BOLETÍN
DE LA
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Fundado en 1966

Nº XLVIII 2011 ISSN: 0716 - 2588

BOLETÍN

DE LA

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

N° XLVIII, 2011

EDITOR: DR. ALEJANDRO GOIC G.

ISSN: 0716 - 2588

REPRESENTANTE LEGAL
Dr. *Rodolfo Armas M.*

DIRECCIÓN POSTAL
CLASIFICADOR 1349
SANTIAGO - CHILE

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

Se acepta canje con revistas similares.

Diagramación e Impresión Digital
Gráfica LOM
Concha y Toro 25, Santiago de Chile
Fono: 6722236
Fax: 6730915
Se terminó de imprimir en
Febrero de 2012

ÍNDICE

CONFERENCIAS ACADÉMICAS 9-152

Claude Bernard 1813-1878 11-25
Monseñor Dr. Bernardino Piñera C.

Nuevos desafíos en tuberculosis..... 27-41
Dr. Victorino Farga C.

El legado de Göethe 43-55
Dr. Otto Dörr Z.

Autopsia: crónicas de un patólogo..... 57-66
Dr. Jorge Las Heras B.

Una mirada a la investigación biomédica actual en Chile 67-89
Dra. Gloria Valdés S.

Perfil de egreso de las escuelas de medicina ASOFAMECH 91-101
Dra. Colomba Norero V.

La antropología médica de la Escuela de Heidelberg y su relevancia
para las concepciones éticas 103-121
Dr. Fernando Lolas S.

La acreditación de especialidades médicas: presente y perspectivas 123-135
Dr. Vicente Valdivieso D.

La herencia de Hipócrates..... 137-152
Dr. Alejandro Goic G.

DISCURSOS DE INCORPORACIÓN Y DE RECEPCIÓN
DE ACADÉMICOS 153-162

Desde cristales a autoinmunidad. Cuatro décadas de reumatología en la
Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile..... 155-158
Dr. Sergio Iacobelli G.

Recepción del Prof. Dr. Sergio Iacobelli Gabrielli, como Miembro
de Número en la Academia de Medicina del Instituto de Chile 159-162
Dr. Vicente Valdivieso D.

SEMINARIO: DESAFÍOS ACTUALES DE LA BIOÉTICA CLÍNICA ... 163-246

Introducción 165-165
Dra. Mireya Bravo L.

EXPOSICIONES **167-212**

Bioética: pasado, presente y futuro. una perspectiva personal 167-177
Dr. Fernando Lolas S.

Los comités de bioética en Chile: su rol y realidad de funcionamiento... 179-184
Dr. Ricardo Vacarezza Y.

Desafíos en los campos clínicos: docencia de la bioética 185-192
Dr. Patricio Michaud Ch.

La toma de decisiones en ética clínica 193-203
Dr. Juan Pablo Beca I.

Decisiones en pacientes con capacidad disminuida 205-212
Dr. Miguel Kottow

TALLERES **213-246**

Taller: Problemas éticos al final de la vida. Una mirada
de aproximación desde la práctica 213-220
Dr. Armando Ortiz

Taller: Ética de la relación clínica: secreto médico, confidencialidad,
comunicación de la verdad 221-224
Dr. Ivan Pérez y Dr. Sergio Valenzuela

Taller: Cuándo y cómo limitar tratamientos 225-227
Dr. Alejandro Goic y Dr. Carlos Echeverría

Taller: Medicina paliativa 229-239
Dr. Aurelio Carvallo 229-231
Dra. Paulina Taboada 233-239

Taller: Conflictos de intereses en la práctica médica 241-246
Dr. Rodrigo Salinas y Dr. Mauricio Besio

DOCUMENTOS 247-270

Cuenta del Presidente de la Academia Chilena
de Medicina 2001-2010 249-265
Dr. Alejandro Goic G.

Informe anual del Presidente de la Academia Chilena de Medicina 267-270
Dr. Rodolfo Armas M.

OBITUARIO 271-275

El Profesor Dr. Elso Schiappacasse Ferreti (1927-2011) 271-272
Dr. Octavio Enríquez L.

El Profesor Dr. Luis Vargas Fernández (1912-2011) 273-275
Dr. José A. Rodríguez P.

ANEXO 277-321

Distinciones recibidas, publicaciones y actividades académicas
y culturales de los miembros de la Academia de Medicina 277-305

Membresía de la Academia Chilena de Medicina 307-321

CONFERENCIAS ACADÉMICAS

CLAUDE BERNARD
1813 - 1878[1]

+ Dr. Bernardino Piñera C.

Arzobispo Emérito de La Serena
Académico Honorario

1.- Buscando su camino 1813-1839

Claude Bernard nació en Saint-Julien, aldea vecina de Villefranche, en el Beaujolais, zona reputada por sus vinos, a pocos kilómetros de Lyon. Sus padres eran modestos viñadores que vivían en una casa pequeña y pobre, convertida hoy día en museo. Con el correr del tiempo Claude Bernard compró la casa vecina, que era un poco mejor y la unió a su casa paterna. Allí pasaba sus vacaciones. A partir de 1860, cuando tuvo su primera enfermedad seria, se acostumbró a pasar temporadas largas en su pueblo natal. Ahí revivía con el perfume de los pámpanos toda su vida se interesó por los viñedos. Allí, probablemente, encontraría a su madre, mujer piadosa y apacible, a quien mucho quiso y que murió cuando él ya tenía 54 años. Hallaría cerca de ella la paz que no encontraba en su hogar de París.

Su padre murió teniendo Claudio 34 años. No parece haber tenido influencia en su vida.

Sus primeros estudios fueron con el párroco del lugar y en algunas escuelitas vecinas, incluso en un colegio jesuita. No se sabe que haya sido un alumno destacado.

A los 19 años se fue a Lyon como ayudante de un farmacéutico. Más que preparar recetas, le tocaba llevar los remedios a domicilio y cobrar las cuentas. Poco se metía con los remedios. Sin embargo, alcanzó a darse cuenta cómo su jefe, el farmacéutico, preparaba la "teriaca", el famoso remedio cuya fórmula se atribuía a Galeno y que debía mejorar todas, o casi todas las enfermedades. Claudio observaba como su patrón metía a la olla, donde se cocinaba esta famosa panacea todo lo que le sobraba de cualquier otra receta. Allí empezó a perder el respeto por la farmacia y por la terapéutica de su tiempo.

En 1834, a los 21 años, se fue a París. Allí dio su bachillerato.

Llevaba consigo algunas obras de teatro escritas por él, una de las cuales se había representado, con cierto éxito, en el vecindario. Llevaba también un drama en cinco actos, "Arturo de Bretaña". Un ilustre crítico literario, Saint-Marc Girardin, que

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 6 de abril de 2011.

era amigo de su familia, después de leer estas obras, le aconsejó que renunciara a una carrera literaria: no le veía dotes para ello.

Entonces el joven Claudio se inscribió como alumno en la Escuela de Medicina; tenía ya 21 años. No se destacó en sus estudios, talvez porque era muy pobre y carecía de lo más elemental para estudiar y aun para comer. Pudo sin embargo presentarse al concurso del "Internado". De 29 candidatos aceptados, él ocupó el 26º puesto. Le tocó ser interno en el Hotel-Dieu de París, en el servicio de François Magendie (1783-1834). Magendie era internista y practicaba con éxito su profesión. Era también profesor en el Colegio de Francia y se dedicaba con pasión a la fisiología, usando de la vivisección, lo que era poco común en su tiempo.

2.- En la escuela de Magendie 1839-1854

De 1841 a 1847 Claude Bernard será "preparador" de Magendie, en el Colegio de Francia, donde éste tenía su laboratorio. Él también tuvo un pequeño laboratorio privado donde practicaba ya la vivisección a pocos pasos del "Procope", el restaurante más antiguo de París, donde almorzaron Voltaire, Robespierre, Bonaparte y muchos otros y que todavía está allí.

En 1847, teniendo él 34 años, Magendie lo deja como "suplente" en el Colegio de Francia y siete años más tarde lo reemplazará como profesor "titular".

El Colegio de Francia es una especie de universidad libre, que no da títulos profesionales pero que ofrece cátedras a las personas que se destacan en cualquier ramo del saber. Claude Bernard aprovechó su cátedra y el laboratorio adjunto para seguir su trabajo de investigación, incluyendo la vivisección, y dar un curso, no para alumnos ordinarios de medicina sino para cualquier interesado, donde exponía, incluso con experimentos en vivo, sus investigaciones personales.

A los 35 años Claude Bernard contribuye a la fundación de la Sociedad de Biología, de la cual será su primer vice-presidente y en la cual expondrá, a lo largo de su vida, muchos de sus trabajos originales. Es el año de la Revolución del 48, que derrocó al gobierno de Luis-Felipe y estableció la Segunda República, la que pasó, poco a poco, bajo el poder de Napoleón III, quien estableció el IIº Imperio y gobernó Francia, como dictador, hasta 1870, cuando la derrota de Francia en su guerra con Alemania lo obligó a renunciar y a partir en exilio al extranjero.

En 1850 presenta su candidatura a la Academia de Ciencias y no es elegido; lo será cuatro años después, en 1854, a los 41 años.

Ese mismo año es nombrado profesor de fisiología general en la Facultad de Ciencias de París. Da sus clases en la Sorbonne. Ahí dicta un curso normal de fisiología para estudiantes de medicina o de otras carreras.

En 1855, teniendo él 42 años, muere Magendie, su maestro y él sigue como profesor en el Colegio de Francia. Ha llegado a la cumbre de su carrera docente.

3.- Un sabio ilustre 1855-1878

A partir de esa época va dejando paulatinamente de lado sus grandes investigaciones fisiológicas y se dedica más a problemas de biología general e incluso de filosofía de la ciencia. Es en ese tiempo cuando va precisando poco a poco sus conceptos de "medio interno"; cuando trata de clarificar sus ideas sobre "determinismo" y de tomar posición frente al "positivismo".

En 1860, a los 47 años, sufre la primera crisis seria de su enfermedad –una enteritis ulcerosa, al parecer– y va a buscar alivio a Saint-Julien, su pueblo natal, donde, probablemente, encuentra a su madre que le trae paz.

En 1865 y luego en 1867, va a tener recaídas serias de la misma enfermedad y pasará largas temporadas en su pueblo natal. En 1867, teniendo él 54 años, muere su madre.

