Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: Miembro de la Comisión de Apelaciones a la Calificación Académica.
- Fundación de Estudios Biomédicos Avanzados (FEBA), Facultad de Medicina U. de Chile: Miembro del Consejo.

- Universidad Andrés Bello (UNAB): Asesor Académico de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Escuela de Medicina UNAB: Miembro del Consejo.
- Escuela de Medicina UNAB: Miembro del Comité de Autoevaluación.
- Sociedad Médica de Santiago – Sociedad Chilena de Medicina Interna: Miembro del Directorio.
- Revista “Obstetric Medicine – The Medicine of Pregnancy”: Miembro-fundador del Editorial Board.

Actividades docentes de pre y post título:

- Departamento de Medicina Oriente, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: Tutor de alumnos de 4º año de Medicina en Consultorio Externo.
- Examen práctico final de alumnos de 4º año de Medicina, U. de Chile: Miembro de Comisiones examinadoras.
- Curso de Introducción a la Medicina, Escuela de Medicina UNAB. Clase “Cambios recientes en el estilo del ejercicio profesional del médico y sus consecuencias para los futuros profesionales”.
- Curso “Bases Fisiopatológicas de la Medicina Interna”, para becarios de Medicina Interna, Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina U. de Chile: clases sobre Fisiopatología hepática y biliar.

Publicaciones:

- Reyes H. Sex hormones and Bile Acids in Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy (Editorial). *Hepatology* 2008; 47: 376-9.
- Bunout D., Reyes H. ¿Qué opinan sus lectores de la Revista Médica de Chile? *Rev Med Chile* 2008; 136: 1163-1168.
- Reyes H. Cómo escribir y publicar trabajos científicos (Reseña bibliográfica). *Rev Med Chile* 2008; 136: 680
- Reyes H. Psicología general y evolutiva (Reseña bibliográfica). *Rev Med Chile* 2008; 136: 272.
- Reyes H. Dr. Camilo Larraín Aguirre (1918-2007) (Obituario). *Rev Med Chile* 2008; 136: 131-132.

DR. JOSÉ A. RODRÍGUEZ P.

Conferencias Nacionales e Internacionales

Enero 2008

- Reunión Anual del Capítulo Centroamericano del American College of Physicians, Pana-

má. Conferencias: "Manejo actual del nódulo tiroideo"; "Nuevas terapias en osteoporosis".

- Representante del College en la Reunión Anual del Capítulo de Maryland, Baltimore. Conferencia: "Controversies in Endocrine Hypertension: The Case of Primary Aldosteronism".
- Reunión de Invierno del Board of Regents, American.
- College of Physicians, Philadelphia.

Marzo 2008

- Asistencia al Simposio Latinoamericano de Neuroendocrinología, Cartagena de Indias, Colombia.

Abril 2008

- Asistencia a la Reunión del Capítulo Chileno del American College of Physicians, Santiago.

Mayo 2008

- Reunión de Primavera del Board of Regents, American College of Physicians, Philadelphia Internal Medicine 2008, Congreso Anual de Medicina.
- Interna 2008, Washington DC.
- Reunión del International Subcommittee, ACP.
- Representante del College en la Reunión Anual del Capítulo del American College of Physicians en Venezuela, Caracas. Conferencias: "Controversias en el manejo de los nódulos tiroideos benigno" y "El ovario poliquístico y el internista".

Junio 2008

- Conferencia, Academia de Medicina: "Postmodernismo, Ciencia y Medicina".
- Conferencista invitado, Cincuentenario de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Conferencia: "Desafíos del pasado, del presente y del futuro de la endocrinología en Chile".

Julio 2008

- Reunión de Verano del Board of Regents, ACP, Philadelphia.

Septiembre 2008

- Conferencista invitado a la Reunión del Board of Governors del American College of Physicians, Minneapolis. Conferencia: "The Chilean Health Care System. Lessons to be learned".
- Reunión del International Subcommittee, ACP.

Octubre 2008

- Reunión de Otoño del Board of Regents, American College of Physicians.

Noviembre 2008

- Congreso Chileno de Endocrinología y Metabolismo, Puerto Varas.

Publicación

- Fuller Albright, modelo de investigador clínico y endocrinólogo general. Rev. Chil. Endocrinol. Diabetes 2008; 2:127-128.

Cargos:

- Presidente, Comité de Endocrinología, CONACEM.
- Tesorero, Academia de Medicina, Instituto de Chile.
- Miembro del Council, Capítulo Chileno del American College of Physicians.

DR. EDUARDO ROSSELOT J.

Publicaciones:

- En referencia al plagio intelectual. Rosselot E., Bravo M., Kottow M., Valenzuela C., O'Ryan M., Thambo S., Horwitz N., Acevedo I., Rueda L., Sotomayor M.A. (Comisión de Ética, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile).- Rev. Méd. Chile 2008; 136: 653-8.
- Informe sobre la situación actual de la Educación Médica en Chile. Armas-Merino R., Goic A. (eds), Norero C., Rodríguez J.A., Rosselot E., Segovia S. y Valdivieso V. Acad. Med. Inst. Chile. junio, 2008.

Presentaciones y Conferencias:

- Inauguración Curso 1er año Campus Sur 2008. Conceptos básicos y fundamentos de la Medicina: Conferencia: Sentido y evolución de la Medicina. 13 de marzo de 2008.
- Coordinador Módulo Filosofía, Sociología y Política Educacional en Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, 2008 (27, 28 de 03 y 10 y 11 de 04).
- Conferencia sobre: Marco Ético de la Medicina, en Seminario de Ética Médica: Visiones de Ética Médica para el inicio de la práctica profesional del médico. Regional Santiago del Colegio Médico de Chile A.G. 19 de abril / 2008.
- Conferencia sobre Los Fines de la Medicina y el Profesionalismo, en módulo de Bioética Clínica del Diploma y Magíster en Bioética, Departamento de Bioética y Humanidades, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, abril, 23 de 2008.
- Conferencia: Innovaciones en Educación en Ciencias de la Salud, en IX Jornada del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, 16 de mayo de 2008.
- Rosselot E. y Castillo M.- Presentación de: Centro Nacional de Aprendizaje, Desarrollo y Evaluación de Habilidades Clínicas, en IX Jornada del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, 16 de mayo de 2008

- Bogado J., Bogado M., López I. y Rosselot E. Presentación de: Valoración de la docencia de pregrado de Urología por docentes y alumnos en el nuevo escenario hospitalario (Autogestionado en Red). Un estudio cualitativo, en IX Jornada del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, 16 de mayo de 2008.
- Bogado J., Bogado M., López I. y Rosselot E. Presentación de: Logro de competencias de la asignatura de Urología de Quinto Año, percibidos por los alumnos e internos de la Escuela de Medicina, Sede Oriente, en el nuevo escenario Hospitalario Autogestionado en Red, en IX Jornada del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, 16 de mayo de 2008.
- Participación en Seminario “Los Desafíos de la Educación Superior Chilena desde el Informe del Consejo Asesor Presidencial para la Educación Superior”, 10 de junio de 2008, Hotel Crown Plaza, Ministerio de Educación, División de Educación Superior.

Funciones Académicas: Universidad de Chile.

- Director del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, hasta julio de 2008.
- Integrante y Presidente del Comité de Magíster en Bioética. Facultades de Medicina y Filosofía y Educación. Universidad de Chile (4-2003 a 2008).
- Docente del Diploma de Calidad en Salud, programa a distancia de Medichi, Módulo de Calidad y Ética (Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Directora Dra. Gilda Gnecco) (Iniciado en septiembre, 2004-2005-2006-2007- 2008), Diploma de Calidad en la Gestión del Cuidado de Enfermería /2007-2008).
- Coordinador y Docente del Módulo Calidad y Ética, del Diploma de Gestión de Calidad, a distancia, Depto. de Educación en Ciencias de la Salud y MEDICHI, 2008.
- Coordinador y expositor 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. Mayo y junio 2008.
- Docente del módulo electivo “Ética en la Docencia” para el Diplomado en Docencia en Ciencias Biomédicas y el Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, con las conferencias: “Ética en la Docencia. ¿Qué relación hay entre ética y educación?”, “Ética y valores en la educación superior. Una reflexión sobre la enseñanza de la bioética”. 27 y 28 de marzo y 10 y 11 de abril, 2008.

Programa Magíster de Educación en Ciencias de la Salud:

- Integrante del Comité Académico del Programa de Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Presidente: 2007-2008.
- Dirección de Tesis de Magíster:
2006-2008. Drs. Justo Bogado, Miguel Ángel Cuevas
2007-2008. Guido Silva, Olga Acuña
- En realización: 2008.-Drs. Mario Castro, Marco Antonio Rivera (U. Católica del Maule).

Dra. Patricia Gómez, Dr. Iván Iribarra.

- Evaluador de Tesis: Dra. María Cristina Fernández 2007–2008, Catherine González 2008, Paula Soto 2008, Karina Díaz 2008, Bessy Gutiérrez 2008. Catherine Jara Reyes 2008, Evelyn Palominos 2008, Roberto Baechler 2008.

Programa Magíster en Bioética (Facultad de Medicina y Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile):

- Evaluador en Tesis de Edith Mora 2007-2008, Paul Kusz Rivas 2008.

Otras funciones y designaciones Académicas, Societarias y Gremiales

- Presidente de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. (11/ julio/2001 - 2009).
- Integrante del Comité de Evaluación Institucional de la Universidad de Chile (2002-2008).
- Miembro del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile.
- Miembro del Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile A.G.
- Miembro de la Comisión Nacional de Acreditación (CNAChile) (Ley 20129, de Mejoramiento Continuo de la Educación Superior), desde enero 2007, en representación del CRUCH, a proposición del Rector. Sr. Víctor Pérez Vera. Miembro de su Comité Técnico Académico desde abril 2008. Renunció en diciembre 2008.
- Miembro (Coordinador), del Grupo de Organización de un Sistema Nacional de Formación y Evaluación de Competencias Clínicas (SINAFEC).

Distinciones y Premios:

- Medalla Juvenal Hernández Jaque, otorgada por la Universidad de Chile, 10 de septiembre de 2008.
- Socio Honorario Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, diciembre 2008.

DR. BENJAMÍN STOCKINS F.