En 1865, a los 52 años, ha salido la primera edición de su "Introducción al Estudio de la Medicina Experimental". Es su obra maestra. Es una reflexión filosófica sobre el método de la investigación científica, sobre la experimentación. Refleja su larga experiencia como experimentador y como vivisector, su preocupación filosófica por pisar firme, sin meterse en temas que lo sobrepasan y que no le interesan.

En 1869, a los 56 años, retoma su curso en el Colegio de Francia, que lo había suspendido por causa de su enfermedad. Entretanto, su cátedra de la Facultad de Ciencias ha sido trasladada al Museum de Historia Natural, que es un alto centro para el estudio de la zoología, de la botánica y de la biología incipiente. Ahí empieza a dedicarse más a los temas de biología general. Hace investigaciones con animales inferiores y con plantas, por ejemplo estudia el efecto anestésico del éter sobre las plantas.

En 1869, ya es un hombre ilustre. Es designado miembro de la Academia Francesa que, siendo antes que nada una reunión de expertos en la lengua francesa y de escritores célebres, tiene por norma elegir entre sus miembros a algún político, algún militar o algún sabio ilustre, aunque no sea literato. Claude Bernard prepara minuciosamente su discurso de admisión en que se esfuerza por definir su postura intelectual, sin aparecer más materialista que lo que es, ni tampoco presentarse como un creyente o un hombre espiritualista. Su discurso pareció débil a unos y a otros y no dejó plenamente contento a nadie.

Ese mismo año es nombrado, por Napoleón III, Senador. El dictador, presintiendo su caída, busca la amistad de un hombre que no había sido nunca partidario de él. Talvez no alcanzó Claude Bernard a asistir a alguna reunión del Senado. La guerra franco-prusiana acabó con el régimen, y con su senaturía.

Ese mismo año se separa de su esposa y de sus dos hijas, con quienes la vida se le ha hecho insoportable. Arrienda un pequeño departamento en la Rue des Ecoles, frente a su laboratorio del Colegio de Francia y ahí vivirá hasta su muerte.

En su soledad fue amigo de una dama polaca, María Sarah Rafalovich, con quien mantuvo una correspondencia interesante. La guerra de 1870 y 71 lo entristeció. Se acentuaron en él los sentimientos anti-alemanes que lo alejaron de algunos grandes sabios de ese país, como Ludwig y Virchow, cuyas obras él mismo había traducido al francés y leído con mucho interés.

Finalmente murió en 1878, a los 65 años de edad. El Gobierno le hizo exequias nacionales. Fueron saludadas por la prensa como el reconocimiento que hacía la Tercera República y Francia entera al valor de la ciencia.

Los habitantes de su pueblo natal, Villefranche, reunieron una suma de dinero para que se levantara una estatua al hijo ilustre de su pueblo. El alcalde se negó a autorizar la realización del proyecto, aludiendo que Claude Bernard había sido senador "nombrado por Napoleón III" y que era "separado de su esposa". La pequeñez local echaba una pobre sombra sobre su grandeza universal.

4.- Su matrimonio y su familia

Cuando se recibió de médico, en 1843, al ver las grandes dificultades económicas que se oponían a que se dedicara plenamente a la investigación, Claude Bernard pensó abandonar París, volver a su tierra natal y dedicarse a ejercer como médico. Sin embargo, sus amigos trataban de disuadirlo.

En esto conoció a Françoise Martin, llamada comúnmente Fanny. Ella aportaba al matrimonio una pequeña dote que le permitiría a Claude Bernard realizar su sueño de dedicarse a la investigación. Aconsejado por sus amigos se casó con Fanny, en 1845, a los 32 años, pero no fue feliz en su matrimonio.

En 1847 nace su hija Jeanne-Henriette. Ese mismo año muere su padre.

En l850 nace su hija Marie-Claude. Sus dos hijas vivirán hasta después de la primera guerra mundial (1922 y 1923).

También nace un hijo, Claude-Henri, quien fallece en 1857, siendo niño.

Fanny era, al parecer, una mujer de armas tomar. Era una católica ferviente y exigente, que no aceptaba fácilmente la posición algo agnóstica de su esposo. Pero era además una activa militante de una sociedad "protectora de animales", que luchaba apasionadamente en contra de la vivisección, la que practicaba, más que nadie, su esposo. Fanny logró que sus dos hijas compartieran totalmente sus puntos de vista y su actitud beligerante. Al parecer, fueron muy duras con su padre. Al regresar de su laboratorio o de dar sus clases, Claude Bernard se encontraba con un hogar que le hacía la vida imposible. Para peor, en 1867, como hemos dicho, murió su madre que era su consuelo. Y en 1869, a los 56 años, después de 24 años de matrimonio, se separa de Fanny. Arrienda un pequeño departamento donde vivirá solo hasta su muerte.

Una amiga polaca –ya lo dijimos–, Marie Sarah Rafalovich, será su consuelo en la vejez. Se han publicado muchas cartas intercambiadas entre ambos. Al leer las cartas que él le escribe, algunos críticos han creído descubrir en él, el talento literario que fue desconocido por el gran crítico cuando llegó a París, lleno de ilusiones. Sin embargo, Claude Bernard no fue nunca un buen escritor ni un buen orador. Pero sabía exponer su pensamiento con mucha claridad y con bastante fuerza.

La guerra franco-prusiana en que Francia fue derrotada en los campos de batalla y luego ocupada por las tropas enemigas, la anarquía y la represión que significó la "comuna" de París, que fueron sangrientas, la gran escasez que se produjo, los primeros pasos de la Tercera República, todo ese contexto político y social entristeció al gran sabio. Como ya lo hemos dicho, murió a los 65 años de edad. Talvez la vida no le dio las satisfacciones que merecía y que le hubieran ayudado a llevar adelante su extraordinaria carrera de investigador y de científico.

5.- El mundo de su tiempo (1813 – 1878)

Claude Bernard jamás salió de Francia. Viajó poco, incluso dentro de su país natal. Pasó la mayor parte de su tiempo en París, yendo, sobre todo a la vejez, a su casa natal de Saint-Julien, donde buscaba recuperarse de sus enfermedades.

Le tocó vivir bajo diversos regímenes políticos: fue niño en tiempos de Napoleón (hasta 1815) y de los Borbones, Luis XVIII y Carlos X (1815 – 1830); joven, en tiempo de Luis Felipe (1830-1848); adulto, para la Revolución de 1848 y luego el Segundo Imperio de Napoleón III (1848-1870). Y finalmente, su vejez, coincidió con los albores de la Tercera República.

Grandes sabios contemporáneos de él fueron Pasteur (1822-1895), que además fue su amigo; Darwin (1809-1882); Virchow (1821-1902), a quien tradujo del alemán pero con quien no se avino bien; Berthelot (1827-1907), químico, que lo hizo pelear –post-mortem– con Pasteur. También fueron contemporáneos suyos los fundadores de la teoría celular, que a él le interesó mucho: Schleiden (1804-1881) y Schwamm (1810-1868).

El filósofo francés más notorio de su tiempo fue Auguste Comte (1798-1857), de quien hablaremos más adelante. En tanto, Michelet (1798-1874), el historiador; Sainte-Beuve (1804-1869) el crítico; Renan (1823-1890); Taine (1828-1893), pensadores y escritores ilustres también fueron sus contemporáneos.

Los grandes escritores de su tiempo fueron, en Francia, Víctor Hugo (1802-1885), Balzac (1799-1850), Flaubert (1821-1880) y Baudelaire (1821-1867). En otros países, Dickens (1812-1870) y Dostoievsky (1821-1881). Grandes músicos contemporáneos fueron Berlioz (1803-1869), Verdi (1813-1901) y Wagner (1813-1883). Grandes pintores: Ingres (1780-1867) y Delacroix (1795-1862).

No parece, sin embargo, Claude Bernard haber participado mucho en el movimiento cultural de su tiempo. Cuando murió en 1878, lo reemplazó, en su sillón de la Academia Francesa, Ernesto Renán, quien, según la costumbre, lo elogió, destacando

su ingenio, su cultura y la fluidez de su estilo y de su mente. Al hablar de su antecesor, recordando talvez la opinión de Saint-Marc Girardin que lo había desalentado de una carrera literaria, afirmó que como escritor no habría llegado nunca a la Academia, a la que llegó por su carrera como sabio.

Karl Marx (1813-1883), nacido el mismo año que Claude Bernard, publicó su libro "El Capital" en 1867, dos años después de la "Introducción al Estudio de la Medicina Experimental" (1865). Ambos libros deben haber tenido muy pocos lectores comunes y probablemente sus autores no supieron de la existencia del otro texto. "El Origen de las Especies" de Darwin (1809-1882) fue publicado en 1859, seis años antes de la "Introducción". No sé si Claude Bernard alcanzó a leerlo. Supongo que sí.

En 1857, siendo ya profesor Claude Bernard en la Sorbonne y en el Colegio de Francia, aparecen en París dos obras literarias que tuvieron enorme repercusión: "Madame Bovary", de Flaubert y "Las flores del mal", de Baudelaire. Ambos libros fueron condenados como atentatorios a la moral pública, pero han quedado como dos obras maestras de la literatura francesa. No sabemos si Claude Bernard las leyó; seguramente debe haber oído hablar de ellas.

6.- Su carácter

No tengo datos suficientes para apreciar con exactitud el carácter de Claude Bernard. Solo conozco un poco su vida de familia y algo más su carrera científica. También veremos más adelante su posición filosófica. Pero, ¿cómo era el hombre? La respuesta no es fácil.

Yo lo veo como un hombre tranquilo, sólido, capaz de pasar muchas horas en un laboratorio que él mismo describió en su "Introducción": "El fisiólogo –dice– no es un hombre del mundo, es un sabio, es un hombre que está absorbido por una idea científica que persigue: él no oye los gritos de los animales, él ya no ve la sangre que corre, solo ve su idea, solo ve organismos que le ocultan problemas que él quiere descubrir". Y compara al vivisector "con el cirujano de su tiempo o con los anatomistas de tiempos pasados, quienes, por servir al enfermo y por amor al hombre, pasaban sus vidas en medio del dolor humano y en un ambiente muchas veces repugnante".

Un escritor inglés, John Vyvyan, dice que si Claude Bernard hubiese vivido en nuestra época "freudiana", una afirmación como ésta lo habría hecho diagnosticar como un caso típico de "esquizofrenia paranoide". Sabemos el costo que tuvo que pagar Claude Bernard por su vida de experimentador, incluso a nivel de su propia familia.