Conferencias:

- Universidad de La Frontera, Facultad de Medicina: XVI Jornadas de Avances en Medicina Interna, 24 y 25 de abril de 2008.
- Simposium ILIB. Conferencia: "El tratamiento de la Hipertensión Arterial ¿Por qué? ¿Con qué?", 25 de abril 2008, Temuco.
- Programa de Formación Modular en Cardiología: Modulo 1. Cardiopatía Coronaria, con la charla "Tratamiento médico de la angina crónica, desde lo clásico hasta las nuevas

alternativas”, 31 de julio de 2008 en Santiago.

- Curso ILIB: Nuevos Horizontes en Dislipidemias y Factores de Riesgo Cardiovascular. “Manejo Actual del Paciente Hipertenso”, Viña del Mar, 22 y 23 de agosto de 2008.
- Curso Métodos Diagnósticos. Coordinador Módulo de Cardiología, “ECG y Test de Esfuerzo”. Clínica Alemana de Temuco, 24 y 25 de octubre de 2008.
- Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLV Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: Presentación del tema: “Tratamiento Antiplaquetario en SCA en el mediano y largo plazo”, La Serena, 30 noviembre al 3 de diciembre de 2008.
- Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLV Congreso Chileno de Cardiología Y Cirugía Cardiovascular, “Estatinas y Protección Vascular”, Simposio Nocturno, Laboratorio Pfizer La Serena, 30 noviembre al 3 de diciembre de 2008

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:

- World Congress of Cardiology, Buenos Aires, Argentina, 18-21 de mayo de 2008.
- Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: Programa de Formación Modular en Cardiología Año 1: 2008. 31 julio al 2 de agosto de 2008, Santiago.
- European Society of Cardiology. Esc Congreso 2008 – Munich Germany, 30 agosto al 3 de septiembre.
- Cardiovascular Research Foundation. TCT (Transcatheter Cardiovascular Therapeutics), Washington DC. octubre 12 – 17 de 2008.
- Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLV Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: La Serena, 30 noviembre al 3 de diciembre de 2008.

Publicaciones:

- Capítulo de libro de historia de la cardiología chilena, editado por la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Presentaciones a Congresos:

- Revista Chilena de Cardiología: XLV Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: Presentación del tema: "Registro internacional de factores de riesgo y tratamiento de angina inestable e infarto sin elevación de ST; ACCORD (Acute Coronary syndrome Descriptive study). Primeros resultados nacionales. Subanálisis de pacientes tratados mediamente".
- Revista Chilena de Cardiología: Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLV Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, "Registro Internacional de factores de riesgo y tratamiento de angina inestable e infarto sin elevación de ST; ACCORD (Acute Coronary syndrome Descriptive study). Primeros resultados nacionales".
- Revista Chilena de Cardiología: Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLV Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: "Terapia de resincronización ventricular, experiencia inicial en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena – Temuco".

DR. RICARDO UAUY D.*Publicaciones**Libros*

- Koletzko B., editor. Co-editors: Cooper P., Makrides M., Garza C., Uauy R., Wang W. Pediatric nutrition in practice. Basel: Karger; 2008.

Capítulos de libros

- Mena P., Uauy R. Fats. In: Koletzko B., editor; Co-editors: Cooper P., Makrides M., Garza C., Uauy R., Wang W. Pediatric nutrition in practice. Basel: Karger; 2008. p. 47-51.
- Vio F., Uauy R. The sugar controversy. In: Pinstrup-Andersen P., Cheng F., editors. Food policy for developing countries: The role of government in the global food system. Ithaca, New York: Cornell University; 2008.

Revistas internacionales

- Lonnerdal B., Araya M., Uauy R., editors. Molecular biomarkers of copper homeostasis. Proceedings of a symposium held in Viña del Mar, Chile September 26-29, 2007. Am J Clin Nutr 2008; 88(3 Suppl):813S-871S.
- Corvalán C., Uauy R., Flores R., Kleinbaum D., Martorell R. Reductions in the energy content of meals served in the Chilean National Nursery School Council Program did not consistently decrease obesity among beneficiaries. J Nutr 2008; 138(11):2237-2243.
- Uauy R. Undernutrition is undernourished. Public Health Nutr 2008; 11(6):647-649.
- Dangour A. D., Uauy R. N-3 long-chain polyunsaturated fatty acids for optimal function during brain development and ageing. Asia Pac J Clin Nutr 2008; 17 Suppl 1:185-188.
- Corvalán C., Dangour A. D., Uauy R. Need to address all forms of childhood malnutri-

tion with a common agenda. *Arch Dis Child* 2008; 93(5):361-362.