La carrera de experimentador de Claude Bernard cubrió desde 1841, cuando pasa a ser "preparador" de Magendie, hasta el tiempo de su primera enfermedad larga, hacia 1860; son 19 años de intenso trabajo de vivisección. Poco a poco fue pasando al estudio de problemas de biología general, a experimentos con animales inferiores e incluso con plantas y con más reflexión filosófica que vivisecciones.

Claude Bernard era seguro de lo que el hacía y de lo que el decía. Era también crítico, a veces severo, del trabajo de sus colegas. Pero no le gustaba la polémica. No era hombre de pelea. A diferencia de Pasteur de quien se ha señalado que "ese gran taciturno alcanzaba la elocuencia" cuando defendía ante sus colegas sus propias convicciones y cuando atacaba las de otros, Claude Bernard era más apacible.

Tampoco se salió nunca del mundo estrictamente académico, es decir, de sus clases en la Sorbonne o en el Colegio de Francia, su participación en la Sociedad de Biología, en la Academia de Ciencias, en la Academia de Medicina, sus artículos y sus libros, sus largas meditaciones en la paz de su casa natal. Esa era su vida.

Fue quizás demasiado severo al criticar a los sabios alemanes de su tiempo, a Ludwig, a Virchow. Estudió alemán para poder leerlos en el texto original pero no parece haber tenido paciencia para interesarse en lo que estos sabios tenían de original, de diverso de lo que a él le preocupaba. Decía de Virchow que era "anatomista" más que "fisiólogo", lo que no podía ser una crítica. Efectivamente Virchow era un gran anátomo patólogo, el fundador de la histología patológica. Un hombre que manejaba el microscopio antes que la vivisección.

Lo mismo ocurrió con Pasteur. La guerra franco-prusiana y la derrota de Francia en 1870 lo desconcertaron a él también y lo alejaron más aun de sus colegas del otro lado del Rhin. A partir de entonces, siguiendo la impulsión de ambos sabios, se habla cada vez más de la ciencia "francesa" con un dejo de rechazo, y talvez de envidia de la ciencia "alemana". Todavía la ciencia no se daba como algo "universal", propio del hombre y no de un país determinado.

Yo me lo imagino como un hombre bueno, tranquilo, deseoso de paz, de esa paz que solo encontraba en Saint Julián cerca de su madre anciana y no en su hogar de París, con su esposa y sus hijas acusándolo de crueldad por su práctica de la vivisección. Sin contar el episodio triste de la muerte de su único niño varón. La amistad de sus últimos años con la señora Raffalovich parece haberle traído un poco de paz.

A diferencia de Pasteur, ya lo dijimos, Claude Bernard viajó poco y se encerró en sus estudios de fisiología experimental. No parece haberse interesado mucho por la clínica, aun cuando había en su tiempo clínicos famosos, como Trousseau (1801-1867) y Charcot (1825-1893). Él sentía que la fisiología experimental debía renovar la medicina pero no parece haber sentido con la misma intensidad que desde la medicina, también experimental, se podía adelantar mucho en el progreso de la fisiología.

Pasteur, por el contrario, estaba dispuesto a abarcarlo todo, sin perder nunca de vista su carácter de científico. Siendo simplemente profesor de física y química, se metió en temas de biología, creando la microbiología. Trabajó con los industriales del vinagre, del vino, de la cerveza. Asesoró a los industriales de la seda, a los agricultores que tenían problemas en sus campos. Fue "veterinario" sin serlo, estudiando las enfermedades de animales domésticos, como el carbunclo. Y no vaciló en actuar como "médico" para tratar a enfermos de rabia.

Tampoco se ve en Claude Bernard condiciones de empresario. No era un hombre apto para conseguir apoyo financiero. Tampoco pedía ni lograba apoyos políticos. Pasteur, en cambio, se movía con mucha eficacia en esos campos. Para la fundación del Instituto Pasteur consiguió millones. El Emperador Napoleón III lo invitaba a su palacio. Apoyaba sus iniciativas. También Pasteur viajaba por toda Francia y por toda Europa, se instalaba a trabajar en cualquier lugar adecuado. Claude Bernard, a su vez, trabajaba solamente en su laboratorio. El mismo rostro de Pasteur trasunta un hombre severo, frío, casi duro, pese al "brillo de sus ojos verdes" que encandilaron a su novia. Hay una foto que lo representa en su hogar, en compañía de su esposa. No se percibe un ambiente de alegría, de confianza, de intercambio. El hombre era así; quizás las circunstancias de su vida no le permitieron ser como realmente hubiera querido ser.

Un episodio de su vida de profesor, narrado por él mismo en sus cuadernos de apuntes, nos muestra a un Claude Bernard un poco más sanguíneo. Estaba dando su clase en el Colegio de Francia cuando advirtió en el auditorio a una señorita que "lucía un pie finamente calzado" y un brazalete alrededor del tobillo. Confiesa que este espectáculo inesperado –estamos en el París de 1855, a más de un siglo de la minifalda – casi le hizo perder el hilo de su exposición.

7.- Claude Bernard, el fisiólogo.

La época de oro de Claude Bernard como fisiólogo, experimentador y vivisector transcurre entre 1841 y 1860, entre los 28 y los 47 años. Ha sido "preparador" de Magendie durante varios años, pasa a ser su "suplente" y luego le sucede como profesor "titular" en el Colegio de Francia. En ese laboratorio realiza lo mejor de su obra de vivisector, hasta el primer ataque serio de su enfermedad intestinal que le obliga a pasar un tiempo largo en Saint-Julien, su pueblo natal, en 1860. Es decir, Claude Bernard trabaja en vivisección en su laboratorio durante 19 años.

Sus grandes trabajos se suceden en forma acelerada. Suele dedicarse a varios temas a la vez. Todo lo anota prolijamente en sus cuadernos. Con mucha frecuencia expone sus avances en la Sociedad de Biología, en la Academia de Ciencias o en otras reuniones científicas. Lo hace con claridad y con seguridad. Evita las polémicas.

Una de sus primeras preocupaciones fue la digestión de los alimentos en el estómago y en el duodeno. Aclaró la participación del jugo pancreático y de la bilis. Después se dedicó a estudiar el hígado. Sospechó que no era una glándula destinada exclusivamente a producir la bilis, como se creía en su tiempo. Estudió, con mucha minucia, la participación del hígado en el metabolismo de los azúcares, su función glucogénica. Apoyado en esos trabajos, amplió su visión del proceso nutritivo. Se pensaba, en su tiempo, que los vegetales eran los únicos encargados de "sintetizar" los glúcidos, los lípidos y los prótidos que necesitaban los animales para vivir y que el organismo animal se contentaba con digerir –"analizar"– estos alimentos complejos, reduciéndolos a elementos más simples que eran los que llegaban a nivel de las células. Intuyó que también los organismos animales tienen poder de síntesis, son

capaces de producir sustancias complejas. Señaló que la "digestión" no es sino un paso previo que es seguido por la "nutrición" y por lo que llamamos hoy día el "metabolismo". Sin dudas, avanzó mucho en este campo. La química fisiológica le debe mucho. Fue químico fisiólogo y fisio-patólogo tanto como fisiólogo.

También estudió la acción del sistema nervioso como constrictor o dilatador de las arterias. Exploró la acción del sistema nervioso autónomo sobre las distintas funciones vitales. Trabajó además con el curare, veneno que los indios ponían en la punta de sus flechas y que producía parálisis del hombre o del animal herido. Aclaró que la acción del curare se localiza a nivel de la sinapsis neuromuscular, impidiendo el paso de la excitación del nervio a la contracción del músculo.

Claude Bernard no compartía la visión extremadamente "empiricista" de su maestro Magendie, quien creía en los hechos observados o experimentados. Creía poco en las teorías, en las hipótesis, en las elucubraciones del espíritu humano. En una de sus clases en el Colegio de Francia expuso largamente su hipótesis sobre un punto concreto, prometiendo que en la clase siguiente haría los experimentos necesarios para probar la veracidad de esa hipótesis.

Cuando vino el momento de la demostración experimental, los hechos contradijeron totalmente la hipótesis del profesor. Entonces él se largó a reír, con grandes carcajadas. Estaba feliz, porque creía en los hechos y no en las teorías, aunque estas fueran sus propias teorías. No así Claude Bernard. Él le daba una importancia muy grande a la mente del investigador, a sus ideas, a sus "tincadas", o dicho en otras palabras, a sus "teorías" y a sus "hipótesis". Ellas eran las que guiaban sus experimentos. Él experimentaba para confirmar –o en algún caso para infirmar– sus hipótesis. Lo mismo hacía Pasteur. Pero, llegado el momento del experimento, si éste infirmaba su hipótesis, Claude Bernard la abandonaba para seguir a los hechos, sin por eso negar la utilidad de la hipótesis que había guiado su experimento. Él le reprochaba a Pasteur de apegarse tanto a su hipótesis que sufría y se desanimaba cuando los hechos no la comprobaban. Él, en cambio, renunciaba sin pena a su hipótesis y se inclinaba de inmediato ante la veracidad de los hechos.

No todos sus experimentos eran exitosos. Más de una vez el mismo experimento repetido varias veces, aparentemente en las mismas condiciones, daba resultados diferentes. Las causas eran, a menudo, la imperfección de la técnica o la complejidad del problema que trataba de resolver. Pero nunca se desanimaba. Seguía y seguía experimentando hasta que el problema se aclarara, al menos en un punto.

Pasteur, como lo observaba Claude Bernard, pensaba mucho antes de experimentar. Sus ayudantes veían como el maestro se paseaba, silencioso, desde una pared a otra de su estrecho laboratorio, pensando y pensando, sin intercambiar una palabra con sus colaboradores. Hasta que salía el plan de experimentos que debía confirmar su hipótesis. Muchas veces la confirmación se producía y el maestro quedaba feliz. Otras veces ocurría al revés. La hipótesis era equivocada. Pasteur entonces sufría. Se sentía derrotado pero nunca desanimado. Seguía pensando y pensando hasta que una nueva serie de experimentos le daba la razón.

En su célebre "Introducción al Estudio de la Medicina Experimental", Claude Bernard dejó por escrito la teoría y la práctica de su método experimental, del cual ha sido el maestro indiscutible.

Y no era solo un teórico. Era un gran experimentador, un verdadero "cirujano" de animales de laboratorio. Creó nuevas técnicas operatorias, ideó distintos instrumentos que pudieron aplicarse con éxito a la cirugía humana.

8.- Claude Bernard, el biólogo

Pasado el período intenso dedicado a la vivisección y a temas de fisiología, Claude Bernard se fue preocupando cada vez más de problemas de biología general. Trabajó el tema del "medio interno". Comprendió que el animal, por lo menos el de sangre caliente, el más evolucionado en la escala zoológica y, desde luego, el hombre, no vive tanto en el "medio exterior", expuesto a sus variaciones, como en un "medio interior" en el cual bañan todas sus células. Claude Bernard fue intuyendo poco a poco que estas células están bañadas en un líquido intersticial que se renueva a través de la pared de los capilares, en su contacto con la sangre, que trae los elementos necesarios a la vida de la célula y que se hace cargo de llevarse los elementos de desecho. La constancia del medio interno asegura a las células el ambiente ideal para su vida y su salud, independientemente de las variaciones del mundo exterior. Él prosiguió el estudio de esta intuición en el mundo de la zoología y de la botánica. Se interesó mucho por la "teoría celular", propuesta por dos biólogos contemporáneos de él, Schleiden y Schwann. Estudió también la obra del gran anátomo patólogo alemán Virchow pero, como lo dijimos, lo sintió más anatomista que fisiólogo.

También estudió la acción del éter como anestésico, especialmente en el mundo vegetal. Al trasladar su cátedra de la Facultad de Ciencias al Museum de Historia Natural, las autoridades universitarias le estaban insinuando que ampliara su interés, centrado hasta entonces, en la fisiología humana y en los animales superiores al campo de la biología general.

Se negaba a aceptar el "vitalismo" como una doctrina misteriosa, opuesta a la experimentación. Comprendía que el biólogo estudia con métodos "físicos" y "químicos" las realidades "físicas" y "químicas" de los seres vivos. Pero presentía que en la vida había algo más que física y química. Hubiera acogido con interés apasionado los descubrimientos de la genética, que no se sospechaban en su tiempo. Habría acogido ciertamente la idea de la "información genética", la idea de un "plan" que se siente presente a lo largo de la escala de la vida y también a nivel del desarrollo embiológico de cada ser vivo.

A él se debe, en parte, el desarrollo inicial de la endocrinología. Entendió, antes que otros, que hay células que producen sustancias químicas que vacían en conductos que las llevan al lugar donde ejerzan su acción, es decir, "glándulas de secreción externa", como las que producen la bilis o el jugo pancreático. Comprendió también que hay células que producen sustancias que entregan a la sangre y que son llevadas,

por la sangre, a todo el organismo, llegando a aquellas células, en órganos a veces muy distantes, en las cuales desempeñarán un papel importante para el metabolismo. En resumen, intuyó la existencia de las "glándulas de secreción interna" o "endocrinas".

9.- Claude Bernard, el filósofo

Claude Bernard es más conocido en el público culto como filósofo que como fisiólogo. Su obra fundamental, la "Introducción al Estudio de la Medicina Experimental" de 1865, fruto de largas reflexiones en su retiro de convaleciente en su aldea natal y en medio de sus viñas, es considerada como una obra clásica de la filosofía. En Francia al menos, figuró durante muchos años como una de las lecturas complementarias aconsejadas a los alumnos de filosofía de nivel secundario.

Sin embargo, la filosofía de Claude Bernard es ambigua. Más que un filósofo propiamente tal, él fue un "metodólogo". Muchos querían clasificarlo dentro del "positivismo", la filosofía de actualidad en su tiempo. Auguste Comte, su fundador, enseñaba "la ley de los tres estados", tres etapas sucesivas en el desarrollo de la humanidad. En un primer tiempo, época "teológica", todos los misterios que rodean al hombre recibían una explicación religiosa, sobrenatural, basada en el "sentimiento". Vino después la época "metafísica", en que los hombres trataban de descubrir la verdad con su inteligencia, con su "razón". Y, finalmente, vino la época "positiva", en que los hombres, desechando las consideraciones teológicas y metafísicas, se dedican a investigar la verdad con los métodos científicos. No cabe duda que Claude Bernard, como científico que era, se sentía cómodo en esa era positiva. Pero a él no le gustaba pronunciarse sobre la filosofía o sobre la religión. No daba por hecho que fueran dos etapas "superadas" de la vida humana. Prefería no opinar sobre lo que no sabía y lo que no era su campo. Él rechazó más de una vez el calificativo de "positivista". Solía decir que cualquier "sistema filosófico" es malo por el solo hecho de ser "sistema".

Bernard quería sobre todo liberar la acción del científico de estructuras filosóficas que la entrabaran.

Distinguía entre la "hipótesis", las "teorías" y los "sistemas".

La "hipótesis", nos dice Bernard, puede brotar de un hecho observado o de una experimentación anterior. Es una posibilidad que debe someterse al experimento para confirmarla o rechazarla.

"Teoría" es una hipótesis, o una serie de hipótesis, sometida al método experimental. "Sistema" es una hipótesis, o una serie de hipótesis, sometida tan solo al raciocinio, a la lógica y sin comprobación experimental. Los filósofos se inclinan a los "sistemas" porque lo de ellos es el raciocinio. Los científicos se quedan con sus "teorías", es decir, con sus "hipótesis", a las que someten a la comprobación experimental.

"Doctrina" es una teoría que se considera inmutable, que no se somete a la experimentación. Claude Bernard liberó la ciencia de los sistemas y de las doctrinas, sin renunciar a las teorías –o a las hipótesis – que se someten a los experimentos, que las confirman o las infirman, pero cuyos resultados son siempre revisables, verificables.

Algunos lo consideraban "materialista", en parte por su rechazo del "vitalismo" y en parte por aceptar un "determinismo" fisiológico. Él decía que el fisiólogo parte de la base que una misma causa producirá siempre un mismo efecto y que si el efecto es diferente del esperado es porque intervienen otras causas desconocidas que hay que investigar. Pero no quiso hacer del determinismo "científico" una postura "filosófica" que pudiera extenderse más allá de los límites del funcionamiento de los organismos vivos. Era mas bien "agnóstico". No se pronunciaba sobre temas que le eran ajenos, que lo sobrepasaban y que, en el fondo, no le interesaban demasiado.

Su pasión por la experimentación, por una ciencia fisiológica basada en hechos experimentales debidamente comprobados, no le dejaba tiempo, ni talvez interés, por los grandes problemas que han preocupado a los filósofos y a los teólogos de todos los tiempos.

Para justificar la práctica de la vivisección, que significaba habitualmente causar dolor a los animales –aún no se usaba la anestesia–, Claude Bernard recurre a un tema de la filosofía moral. La "idea" justifica la acción. Causar dolor es malo o es bueno según la "idea" que lleva en la mente el que causa el dolor. El cirujano de su tiempo que amputa un miembro sin anestesia salva la vida o, por lo menos, alivia a su enfermo. La "idea" del fisiólogo es que al practicar la vivisección, también mejora la salud y salva la vida de miles de hombres.

Talvez un filósofo, un especialista de la moral, invitaría a Claude Bernard a considerar no solo la intención –"la idea"–, sino también el hecho en sí, su naturaleza: causar dolor a un ser vivo o matar a un ser vivo. "No matarás", dice la Biblia. Sí, pero también en la Biblia Dios aparece matando a seres humanos o autorizando a matarlos. El problema que veía Claude Bernard es más complejo, pero la rectitud de su intención es evidente.

Recordemos que cuando fue designado miembro de la Academia Francesa, ya en el atardecer de su vida, tuvo que redactar un discurso que era esperado con mucho interés por el mundo cultural de su tiempo. El ambiente en la Academia era más bien conservador, con mayoría de miembros católicos y opuestos a las tendencias liberales. Otros miembros, sin embargo, eran liberales y unos y otros esperaban que Claude Bernard se definiera claramente en uno u otro sentido. Después de escribir muchos borradores, dio su discurso. Trató de agradar a todos y de no ofender a nadie, pero, antes que todo, fue sincero. Su discurso, ya lo dijimos, no agradó ni a los unos ni a los otros.

Claude Bernard fue religioso de niño, educado en parte por el cura de su aldea, en parte por los jesuitas de un colegio vecino, pero no profundizó en el conocimiento o en la práctica de su fe. Su madre era sumamente cristiana y tenía un carácter dulce,

apacible. Él la quiso mucho y ciertamente no hubiera querido contrariarla asumiendo posturas antirreligiosas. Pero su esposa y sus hijas, católicas militantes y aun agresivas, no deben haberlo inclinado mucho hacia la religión que ellas profesaban. En el fondo era "agnóstico", era "escéptico", talvez "indiferente" en materia religiosa, pero recto, sincero, respetuoso y digno. Más que un gran sabio: ¡un gran hombre!

Claude Bernard, su vida íntima

1813	nace en Saint-Julien (Villefranche, en Beaujolais)
1832	se va a Lyon como empleado de farmacia
1834	(21 años) se va a París; una entrevista con el crítico literario Saint – Marc Girardin le hace renunciar a una carrera literaria. Se recibe de bachiller y se matricula en la Escuela de Medicina
1845	(32 años) se casa con Fanny Martin
1847	muere su padre nace su hija Jeanne Henriette (muere en 1923)
1850	nace su hija Marie-Claude (muere en 1922)
1857	muere su hijo Claude-Henri
1860	(47 años) tiene su primera larga enfermedad
1865-1867	se enferma nuevamente y por un largo periodo
1867	muere su madre
1869	(56 años) se separa de Fanny
1870-1871	guerra franco-prusiana, amistad con Marie Sarah Raffalovich
1878	(65 años) muere –exequias nacionales.

Claude Bernard, su carrera científica

1834	(21 años) se matricula en Medicina
1839	(26 años) "interno" de Magendie (1783-1855)
1841	(28 años) "preparador" de Magendie
1843	(30 años) se recibe de médico
1847	(34 años) "suplente" de Magendie en Col. de Fr.
1848	(35 años) vice-presidente de la Soc. de Biol.
1851	(38 años) miembro de la Acad. de Ciencias
1854	(41 años) "profesor" en el Col. de Fr. y profesor en la Fac. de Ciencias (Sorbonne)
1860	(47 años) su primera larga enfermedad que se repite en 1865-1867
1861	(48 años) miembro de la Academia de Medicina
1865	(52 años) publica la "Intr. a l'Et. de la Med. Exp."
1868	(55 años) profesor en el Museum de Hist. Nat.
1869	(56 años) retoma su curso en el Col. de Fr. y es miembro de la Ac. Fr.
1870	(57 años) la guerra franco-prusiana lo afecta mucho
1878	(65 años) muere - exequias nacionales. ■

Comentarios

Ac. Ferrer. Monseñor Piñera nos ha ofrecido una muy interesante, muy erudita biografía de Claude Bernard, junto con darnos una visión de la actividad científica y social de la Francia de la segunda mitad del siglo XIX.