- Galgani J. E., Uauy R. D., Aguirre C. A., Díaz E. O. Effect of the dietary fat quality on insulin sensitivity. *Br. J. Nutr* 2008; 100(3):471-479.
- Uauy R. Do we believe Derek's motive for taking his new job at PepsiCo? *Public Health Nutr* 2008; 11(2):111-112.
- Llanos A., Oyarzún M. T., Bonvecchio A., Rivera J. A., Uauy R. Are research priorities in Latin America in line with the nutritional problems of the population? *Public Health Nutr* 2008; 11(5):466-477.
- Crovetto M., Uauy R. Cambios en la disponibilidad de alimentos en el Gran Santiago por quintiles de ingreso. 1988-1997 (Changes in food availability in Metropolitan Santiago, Chile, according to income (quintiles) 1988-1997). *Arch Latinoam Nutr* 2008; 58(1):40-48.
- Uauy R., Kain J., Mericq V., Rojas J., Corvalán C. Nutrition, child growth, and chronic disease prevention. *Ann Med* 2008; 40(1):11-20.
- Uauy R., Maass A., Araya M. Estimating risk from copper excess in human populations. *Am J Clin Nutr* 2008; 88: 867S-871S.
- Dangour A. D., Breeze E., Clarke R., Shetty P. S., Uauy R., Fletcher A. E. Plasma homocysteine, but not folate or vitamin B-12, predicts mortality in older people in the United Kingdom. *J. Nutr* 2008; 138(6):1121-1128.
- Morris S. S., Cogill B., Uauy R.; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? *Lancet* 2008; 371(9612):608-621.
- Koletzko B., Lien E., Agostoni C., Böhles H., Campoy C., Cetin I., Decsi T., Dudenhausen J. W., Dupont C., Forsyth S., Hoesli I., Holzgreve W., Lapillonne A., Putet G., Secher N. J., Symonds M., Szajewska H., Willatts P., Uauy R.; World Association of Perinatal Medicine Dietary Guidelines Working Group. The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J. Perinat Med* 2008; 36(1):5-14.
- Stanojevic S., Kain J., Uauy R. Secular and seasonal trends in obesity in Chilean preschool children, 1996-2004. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 47(3):339-343.

Premios.

- Rank Prize Lecture Global nutrition challenges for optimal health and well-being. Otorgado por The Nutrition Society (NS) de Inglaterra, julio 2008.
- Premio Scopus Chile 2008: Importante Reconocimiento al Talento Científico Nacional, otorgado por Editorial Elsevier y la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, CONICYT. Santiago, 18 noviembre 2008.
- Obtención del premio The Professor Esna W. Park Lecture for 2008, en reconocimiento del The Household Science & Nutritional Sciences Alumni Association, organizada por la Universidad de Toronto. Canadá 9 de octubre del 2008.

Participación de congresos y simposios

- Conferencia Plenaria sobre “Prevención de Cánceres a través del curso vital” e “Importancia de las Investigaciones internacionales sobre Nutrición y Cáncer: desarrollando redes de investigación” en el “III Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer – Cbnc” International Conference of Nutritional Oncology e Ganepao 2008” . Sao Paulo, Brasil 17 -19 de junio.
- Conferencia en el “World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (WCPGHAN)”, del cual además participó como Miembro del Comité Científico. Iguassu, Brasil 17 al 20 de agosto del 2008.
- Conferencista en el “International Congress of Dietetics (ICD), organizado por el The Japan Dietetic Association. Yokohama Japón 08 al 11 de septiembre del 2008.
- Conferencia en el Symposium 3rd Africa Nutrition Epidemiology Conference ANECIII, organizado por National Research Center Cairo. Cairo Egipto, 13 al 16 de octubre del 2008.
- Conferencias en el Conference 2008 Cancer Prevention A Life course Approach organizado por World Cancer Research Fund Hong Kong. 16 al 21 de octubre, Hong Kong China.
- Participación en Reunión “75th Meeting of Board of Trustees”, organizado por The Pan American Health and Education Foundation. 30 y 31 de octubre, Washington DC, USA.
- Conferencia de Clausura en el VIII Congreso Argentino de Obesidad y Trastornos Alimentarios “¿Grasa o peso?: la punta del iceberg” organizado por la Sociedad Argentina de Obesidad. Rosario, Argentina 1 de noviembre del 2008.

DRA. GLORIA VALDÉS S.*Docencia:**Pregrado*

- Nefrología ambulatoria: 2 periodos de 2 semanas cada uno. 4º año Medicina PUC.
- Seminarios Curso Nefrología 4º Año Medicina PUC, octubre.
- Tutoría Ayudantes Alumnos especiales Escuela Medicina PUC (2).

Postgrado

- Seminario Preeclampsia, Programa Doctorado en Ciencias Médicas, abril
- “Hipertensión secundaria”. Curso Avances en Medicina Interna, Sociedad Médica Santiago, abril.
- “Papel de calicreína y cininas en PE”. Curso Postgrado Tópicos de Medicina Materno Fetal, Escuela Medicina Universidad de Chile.
- “Dieta e Hipertensión Arterial”. Diplomado Dieta y Salud, Universidad Católica, abril.

Investigación:

- Proyectos investigación: FONDECYT 1080228: "Efectos materno-fetales del bloqueo de la síntesis de óxido nítrico, durante la gestación temprana y de la posterior intervención con L-arginina en la cobaya. Aprobado en diciembre. Investigador Principal.

Presentaciones en Congresos:

- "Remote Hypertension in Pregnancy and Coronary Artery Disease". Congreso International Society Hypertension in Pregnancy, Washington, DC, septiembre.
- "Enfermedad coronaria y síndromes hipertensivos del embarazo". Congreso Sociedades Chilenas Hipertensión Arterial, Nefrología y Trasplante Renal, Pucón, octubre.
- "Asociación entre enfermedad coronaria y síndromes hipertensivos del embarazo". Congreso Sociedad Chilena Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Serena, diciembre.