Además del conocimiento de los personajes que evoca, mostró un talento especial, psicológico y fisiognómico, para escrutar las figuras de Claude Bernard y de Louis Pasteur. Nos mostró rasgos que distinguían los movimientos antagónicos de la sociedad francesa en torno al problema de la experimentación animal y especialmente de la vivisección. Claude Bernard aparece, como lo fue, como un hombre genial y ajeno a las vicisitudes públicas de su época, apasionado por sus descubrimientos científicos. Francia, a pesar de su extrañamiento social, supo premiar con las más altas distinciones su relevante labor científica.

Monseñor Piñera destacó el aporte original de Claude Bernard, cuando éste descubre que el hígado sintetiza el glicógeno, hallazgo absolutamente singular toda vez que no se atribuía a este órgano la capacidad de síntesis de componentes orgánicos. *El medio interno*, hoy llamado homeostasis, fue otra de sus grandes aportaciones a la biología. No menos importante fue el efecto de la "piqure" del cuarto ventrículo que producía la patología "sucre", en una época en que se relacionaba la diabetes con la probable génesis de esta enfermedad.

Monseñor Piñera nos recordó que fue contemporáneo de Pasteur, de Charcot y de otros grandes biólogos alemanes. A propósito de Charcot, en una de sus lecciones "du mardi", este gran clínico presentó un tumor del cuarto ventrículo asociado a hiperglicemia y recordó la importancia de la "piqure" de Claude Bernard. El síndrome que afecta al sistema simpático medular y que se expresa por ptosis parpebral y miosis, representa un signo clásico de la semiología neurológica.

En breve, Monseñor Pinera nos ha proporcionado una entretenida y brillante semblanza de Claude Bernard y nos ha descrito los movimientos filosóficos en torno al positivismo de Comte, doctrina que imperaba en el ambiente intelectual de su época y al cual Claude Bernard no adhirió explícitamente.

Ac. Sudy. Realmente extraordinaria esta conferencia que nos revive la figura de Claude Bernard. Hay un libro que se llama "Hiel y Miel" de Claude Bernard y que relata todas las desavenencias con muchas personas, entre otras con su mujer y sus hijas. Claude Bernard se diferencia de su Maestro Magendie, que se definía como el viejo del saco, que vive echando defectos adentro del saco. En cambio, Bernard desarrolló tanto la fisiología que se llegó a decir que no era un profesor de fisiología sino que era la fisiología misma. En este libro "Hiel y Miel" se ven los diversos aspectos por los cuales pasa un ser humano, como esa parte teatral; a mí me gustó mucho porque yo estudié teatro paralelamente a medicina y soy director de teatro. Claude Bernard cuenta que llegó a inscribirse a la Escuela de Teatro, pero como ese día estaba cerrada y al lado estaba abierta la Escuela de Medicina, pensó que no debía perder el viaje, se inscribió en Medicina y así comenzó a estudiar la carrera. Cuando se recibió quiso ser experimentador

pero no tenía dinero; sus amigos le aconsejaron casarse con una mujer con plata, de tal manera que se casó con una dama que le aportó una muy buena dote, lo que le permitió dedicarse a la experimentación. Sin embargo, a su mujer le interesaba mucho más la parte social y le molestaba profundamente que cuando ella estaba con sus amigos en el salón, aparecieran estos perros con fístulas gástricas, fístulas intestinales, biliares, urinarias, etc., con los que su marido experimentaba, lo que fue un choque permanente y fue también la hiel de Claude Bernard. Él fue un experimentador por sobre todas las cosas y no estaba de acuerdo con los alemanes que pensaban que el genio era el que creaba y descubría cosas, en cambio Claude Bernard decía que era la experimentación.

Finalmente, una frase muy feliz de Claude Bernard: "La medicina es un gran salón iluminado, pero para llegar a él hay que pasar indefectiblemente por la cocina que es la fisiología".

Ac. Valdés. La conferencia de don Bernardino ha sido conmovedora; nos presenta a este Claude Bernard al que todos tendíamos a idolatrar mientras hacíamos fisiología; lo muestra en París, en la campiña francesa, en su hogar paterno, en su hogar desdichado y triste, me impresionó mucho, pero también me conmovió por el entusiasmo en la fisiología que tuvo el conferencista y que sabemos que en el laboratorio de fisiología de la Católica tuvo el mismo entusiasmo que le podemos sentir hoy. Yo tengo un trabajo de don Bernardino publicado en Estados Unidos sobre la fisiología cardiaca. Creo que la Iglesia ganó un gran hombre, y probablemente sus conocimientos de fisiología también le ayudaron a entender a las personas, pero Chile perdió un gran fisiólogo.

Ac. Cruz-Coke. Quería preguntarle a don Bernardino respecto al problema ético, porque cuando leí el libro de Claude Bernard sobre la experimentación, él explicaba que había problemas éticos en la experimentación en animales y que también podría haber experimentación en seres humanos. En esos tiempos a los condenados a muerte les daban un alimento y estudiaban cómo evolucionaba la comida en el estómago de la persona. Claude Bernard consideraba que no era ético experimentar con una persona que estaba condenada a muerte ¿Se sabe algo más de los problemas éticos con la experimentación de la época?

Ac. Monseñor Piñera (Relator). Lamentablemente, tengo problemas con la audición y no alcanzo a oír, por lo que no puedo contestar la pregunta.

Ac. Armas (Presidente). Quiero contarles de una situación que tiene que ver con lo que acabamos de oír. Cuando la Universidad de la Frontera inició la carrera de medicina en Temuco, no encontraban un fisiólogo ni en los alrededores, ni por ningún lado y le pidieron al Obispo de Temuco, don Bernardino, que asumiera la cátedra de Fisiología y el Obispo de Temuco estuvo en la casa de su pariente Dr. Jorge Torretti, rememorando la fisiología para asumir la cátedra en la escuela de medicina de la Universidad de la Frontera. Pero alguien llegó y asumió con esa cátedra liberando a Don Bernardino. Esta anécdota revela por una parte que Mons. Piñera volvió a la fisiología siendo Obispo, que la escuela de medicina de Temuco partió con una importante cuota de improvisación y que Don Bernardino tuvo mucha voluntad por ayudar a esa naciente universidad.

NUEVOS DESAFÍOS EN TUBERCULOSIS[1]

Dr. Victorino Farga C.

Académico de Número

Cuando en el mes de enero del año 1939, al terminar la Guerra Civil Española, atravesé a pie los nevados Pirineos, en compañía de mis padres y de mi hermano Rafael, para ser internado en un campo de concentración para refugiados españoles en Francia, estaba lejos de imaginar que 70 años más tarde tendría el honor de dirigirme a ustedes en tan distintas circunstancias.

La llegada a Valparaíso del vapor Winnipeg y posteriormente el enfrentamiento con la gloriosa primavera santiaguina, el 3 de septiembre de 1939, fue un auténtico shock cultural. Chile apareció ante mis ojos de niño como una verdadera copia feliz del edén.

Había trabajo, había oportunidades y había una especie de optimismo en el aire, una sensación de libertad que no había conocido. La educación era totalmente gratuita, qué maravilla. Mi madre nos matriculó, sin mayor trámite, en un liceo fiscal, el Valentín Letelier, cuya calidad pude comprobar años más tarde cuando lo comparé con la educación que recibían mis hijos. La educación universitaria era igualmente gratuita y estaba llena de oportunidades. Fácilmente conseguí una beca de pos-grado para estudiar fisiología respiratoria en Estados Unidos; pero, cuando a mi vuelta a Chile terminé de crear uno de los primeros laboratorios de función pulmonar de Santiago, me encontré que había un desafío más apremiante.

La situación de la tuberculosis en Chile durante la primera mitad del siglo pasado era dramática. La historia dice que en 1883 el 75% de los cadáveres autopsiados en el antiguo Hospital San Juan de Dios tenían los estigmas de la tuberculosis y el Dr. Francisco Puelma, primer Profesor de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Universidad de Chile, se preguntaba de qué dependía la enorme diferencia entre el escaso número de tuberculosis diagnosticadas en vida y la terrible situación que mostraban las autopsias. La respuesta era obvia, más de la mitad de los casos pasaban inadvertidos. En verdad, Chile tenía la triste fama de tener una de las más altas tasas de mortalidad por tuberculosis en el mundo.

Durante muchos decenios, fallecían de tuberculosis cada año más de 250 personas por 100.000 habitantes en nuestro país.

---

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 4 de mayo de 2011.

He dedicado gran parte de mi vida profesional al control de la tuberculosis en Chile y en otros países. A pesar de los avances de los últimos 20 años, debo iniciar esta presentación reconociendo que la tuberculosis dista mucho de ser una enfermedad derrotada.

Durante los próximos 50 minutos daré algunas pinceladas sobre los desafíos que actualmente presenta la eliminación de la tuberculosis en Chile.

Situación actual:

El principal desafío actual es alcanzar la etapa de eliminación avanzada de la tuberculosis en Chile.

La situación actual de la tuberculosis en el mundo es desoladora. Hay actualmente más de 10 millones de enfermos en el mundo; cada año aparecen más de 9 millones de casos nuevos; entre 1-2 millones mueren por esta enfermedad y, lo que es aún más importante, alrededor de un tercio de la población mundial, es decir alrededor de 2 mil millones de los habitantes de este planeta, están infectados por el *Mycobacterium tuberculosis*. Este enorme reservorio de portadores sanos de bacilos de Koch vivos, en fase latente, que pueden reactivarse en cualquier momento del futuro si disminuyen sus condiciones inmunitarias, permite asegurar que la tuberculosis acompañará a la especie humana, como problema de salud pública, hasta bien avanzado este siglo.

Es así como en abril de 1993 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud declaró a la tuberculosis como una emergencia global.