Publicaciones:

- "La Clínica y el Laboratorio de Investigación. ¿Dos realidades incompatibles?" Boletín Academia Chilena de Medicina 2007; XLIV:59-67.
- "ACE2 and ang-(1-7) in the rat uterus during early and late gestation". Neves LA, Stovall K, Joyner J, Valdés G, Gallagher PE, Ferrario CM, Merrill DC, Brosnihan KB. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2008;294:R151-61.
- "Angiogenic, hyperpermeability and vasodilator network in utero-placental units along pregnancy in the guinea-pig (*Cavia porcellus*). Valdés G, Erices R, Chacón C, Corthorn J. Reprod Biol Endocrinol. 200; 6:13.

Conferencias

- "Emergencia Hipertensiva" y "Hipertensión y embarazo". Sociedad Médica Valdivia, abril.
- "Hypertension in pregnancy". World Congress Cardiology. Buenos Aires, mayo.
- "Hipertensión y embarazo. Hipertensión crónica versus preeclampsia". Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Programa de Formación Modular en Cardiología Curso Modular de Formación en Cardiología, junio.
- "Factores a considerar en relación a la mujer y a la HTA". Jornadas Sociedad Chilena Hipertensión Arterial. Santiago, agosto.
- "Adaptaciones circulatorias de la madre en el embarazo". Programa Explora. Liceo Técnico Profesional Buin, noviembre.

Otros:

- Miembro Comisión Ética de la Dirección de Investigación. Escuela de Medicina, Pont. Universidad Católica de Chile.

Asistencia:

- Atención mensual de pacientes hipertensos en Centro Médico San Joaquín

Actividad Administrativa

- Jefatura Laboratorio de Nefrología, Departamento de Nefrología. Escuela de Medicina, Pont. Universidad Católica de Chile

DR. VICENTE VALDIVIESO D.*Representaciones*

- Representante de la Academia de Medicina en el Directorio de CONACEM.
- Representante de la Academia de Medicina en el Consejo Nacional del AUGE.
- Presidente del Comité Consultivo para la acreditación del postítulo en el área de Salud – Comisión Nacional de Acreditación.
- Miembro del Comité de seguimiento de proyectos de investigación en el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS).

Publicaciones

- V. Valdivieso. "La enseñanza de la Medicina en el siglo 21: Fundamentos y desafíos". ARS MEDICA 2007; 15:15-31

DR. JUAN VERDAGUER T.*Distinciones*

- International Council of Ophthalmology.
- Nombrado "Chairman, International Task Force on Continuing Education in Ophthalmology".

Conferencias culturales

- "Arte y Medicina". Academia Chilena de Medicina. 4/06/2008.
- Jornada de Oftalmología, Viña del Mar. 27/09/2008.
- Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Concón 4/04/2008.
- "José Rizal". Congreso Mundial de Oftalmología. Hong-Kong. 09/2008.
- "D'Annunzio". Congreso Chileno de Oftalmología. Puerto Varas. 12/12/2008.

Presentaciones

- Síndrome de enmascaramiento. Simposio Correlaciones Clínico Patológicas. XV Curso Regional Panamericano de la Asociación Pan Americana de Oftalmología. Punta del Este 7/03/2008.
- El Electro retinograma multifocal en las maculopatías. Punta del Este 7/03/2008.
- Sociedad Chilena de Oftalmología. Actualidades en Polo Posterior: retinopatía diabética 18/04/2008.
- Tumores vasculares del fondo de ojo. III Congreso de la Sociedad Pan Americana de Retina y Vítreo. Isla Margarita, Venezuela. 10/05/2008.
- Taller "Correlaciones Clínico-Patológicas". Proliferaciones melanocíticas uveales bilaterales difusas. 13/06/2008.
- Tratamiento del edema macular diabético: ¿en qué estamos? 5° Curso Universitario Internacional de Oftalmología. Universidad de Chile, 26/07/2008.
- Retinopatía diabética en Chile. III Congreso Iberoamericano Visión 2020. International Agency for the Prevention of Blindness. Buenos Aires. 27/08/2008.
- WOC. Developing and Implementing Care. Improvement Plan. Hong Kong, 09/2008.
- Clasificación de la Retinopatía Diabética. Jornadas Oftalmológicas. Viña del Mar, 27/09/2008.
- Retinopatía diabética. Lo Mejor de la Academia en Español. American Academy of Ophthalmology. 12/11/2008. Atlanta, USA.
- Lo Mejor de la Academia: Diabetes. Congreso Chileno de Oftalmología. Puerto Varas. 11/12/2008.
- Síndrome de delección del cromosoma 13. Puerto Varas. 12/12/2008.
- Panfotocoagulación en la práctica del Oftalmólogo General. Puerto Varas. 13/12/2008.
- Desgarros del epitelio pigmentario y Bevacizumab. Puerto Varas. 13/12/2008.
- Historia natural de la retinopatía diabética en un estudio a largo plazo de pacientes con Diabetes Tipo 1. Factores de riesgo para la progresión a enfermedad proliferativa (Drs. J. Verdaguer T. M. Zanolli, G. Sepúlveda y M. García de los Ríos) Congreso Chileno de Oftalmología. Puerto Varas, 11/12/2008.

Publicaciones

- Martínez E., Abusleme E., Seleme N., Valenzuela H., Verdaguer T. J. Epidemiología de las lesiones conjuntivales y su correlación clínico-patológica. Arch. Chil. Ocul; 2008; 65:43-53.
- Verdaguer T. Actualità 'nel trattamento dell'edema maculare idabeticvo. Highlights ofr Ophthalmology. Edizione Italiana 2007; 35: 23-26.
- Manifestaciones Oculares del SIDA. Capítulo del Libro SIDA, en prensa. Dra. Cecilia Sepúlveda, Dr. Alejandro Afani, editores. Editorial Mediterráneo.

-
- Diagnosis and Treatment of Diabetic Macular Edema Application of Optical Coherent Tomography. Chapter 14 de "Optical Coherence Tomography. Atlas and Text". Highlights of Ophthalmology International. 2008.
 - Macroaneurismas arteriales retinianos. (Capítulo 20).
 - Vasculitis retiniana idiopática, aneurismas y neuroretinitis /Síndrome IRVAN (Capítulo 21).
 - En libro "Retina Médica Temas Selectos". Editor Fernando Arévalo. Editorial: AMOL-CA. ■

DRA. SILVIA SEGOVIA POLLA¹

La Academia de Medicina del Instituto de Chile concurre hoy a este camposanto a despedir a una de sus más distinguidas y queridas académicas, la Dra Silvia Segovia Polla. Lo hacemos con tristeza pero, al mismo tiempo, con la satisfacción de haber tenido la oportunidad de compartir la vida universitaria y sus avatares, por muchos años, con una doctora de excepción y amiga fiel.

Graduada en la Universidad de Chile en 1951 con distinción máxima, se le concedió el Premio de la Asociación de Mujeres Universitarias, un augurio de lo que sería su brillante carrera profesional. Luego de una Residencia en Obstetricia y Ginecología en los Estados Unidos y de un programa de especialización en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se desempeñó en el Hospital San Juan de Dios por más de cuatro décadas. Dedicada a la asistencia médica, a la docencia e investigación universitarias, sus méritos la condujeron a ascender progresivamente en la carrera académica hasta alcanzar la jerarquía de Profesor Titular en 1972, ratificada en 1983; a ejercer la Presidencia de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y a ser designada Maestra de la Ginecología Chilena y Maestra de la Obstetricia Chilena y Latinoamericana en 1993. Como muestra de su dedicación a la profesión y su deseo de contribuir al progreso de su especialidad, fue miembro fundador de las sociedades chilenas de Endocrinología y Metabolismo, de Fertilidad, de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia, de Colposcopia, de Patología del Tracto Genital Inferior Femenino y de Menopausia.

Su extensa y fructífera labor en Ginecología y educación médica, particularmente en el postgrado, tuvieron un amplio reconocimiento de sus pares y de las instituciones profesionales. Fue designada Miembro Honorario de todas las sociedades de la especialidad a las que perteneció; la American Fertility Society la nombró como uno de sus miembros; la Universidad de Chile le otorgó el Premio Amanda Labarca 1998 por su destacada labor universitaria; la Academia de Medicina, en reconocimiento a su trayectoria y méritos profesionales y académicos, la eligió Miembro de Número en 1995, desempeñándose además por muchos años como su Secretaria Académica. Recibió una mención especial de reconocimiento a las mujeres obstetras y ginecólogos del mundo entero en el XV Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia realizado en 1997 en Dinamarca.

Sin perjuicio de estar dedicada de lleno a su profesión, dedicó parte de su tiempo a ayudar a mujeres en situación desmedrada y a la educación y capacitación de las jóvenes.

Silvia era una persona llana, espontánea, directa y generosa, un espléndido ser humano, siempre dispuesta a servir a los demás. Los últimos años de su vida no le fueron fáciles por razones de salud, pero -signo de su entereza- continuó en el ejercicio activo de su profesión y en las actividades académicas que la motivaban, particularmente en nuestra Academia de Medicina, en la que colaboró generosamente.

1 Palabras del Presidente de la Academia Chilena de Medicina en los Funerales de la Académica de Número y Secretaria Dra. Sylvia Segovia Polla. 15 de enero, 2008.

Quiero expresar en nombre de la Academia nuestro respeto y admiración por Sylvia Segovia. Damos nuestras sentidas condolencias a su esposo, nuestro colega y amigo Dr. Esteban Parrochia, a sus hijos y nietos. Nos queda el consuelo de recordar una vida plena de realizaciones, de dedicación a su familia y a la medicina, y la esperanza de que el Señor le ha de otorgar la paz eterna.■

DR. ALEJANDRO GOIC G.

DR. EDMUNDO ZIEDE ABUD¹

Con profundo pesar cumpla con comunicar a ustedes el fallecimiento, a los 91 años de edad, de nuestro distinguido Académico Correspondiente Dr. Edmundo Ziede Abud. Graduado de médico cirujano en la Universidad de Chile en 1943; se especializó en Urología en el hospital Barros Luco y siguió cursos de perfeccionamiento en el Hospital Necker de París, en el Instituto de Urología de Barcelona y en Servicios de Urología de New York, Madrid y Miami. Radicado en Antofagasta en 1947, prestó servicios en el antiguo hospital Salvador de esa ciudad y, luego, en el Hospital Regional, cuya creación fue impulsada por él. Se desempeñó por más de 30 años como jefe del Servicio de Urología, siendo precursor a nivel regional de diversos tratamientos endoscópicos; también se desempeñó como Director del Hospital Regional. Luego de 37 años de servicio, se acogió a jubilación sin abandonar el ejercicio privado de la profesión. Fue el creador y director de la Clínica Antofagasta, el establecimiento privado de salud más importante de la región.