La declaración de la OMS tuvo la virtud de despertar de su letargo a algunos gobiernos y a las principales organizaciones internacionales, por lo que ahora podemos decir que la tuberculosis ha entrado en la agenda mundial. El Grupo G-8, de los países más industrializados del mundo, se comprometió en una campaña contra la tuberculosis, el SIDA y la malaria, las principales enfermedades huérfanas, las mayores causas de mortalidad en los países en desarrollo. La Fundación Bill/Melinda Gates, entre muchas otras, está proveyendo lo que tanta falta hacía, dinero. Y se ha producido una explosión de investigaciones básicas y operacionales que prometen mejorar el rendimiento de nuestros actuales programas de control.

Posteriormente la OMS propuso la estrategia STOP TB, es decir, ALTO A LA TUBERCULOSIS, fijando las siguientes metas a nivel mundial:

- Detectar por lo menos el 70% de los casos bacilíferos y curar por lo menos el 85% de ellos para el año 2005. Esta meta ya no se alcanzó ni en 2005, ni en 2010, por lo menos a nivel mundial.
- Reducir las muertes por tuberculosis en un 50% en el año 2015 respecto a las ocurridas en 1990.
- Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública el año 2050.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas dentro de la Meta 6 del "Milenium Development" tiene una meta mucho más modesta: detener y empezar a revertir la incidencia de la tuberculosis en el mundo hacia el año 2015.

¿Cuál es la situación actual? En los últimos años el número de casos nuevos per cápita está empezando a disminuir globalmente. Se espera que antes del año 2015, cuatro regiones del mundo alcancen la mitad de la prevalencia y mortalidad que tenían en 1990, es decir, la segunda meta de la OMS. Sin embargo, se estima que dos regiones, África y Europa, no lo lograrán. No solo los países de la antigua esfera soviética sufren una epidemia de tuberculosis y de tuberculosis multi-resistente; varias ciudades europeas, como Londres, han visto aumentar año a año la incidencia de casos nuevos de esta enfermedad, por el efecto de las inmigraciones. En consecuencia, podemos apreciar lo difícil que va a resultar la eliminación de la tuberculosis y lo ímprobo de la tarea que nos espera.

A menudo me he preguntado por qué los gobiernos y los propios médicos parecen aceptar que la tuberculosis siga siendo una enfermedad huérfana, en circunstancias de que disponemos de todas las herramientas para eliminarla. Una posible explicación es que por muchos años esta enfermedad fue considerada como un mal inevitable, que ataca preferentemente a los pobres, de modo que poco a poco se fue haciendo socialmente tolerable y ahora, mucho antes de tiempo, algunos incluso la consideran ya erradicada. No obstante, la tuberculosis es una de las enfermedades llamadas vulnerables, de modo que las medidas para su control tienen una de las relaciones costo-beneficio más ventajosas. Así, por ejemplo, el costo por año de vida ahorrado de un buen programa antituberculoso es inferior a 10 dólares, esto es un rendimiento comparable al de la vacunación contra el sarampión o la hidratación oral e infinitamente menor que los muchos miles de dólares que cuesta cualquier operación cardíaca.

En Chile la situación de la tuberculosis ha mejorado considerablemente en los últimos cincuenta años, gracias a la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y a la adopción, por distintos gobiernos desde entonces, de un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNT) moderno y efectivo.

Chile alcanzó el llamado umbral de la etapa de eliminación de la tuberculosis, es decir una tasa inferior a 20 casos por 100.000 habitantes, en el año 2000. Actualmente esta tasa es inferior a 13/100.000, lo que contrasta muy favorablemente con un promedio mundial de 138/100.000, esto es, más de 10 veces superior. El Dr. Puelma estaría complacido.

Pese a lo anterior, hay que señalar que en Chile aparecen cada año más de 2000 casos nuevos de tuberculosis, con 7 enfermos diariamente y fallecen más de 200 de ellos, lo que significa que 5 de nuestros ciudadanos mueren cada semana de una enfermedad totalmente curable como es la tuberculosis y nadie se da por enterado. Imagínense qué sucedería si falleciera una sola persona por semana por virus Hanta.

Por otra parte, las llamadas reformas de la salud, que en esencia consisten en disminuir los programas públicos y aumentar el aporte financiero de los llamados usuarios, es de temer que en el caso de la tuberculosis interfieran con los éxitos que hasta ahora han tenido nuestros programas de control.

El Ministerio de Salud de Chile fijó varias metas enfocadas en la eliminación de la tuberculosis en nuestro país. La primera ya se cumplió el año 2000. La segunda, la de alcanzar la etapa de eliminación avanzada de la enfermedad (menos de 10/100.000) el año 2010, no se alcanzó pero estuvimos cerca. El gran desafío actual será alcanzar la etapa de eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, es decir menos de 5 casos por 100.000 habitantes para el año 2020. Pero, la erradicación, definida en términos epidemiológicos como menos de 1 caso bacilífero por un millón de habitantes, no la verá ninguno de los presentes.

Conviene recordar que no podemos hablar de erradicación hasta que fallezca el último portador de bacilos vivos en fase latente en su organismo.

Asimismo, al ir disminuyendo, la tuberculosis se va concentrando alrededor de los casos contagiosos y en grupos especiales de mayor riesgo de padecerla.

En un interesante análisis epidemiológico sobre la incidencia de la tuberculosis en la Región Metropolitana, el Dr. Christian García, Jefe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Chile, ha encontrado que en tanto la incidencia de esta enfermedad en Santiago, en 2008, fue de 14,2/100.000 habitantes, hubo una serie de grupos de riesgo en los cuales fue considerablemente mayor: adultos mayores (32,8/100.000); extranjeros (37,5/100.000); contactos de pacientes con tuberculosis (104,5/100.000); reos (213,4/100.000); personas en situación de calle (218,7/100.000) y personas infectadas con VIH (380,5/100.000).

Por su mayor número, cabe destacar a los adultos mayores, que representan el 18,8% de las personas con tuberculosis en la región.

Métodos de diagnóstico más eficaces: Dependientes en general de las técnicas de la biología molecular

Hasta ahora, para el diagnóstico de la tuberculosis en Chile se ha empleado una estrategia de salud pública que permite, con la simple baciloscopia aplicada a los consultantes espontáneos de los servicios de salud que tienen tos por más de 2 semanas, los llamados **sintomáticos respiratorios**, diagnosticar la mayoría de los casos avanzados, que son los principales transmisores de la infección. Pero, en la etapa en que estamos ahora, es necesario entrar a una fase clínica para intentar diagnosticar la enfermedad en etapas más tempranas.

En los casos de tuberculosis menos avanzadas, en los niños y en las formas extra-pulmonares, tenemos que recurrir a los cultivos que son más sensibles y específicos, pero que tienen el gran inconveniente de que demoran entre 4 y 8 semanas en demostrar el desarrollo micobacteriano. También hay que hacer más radiografías

de tórax, recurrir a veces a procedimientos invasivos, y por fin desarrollar nuevos métodos de diagnóstico más sensibles que la baciloscopia.

Radiografía: no es gracia diagnosticar la tuberculosis en una forma avanzada próxima a la muerte. El desafío está en diagnosticarla cuando se presenta en la etapa de infiltrado inicial.

Durante los últimos años han ido apareciendo un gran número de métodos de diagnóstico de la tuberculosis más sensibles y efectivos. El actual desafío es implementarlos en nuestro medio con un sentido de urgencia. Entre ellos se destacan:

- Medios de cultivo líquidos, radiométricos o colorimétricos, que permiten la identificación de las distintas cepas de micobacterias en menos tiempo.
- También disponemos actualmente de sondas genéticas, mediante la tecnología de hibridación en tiras con sondas (Line Probe Assays-LIPAs).
- Técnicas de amplificación genética basadas en la reacción de la polimerasa en Cadena y sus numerosas variantes.
- Microarrays o microconjuntos. Expuesto en forma simple, basta disponer de los cerca de 4000 genes que tiene cualquier micobacteria en una especie de tablero cuadriculado e hibridizarlos con una muestra en estudio, para detectar las diferencias entre ambas. Cuando los genes son complementarios, dan una coloración determinada; cuando en la muestra en estudio hay genes diferentes, éstos se revelan porque presentan otra coloración. De esta manera, se están identificando los genes del bacilo tuberculoso que determinan la transmisibilidad, otros la virulencia, aquellos de los cuales depende la latencia, etc. Así se van conociendo los antígenos más específicos para el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos, los genes más vulnerables que pueden ser blanco de nuevas drogas y se están identificando los epítopes más inmunógenos para la generación de nuevas vacunas.

Es necesario incorporar también las técnicas de la llamada Epidemiología Molecular, basadas inicialmente en el análisis de los Fragmentos de Restricción de Longitud Polimorfa (conocidos como RFLP, según las siglas anglosajonas), que permiten identificar las llamadas "huellas dactilares" o "*fingerprinting*" de muchas enfermedades y condiciones, y que en tuberculosis permiten identificar las distintas cepas micobacterianas, lo que es de gran utilidad para el estudio de micro-epidemias.

Patrones RFLP de Madrid, donde se evidencia un cluster con dos patrones iguales.

Patrones correspondientes a la epidemia de tuberculosis multi-resistente de Nueva York, donde 12 cepas de la temible cepa W, resistente a todos los quimioterápicos conocidos, vecina a la cepa Beijing, demostradamente más transmisible y más virulenta, muestran patrones RFLP idénticos.

Xpert MTB/RIF. Pero, hace falta encontrar métodos no solo más sensibles que la baciloscopia, sino también más simples, rápidos y económicos, que puedan ser empleados por médicos generales en el llamado punto del diagnóstico. Uno de los más

promisorios, que está siendo propiciado recientemente por la OMS, es el llamado Xpert MTB/RIF, una técnica de amplificación genética con la medición automática del ADN, que permite hacer el diagnóstico de tuberculosis y de multi-resistencia en el terreno en pocos minutos, a un costo inicial del equipo de unos 15.000 dólares.

En breve, el Xpert MTB/RIF es un test automatizado para el diagnóstico de tuberculosis basado en la detección de ácidos nucleicos con cartuchos. Simplifica la detección molecular integrando y automatizando los tres procesos requeridos para pruebas nucleares basadas en PCR: Extracción de ADN, amplificación y detección. Supera la complejidad de las pruebas nucleares, el riesgo de contaminación cruzada y las limitaciones de bioseguridad. Detecta la presencia de Mycobacterium tuberculosis y, además, resistencia a la rifampicina directamente desde una muestra de expectoración. Y, lo que es aún más importante, produce resultados en menos de 100 minutos.