El Dr. Ziede fue un líder social y una figura pública, destacándose en diversos ámbitos de la vida ciudadana. Participó activamente en la campaña pública para denunciar la presencia de arsénico en el agua potable de la población. Integró el comité gestor de la sede Antofagasta de la Universidad de Chile, impulsando la creación de las carreras de enfermería, obstetricia y tecnología médica. Coordinó el internado en Antofagasta de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Presidió la Sociedad Médica de Antofagasta y dirigió la Revista Médica del Norte. Fue Presidente del Consejo Regional Antofagasta del Colegio Médico de Chile. A través del Rotary Club del cual fue Presidente, creó el Hogar Universitario y otros centros para atender niños en situación irregular y discapacitados. Fue, además, un destacado Presidente del Club de Deportes Antofagasta.

La Academia de Medicina en reconocimiento a su trayectoria lo nombró Miembro Correspondiente en 1986. En 1989, recibió el Ancla de Oro, distinción otorgada por la ciudad por su aporte a la salud, al deporte y los desvalidos.

La Academia de Medicina guarda un minuto de silencio en memoria del Dr. Edmundo Ziede A. ■

DR. ALEJANDRO GOIC G.

1 Palabras del Presidente de la Academia de Medicina en la Sesión Ordinaria de fecha 1 de octubre, 2008.

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

2008

ALEJANDRO GOIC GOIC

Presidente

RODOLFO ARMAS MERINO

Secretario

JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES

Tesorero

ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE PRECEDENCIA ¹

Nombre	Fecha Incorporación	Nº Sillón
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

1 Llevan un † los académicos que han fallecido durante el año.

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. Valeria Prado Jiménez	Electa	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
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	19 de Abril de 2007	13
36. Luigi Devoto Canessa	15 de Mayo de 2008	36

*RELACION 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

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.

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 Académico Dr. Aníbal Ariztía A.

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

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 Académico Dr. Roberto Barahona Silva

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

Jaime Pérez Olea

Fecha de incorporación: 8 de mayo de 1985

Discurso de Incorporación: *"Reactividad cardiovascular: del órgano aislado al ser humano"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Luis Hervé L.

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.

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 Polla

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 Beguin

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 Académica Dra. Gloria López Stewart

Mireya Bravo Lechat

Fecha de incorporación: 19 de abril de 2007

Discurso de Incorporación: *"El aporte de la bioética a la humanización de la medicina"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo

Luigi Devoto Canessa

Fecha de incorporación: 15 de mayo de 2008

Discurso de Incorporación: *"La fertilidad de la mujer a través de la historia"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Fernando Cassorla Goluboff

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL PAÍS

NOMBRE	AÑO DE INCORPORACIÓN	LUGAR
1. Adolfo Reccius Ellwanger	1975	Valparaíso
2. Fernando Oyarzún Peña	1978	Valdivia
3. René Guzmán Serani	1983	Valdivia
4. Fructuoso Biel Cascante	1984	Concepción
5. Gonzalo Ossa Abel	1984	Temuco
6. Hernán Sudy Pinto	1984	Arica
7. Luis Cabrera Spiess	1986	Ovalle
8. Carlos Martínez Gaensly	1986	Concepción
9. Edmundo Ziede Abud †	1986	Antofagasta
12. Alberto Gyhra Soto	1989	Concepción
13. Elso Schiappacasse Ferreti	1989	Concepción
14. Benjamín Stockins Fernández	1993	Temuco
15. Juan Donoso Muñoz	1998	Concepción
16. Sergio Mezzano Abedrapo	2001	Valdivia
17. Jaime Duclos Hertzner	2002	Valparaíso
18. Eduardo Fasce Henry	2002	Concepción
19. Octavio Enríquez Lorca	2007	Concepción

ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES

NOMBRE	AÑO DE ELECCIÓN
1. Héctor Croxatto Rezzio	1974
2. Luis Vargas Fernández	1981
3. Jorge Allende Rivera	1988
4. Roque Kraljevic Orlandini	1988
6. Ramón Ortúzar Escobar	1991
7. Mons. Bernardino Piñera Carvallo	1991
8. Jorge Kaplán Meyer	1995
10. Felipe Cabello (reside en EE.UU.)	1998
11. Rafael Parada Allende	2003
12. Sergio Peña y Lillo Lacassie	2003
13. Carmen Velasco Rayo	2004
14. Francisco Beas Franco	2006

15.	Lorenzo Cubillos Osorio	2006
16.	Enrique Fanta Núñez	2006
17.	Alberto Gormaz Balierio	2006
18.	Mauricio Parada Barrios	2006
19.	Enrique López Caffarena	2007
20.	Carlos Quintana Villar	2007
21.	Antonio Arteagas	2008
22.	Marcela Contreras (reside en Inglaterra)	2008
23.	Jorge Rakela (reside en EE. UU.)	2008

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL EXTRANJERO

1.	Carlos Eyzaguirre	1978	(EE.UU.)
2.	H. Cecil Coghlan	1984	(EE.UU.)
3.	Jorge Litvak	1993	(EE.UU.)

ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

AÑO DE ELECCIÓN

AMÉRICA

Brasil

Dr. José Fernández Pontes	1978
Dr. Horacio Knesse de Mello	1978
Dr. José Ribeiro Do Valle	1979