Tratamientos más breves, lo que depende del desarrollo de nuevas drogas antituberculosas

El tratamiento actual de la tuberculosis basado en la asociación de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, ha sido considerado como el mayor avance de la medicina de mediados del siglo XX. Sin embargo, aunque se le ha bautizado como "Short Course", es aún demasiado prolongado. El desafío actual es encontrar nuevas drogas que permitan abreviarlo a 4 meses o menos y que, además, ayuden a controlar las nuevas epidemias de tuberculosis multi-resistentes, a las que me referiré más adelante.

Chile fue el primer país del mundo que insistió en la importancia de supervisar la administración de los tratamientos antituberculosos. Este concepto revolucionario, que se denomina actualmente tratamiento bajo observación directa, se descubrió e inició en el Hospital San Juan de Dios de Santiago. Durante muchos años predicamos que la tuberculosis era una enfermedad 100% curable siempre que se respetaran tres principios fundamentales: los tratamientos debían ser asociados para evitar el desarrollo de resistencia bacteriana; debían ser prolongados para evitar las recaídas y debían ser administrados bajo supervisión directa de personal de salud especialmente entrenado, para asegurarse que los enfermos realmente se los tomaran.

Aun con todas estas medidas, la tuberculosis solo es 100% curable en los enfermos que cumplen todos los requisitos, pero en la práctica tiene dos grandes limitaciones: los enfermos que mueren durante el tratamiento, generalmente por lo tardío de su diagnóstico, y los que lo abandonan antes de completarlo. Esto explica que pocos países hayan alcanzado la meta de la OMS de curar más del 85% de los casos que inician tratamiento.

Actualmente se dispone de 10 nuevos medicamentos muy interesantes en distintas fases de desarrollo. Los más avanzados son agentes antimicrobianos de grupos farmacológicos similares a los ya conocidos, que están en fase II y III de

investigación, como la rifapentina, derivada de las rifamicinas, y las nuevas generaciones de fluoroquinolonas (levofloxacina, moxifloxacina y gatifloxacina). Otros compuestos prometedores, en distintas etapas de investigación, son las diarylquinolinas (TMC207), los derivados de las oxazolidinonas (linezolid, PNU 100480, AZT-5847), los nitroimidazoles (PA824, OPC-67683), los pyrroles (LL3858) y las diaminas (SQ109).

Se espera que la asociación de algunos de estos nuevos fármacos con los ya conocidos, permita enfrentar el nuevo desafío de las tuberculosis multi-resistentes y, eventualmente, abreviar el tratamiento de todas las formas de la enfermedad. Algunos de estos medicamentos, también parecen tener acción contra los bacilos latentes, principal causa de la reactivación de la tuberculosis, como veremos a continuación.

Tratamiento de la infección latente: Nuevos métodos para diagnosticarla

Aunque lográramos diagnosticar hoy a todos los enfermos contagiosos y los curáramos con nuestros modernos tratamientos, seguirían ocurriendo casos de tuberculosis hasta bien entrado este siglo a partir de los pacientes infectados que tienen bacilos vivos, aunque en fase latente, pero que pueden reactivarse ante cualquier disminución de su inmunidad. Por esto, en esta etapa, una nueva estrategia es la quimioprofilaxis con isoniacida o rifampicina en los grupos de individuos de alto riesgo de hacer tuberculosis, pero, para poder aplicar esta intervención es necesario identificarlos. Hasta hace poco solo podíamos hacerlo con la reacción de tuberculina, es decir del PPD, técnica que posee muchas limitaciones.

Para identificar a los sujetos infectados con el *M. tuberculosis*, disponemos actualmente de métodos más sensibles y sobre todo más específicos que el PPD, derivados de la medición de interferon gamma liberado por la sangre de un individuo, cuando en el pasado ha sido sensibilizado con las tubérculo-proteínas del bacilo de Koch. Las técnicas más empleadas hasta ahora son el Quantiferon TB-Gold y el ELISPOT. Ambas utilizan el ESAT 6 Y CPF 10, dos antígenos que son específicos del *M. tuberculosis*, por lo que no dan reacciones positivas cruzadas en los vacunados con BCG. En la actualidad solo están disponibles en algunas clínicas privadas de Santiago. Han pasado los tiempos heroicos del Servicio Nacional de Salud, cuando la tecnología médica más avanzada solo estaba disponible en los hospitales públicos.

Necesitamos nuevas vacunas más eficaces que la BCG

Miles de investigadores están dedicando sus vidas a la búsqueda de una vacuna antituberculosa más efectiva que la BCG, que sea capaz no solo de prevenir la infección tuberculosa (pre-exposición), sino también de reforzar la inmunidad de los ya infectados y aun de los enfermos (pos-exposición). Esta vacuna, que ya está en etapa de aplicación en el terreno, tornaría obsoletas la mayoría de las estrategias actuales para el control de la enfermedad y representaría un gran avance en el desarrollo de nuevas inmunizaciones contra otras enfermedades infecciosas, como el SIDA.

Con este fin, se estudian los antígenos más inmunógenos del bacilo tuberculoso o partes de él o de su ADN, el empleo de vacunas polivalentes, por introducción dentro del genoma de la vacuna BCG de epítopes de otros agentes infecciosos, u otras vías de administración de la vacuna BCG, como la inhalatoria, para aprovechar la conocida compartamentalización de la respuesta inmune. Actualmente hay en estudio 12 vacunas antituberculosas, en distintas fases de investigación; dos de ellas ya entraron a la fase III y se están empleando en África.

Se ha planteado que una especie de vacuna BCG polivalente, a la cual se le hayan introducido genes más específicos de *M. tuberculosis* y antígenos de otros agentes infecciosos podría, en un futuro tal vez no tan lejano, ser nebulizada en una sala de cine, de modo que mientras se proyecta nuestra película favorita, se esté inmunizando a grandes sectores de la población de todas las pestes que azotan a la humanidad.

Han aparecido dos nuevos desafíos: la asociación TBC-SIDA y las epidemias de tuberculosis multi-resistentes (TB-MDR/XDR)

El primer gran desafío que apareció a fines del siglo pasado, cuando la tuberculosis estaba iniciando un lento descenso en la mayoría de los países del mundo, fue la irrupción del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que compromete preferentemente los linfocitos CD4, que son los que nos defienden de las infecciones intra-celulares como la tuberculosis. La aparición de esta nueva epidemia ha obligado a hacer una serie de cambios en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, cuando ésta se asocia al SIDA.

Por otro lado, frecuentemente se plantea el diagnóstico diferencial entre tuberculosis y la enfermedad producida por micobacterias ambientales no tuberculosis, las llamadas micobacteriosis, lo que ha estimulado la implementación de nuevas técnicas de identificación entre las distintas micobacterias.

Además, ahora nos enfrentamos con la llamada Tercera Epidemia, la de las tuberculosis multi-resistentes, ya anunciada por la revista Chest, que el año 1994 comunicó la existencia de una epidemia de tuberculosis multi-resistente en Nueva York.

En 2006 se descubrió en KwalaZulu Natal, en Sudáfrica, una epidemia aún más mortífera, que afectó especialmente a enfermos tuberculosos infectados con el VIH y a sus contactos.

Y así se han ido descubriendo distintas formas de tuberculosis multi-resistente.

En primer lugar existe la Tuberculosis Multi-Drogo-Resistente (TB-MDR), que es resistente por lo menos a isoniacida y rifampicina, las dos drogas de acción antituberculosa más potentes de que disponemos; después la Tuberculosis Extensamente-Drogo-Resistente (TB-XDR), que además es resistente a los fármacos antituberculosos de segunda línea más eficaces: las fluoroquinolonas y los inyectables (kanamicina, amikacina y capreomicina), y por fin, la Tuberculosis Totalmente Resistente (TB-XXDR), que puede llegar a ser resistente a todos o casi todos los medicamentos antituberculosos.

Estas nuevas epidemias se deben a la mala utilización que se ha hecho en muchos países de la quimioterapia, dado que los malos tratamientos y sobre todo las fallas en la supervisión de ellos, favorecen la selección de cepas naturalmente resistentes a todas las drogas antituberculosas que existen en toda población bacteriana numerosa. Pero, ya anteriormente habíamos asistido a la epidemia de tuberculosis multi-resistente de Nueva York, que sólo pudo ser controlada a un costo calculado en mil millones de dólares.

Posteriormente, la OMS ha realizado varias encuestas internacionales, la última mostró que ya el 3% de los casos nuevos diagnosticados a nivel mundial son portadores de cepas multi-resistentes. Pero esto no da una idea adecuada de la gravedad del problema, porque esta cifra es superior al 10% en algunos países, incluyendo algunos de nuestra América.

Lo más grave es que los enfermos portadores de cepas multi-resistentes adquiridas contagian a sus contactos y al resto de la población sana con estas mortíferas cepas. De hecho, la OMS ha calculado que existen más de 50 millones de individuos en el mundo infectados actualmente con cepas multi-resistentes.

Disponemos de tratamientos adecuados para intentar curar estos pacientes, aunque a expensas de asociaciones de drogas más caras, más tóxicas y menos efectivas, que obligan a prolongarlos por 18-24 meses. Pero, antes de intentar curar a estos infortunados enfermos, es aconsejable diagnosticar oportunamente su condición de multi-resistentes.

Para ello están en desarrollo nuevos estudios de sensibilidad, fenotípicos y genotípicos, frente a las distintas drogas antituberculosas. Sin embargo, casi todos ellos dependen de cultivos que requieren demasiado tiempo para su desarrollo e identificación.

Se ha visto que la resistencia a la rifampicina es un marcador de multi-resistencia, porque casi siempre se acompaña de resistencia a isoniacida y a otras drogas. Afortunadamente la resistencia a este fármaco se concentra en un pequeño segmento del gen del *Mycobacterium tuberculosis*, de modo que el diagnóstico de multi-resistencia se puede inferir fácilmente con el estudio de los polimorfismos del gen rpo B en cultivos micobacterianos. Esta determinación promete simplificarse notablemente con el empleo del Xpert MTB/RIF, en muestras directas de esputo, es decir evitando las largas semanas de espera a que se desarrollen los cultivos.