Colombia

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 N áquira 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

Alemania

Dr. Christoph Mundt	2008
---------------------	------

España

Dr. Valentín Matilla	1981
Dr. Benigno Lorenzo Velázquez	1986
Dr. Diego Gracia Guillén	2001
Dr. Héctor Pelegrina Cetrán	2007

Polonia

Dr. Zdzislaw Jan Ryn	1993
----------------------	------

DIRECTORIOS DE LA ACADEMIA

Presidentes

1964 - 1969	Dr. Armando Larraguibel
1969 - 1973	Dr. Víctor Manuel Avilés
1973 - 1975	Dr. Juan Wood Walters
1975 - 1976	Dr. Aníbal Ariztía Ariztía
1977 - 1987	Dr. Amador Neghme Rodríguez
1987 - 1997	Dr. Armando Roa Rebolledo
1997 - 2000	Dr. Jaime Pérez Olea
2001 a la fecha	Dr. Alejandro Goic Goic

Secretarios

1964 - 1969	Dr. Alfonso Asenjo
1970 - 1975	Dr. Hernán Romero
1976 - 1978	Dr. Roberto Estévez Cordovez
1977 - 1985	Dr. Ernesto Medina Lois
1986 - 1987	Dr. Alberto Donoso Infante
1987 - 1996	Dr. Jaime Pérez Olea
1987 - 1997	Dr. Jaime Pérez Olea
1997 - 2007	Dra. Sylvia Segovia
2008 a la fecha	Dr. Rodolfo Armas Merino

Tesoreros

1964 - 1965	Dr. Alfonso Asenjo
1965 - 1969	Dr. Víctor Manuel Avilés
1969 - 1976	Dr. Walter Fernández
1977 - 1980	Dr. Aníbal Ariztía
1981 - 1984	Dr. Víctor Manuel Avilés
2001- 2007	Dr. Rodolfo Armas Merino
2008 a la fecha	Dr. José Adolfo Rodríguez Portales

ACADÉMICOS DE NÚMERO FUNDADORES*

Dr. Emilio Croizet
 Dr. Armando Larraguibel M.
 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. Amador Neghme Rodríguez

Dr. Víctor Manuel Avilés Beúnza

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 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.

ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE SILLÓN
DESDE LA FUNDACIÓN

SILLÓN NÚMERO 1:

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 Valdívieso 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 Risseti (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)
Dra. Mireya Bravo Lechat

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

(enero 2008)

Dra. Valeria Prado Jiménez

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 1987)

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 Beguin

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

Dr. Luigi Devoto Canessa

OBITUARIO DESDE LA FUNDACIÓN
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Académicos de Número	N° de Sillón	Fecha Fallecimiento
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	Septi. 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
Dra. Sylvia Segovia Polla	16	Enero 2008

Académicos Correspondientes y Honorarios

Fecha Fallecimiento

Dr. Ottmar Wilhelm (Corresp.) ²	Junio 1974
Dr. Alejandro Garretón (Hon.) ³	Enero 1979
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.)	Diciem. 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

1 Académico Correspondiente

2 Académico Honorario

Dr. Aníbal Scarella Calandroni (Corr.)	Mayo 1996
Dr. Claudio Zapata Ormeño (Corr.)	Sept. 1996
Dr. Ramón Valdivieso Delauney (Hon.)	Diciem. 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.)	Noviem. 1998
Dr. Mario Plaza De Los Reyes (Hon.)	Abril 1999
Dr. Ivar Hermansen Pereira (Corr.)	Diciem. 1999
Dr. Abraham Horvitz (Hon.)	Julio 2000
Dr. Jorge Alvayay 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. Miguel Ossandón Guzmán (Hon.)	Enero 2003
Dr. Jorge Otte Gabler (Hon.)	Febero 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.)	Noviem. 2004
Dr. Mario Herrera Moore (Hon.)	Marzo 2006
Dr. Helmut Jaeger Luncke (Hon.)	Noviem. 2006
Dr. Ítalo Caorsi Chouquer (Corr.)	Noviem. 2006
Dr. Ernesto Mundt Flushmann (Corr.)	Febrero 2007
Dr. Sergio de Tezanos-Pinto Schoumburgk (Corr.)	Mayo 2007
Dr. Sergio Lecannelier Rivas (Hon.)	Junio 2007
Dr. Camilo Larraín Aguirre (Hon.)	Julio 2007
Dr. Edmundo Ziede Abud (Corr.)	Septiem. 2008

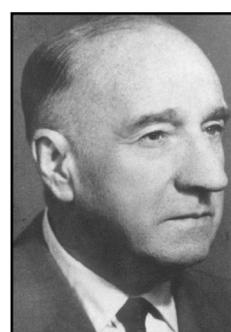
EX- PRESIDENTES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA
DEL INSTITUTO DE CHILE



DR. ARMANDO LARRAGIBEL 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 NEGHEME R.
PRESIDENTE
(1977-1987)



DR. ARMANDO ROA R.
PRESIDENTE
(1987-1997)



DR. JAIME PÉREZ OLEA
PRESIDENTE
(1997-2000)