Los nuevos desafíos que enfrenta el control de la tuberculosis son numerosos. Pero, como nunca antes, contamos ahora con nuevas y más eficientes tecnologías. El gran desafío es ponerlas al alcance de todos los enfermos. Solo si llegamos a disponer de ellas en nuestro medio y somos capaces de aplicarlas bien, estaremos en condiciones de alcanzar la conquista de la tuberculosis en el curso de una generación.

Por otra parte, la tuberculosis puede ser considerada también un paradigma dentro de la medicina. Ha sido precursora y orientadora en muchos campos.

Los modernos programas de control de la tuberculosis son un modelo igualmente aplicable a las estrategias de control de otras enfermedades como el SIDA, que frecuentemente son enfrentadas por el mismo personal sanitario en el nivel primario. Los nuevos enfoques frente a la nueva epidemia de tuberculosis multi-resistente y el énfasis en el desarrollo de nuevos medicamentos y nuevas asociaciones, son también un modelo para el combate de otras infecciones resistentes a los antibióticos.

La vacuna BCG, que fue una de las primeras medidas preventivas frente a la tuberculosis, no solo se sigue aplicando por millones en la mayoría de los países, sino que también ha creado un enfoque conceptual orientado a lo preventivo, que sigue inspirando el desarrollo de nuevas vacunas.

Muchas de las técnicas modernas creadas para el diagnóstico de la tuberculosis, con énfasis en su aplicación en gran escala y a bajo costo, son aplicables a numerosas otras enfermedades.

El primer estudio médico randomizado con grupo de control que inició las investigaciones médicas modernas en el mundo y la medicina basada en evidencia, fue el publicado por el British Research Council de Londres en 1948, el cual demostró en forma científica la eficacia de la estreptomicina en el tratamiento de la tuberculosis. En tanto, las primeras investigaciones cooperativas internacionales controladas, fueron las organizadas por la Unión Internacional contra la Tuberculosis hace más de 50 años.

La implementación en amplia escala y con criterio de salud pública de la quimioterapia antituberculosa moderna, ha evidenciado la importancia de supervisar la administración de los tratamientos en otras patologías.

El desarrollo de una forma especial de resistencia bacteriana de tipo cromosómico, que obliga a la asociación de medicamentos para evitar el desarrollo de resistencia, es un principio general utilizado incluso en la quimioterapia del cáncer.

La quimioprofilaxis, es decir la prevención de una enfermedad con la administración de un fármaco, y la isoniacida, son otros ejemplos aplicables a la prevención de otras enfermedades.

Prácticamente todos los principios modernos de la cirugía de tórax se desarrollaron a partir de la cirugía de la tuberculosis.

La reacción de tuberculina dio inicio a la era moderna de la inmunología, como un modelo de reacción inmune de tipo retardado mediado por células.

Gracias a la lucha contra la tuberculosis se crearon las primeras organizaciones médicas nacionales e internacionales. De hecho, en Chile los antiguos tisiólogos, marcados por las implicaciones sociales de la tuberculosis, fueron los principales contribuyentes en la creación del Servicio Nacional de Salud.

Más recientemente, una de las primeras secuenciaciones completas del genoma de un microorganismo, con el análisis de sus mortíferos 3996 genes, fue la del bacilo de Koch.

Finalmente, la lucha contra la tuberculosis es un ejemplo del costoso intervalo que media entre la adquisición de un conocimiento y su aplicación en gran escala, de modo que beneficie a toda la población. En efecto, cuando decimos que la tuberculosis es fácilmente curable con la quimioterapia, soslayamos lo difícil que sigue siendo que un tratamiento teóricamente tan sencillo y eficaz logre ser administrado en forma efectiva en todos los países, cualesquiera que sean sus medios económicos o grado de desarrollo sanitario.

La tuberculosis ha contribuido a la comprensión, al diagnóstico y al tratamiento de muchas enfermedades, pero, hasta ahora, está demostrando una increíble incapacidad de beneficiarse a sí misma. En palabras de un investigador: "La historia de la tuberculosis es una historia de fracasos médicos, científicos y políticos".

Los invito a leer algunos capítulos generales de la tercera edición de mi libro Tuberculosis, un ejemplar ya está en la biblioteca de esta Academia. Como todos los autores, buenos o malos, he recibido bastantes elogios por este libro, pero los que más me han agradado son los de aquellos lectores que lo encuentran entretenido. Espero que ustedes se aventuren en su lectura, y que por lo menos también lo encuentren entretenido.

Hay que seguir considerando a la tuberculosis, que ¡no es, aún, una enfermedad derrotada! ■

Comentarios

Ac. Armas (Presidente). Muchas gracias, Victorino. Mientras hablaba Victorino, me acordé de mis años mozos. Estudié medicina en el hospital El Salvador y las enfermedades como la tuberculosis las vi en el hospital del Tórax; la medicina interna no incluía la tuberculosis– Pero luego hice mi formación de internista en el hospital San Juan de Dios, donde estaba el Dr. Farga que venía llegando de San Francisco, EEUU donde había permanecido junto al Dr. Comroe. En esa época se hablaba de Comroe y se miraba al cielo, porque era el hombre que había "inventado" la fisiología pulmonar. Pero Victorino estaba dedicado a combatir la tuberculosis y el grupo en que trabajaba invertía muchas horas en el informe de los Abreu. En este hospital general, la tuberculosis era tema. Una vez por semana atravesábamos la ciudad y llegábamos al hospital del Peral a controlar a los tuberculosos que tenía hospitalizados el grupo del hospital San Juan de Dios, el que, por no disponer de suficientes camas de hospitalización, internaba ahí a sus pacientes. En ese lugar descubrí que la tuberculosis podía ser parte de la medicina interna y no parte del trabajo de los tisiólogos. El hospital del Peral tenía el ritmo de sanatorio, muy tranquilo, nadie se apuraba, la tuberculosis no era un problema nacional, incluso almorzábamos en el hospital del Peral, nos servían algunos tuberculosos que estaban en buenas condiciones y partíamos de vuelta a Santiago. Era un estilo de trabajo distinto, una vocación distinta; recuerdo que el Dr. Pereda se esmeraba en hacer economía con el papel y los clips, porque no había recursos para esta batalla desatada contra la tuberculosis y era una tarea de los médicos internistas. En lo que hemos oído hoy día y en el avance en el

tema de la tuberculosis, el Dr. Farga ha cumplido un muy destacado papel; el tratamiento abreviado lo iniciaron en su grupo…

Quiero agradecerle al Dr. Farga no solo por esta conferencia, sino que por una historia, por una vida dedicada a un problema tremendo, que está bastante controlado en Chile.

Ac. Cubillos. En primer lugar, quiero felicitar al Dr. Farga por esta excelente y actualizada información sobre el tema. Al igual que al Dr. Armas Merino, me tocó vivir la enfermedad tuberculosa, a mediados del siglo XX, con una fisonomía distinta a la actual. Desde el punto de vista quirúrgico, me correspondió observar, tratar y enseñar a los alumnos de medicina formas clínicas de esta enfermedad, hoy muy poco frecuentes: la linfoadenitis cervical TBC (escrófula); la osteoartritis TBC de la columna (mal de Pott), de la articulación coxofemoral (coxalgia), la peritonitis y meningitis tuberculosa, etc. Era la época de la Cirugía de la TBC pulmonar agresiva y muchas veces mutilante (toracoplastías, lobectomías, neumonectomías, etc). Toda esta realidad cambió radicalmente con la aparición de los antibióticos, en particular de la estreptomicina. De paso, recuerdo que la Tesis de Licenciatura en Medicina del Dr. Farga versó sobre *"Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con Estreptomicina"* (1953). El cambio fue muy marcado e hizo pensar que la enfermedad estaba controlada y destinada a desaparecer. Por esto, los sanatorios para tuberculosos se transformaron en hospitales generales; por ejemplo en Santiago, el Sanatorio El Peral se transformó en Hospital "Dr. Sotero del Río"; en Valparaíso, el Hospital Sanatorio del cerro de Las Delicias pasó a ser el Hospital (General) Valparaíso. Esta falsa percepción triunfalista frente a la TBC nos hizo quedar un tanto dormidos. Por esto, es muy valiosa e ilustrativa la presentación del Dr. Farga al demostrarnos que la TBC, al comienzo del siglo XXI, sigue vigente en gloria y majestad.

Referente a la Estreptomicina, que inicialmente fue el antibiótico de primera línea en la terapia antituberculosa, me llama la atención que no aparezca actualmente junto a los nuevos fármacos, en el moderno armamentario anti-TBC; pienso que pueda ser por el efecto deletéreo que tiene sobre el nervio auditivo. Por último, también me llamó la atención que alguna de las nuevas drogas anti-TBC presentadas, igualmente fuera efectiva contra el *Mycobacterium leprae,* pariente del bacilo de Koch y agente etiológico de la lepra. La pregunta es si la lepra, de alta difusión en otros continentes, también estaría en regresión y qué efecto tendría la aplicación clínica de las nuevas drogas mencionadas. Dr. Farga, lo vuelvo a felicitar por su actualizada y motivadora presentación.

Ac. Miquel. Me sumo a las felicitaciones por esta excelente conferencia tan actualizada. Tengo la siguiente duda, se ha publicado mucho que con el SIDA hubo un repunte tremendo de la tuberculosis, pero según varios trabajos aquí en Chile ha seguido descendiendo ¿Cómo explicar eso?

Ac. Farga (Relator). El SIDA en Chile curiosamente no ha tomado las características de otros países. En África del Sur, por ejemplo, el Sida no está controlado, pero en Chile está acotado porque hay un buen programa de tratamiento; el virus de la

inmunodeficiencia humana, como otros factores que mencioné, ciertamente son factores que van en contra, pero el programa en Chile es tan efectivo que no alcanza a influir. Los medios de comunicación me han preguntado si acaso el hecho que haya más tuberculosis en los inmigrantes peruanos no hace subir la curva en Chile; en realidad no, hay más tuberculosis pero no alcanza a vencer un programa que está bien instalado y es muy efectivo. Claramente, si no hubiera SIDA, ni inmigración, ni pobreza, quizás habríamos llegado a las metas que queríamos alcanzar. Usted tiene razón, ya que el SIDA es un factor en contra pero no alcanza a neutralizar los efectos favorables de los programas.

Ac. Uauy. Este es un ejemplo de lo que ha sido la salud pública en Chile, creo que ha beneficiado a la formación de médicos en toda su dimensión. Claramente en otras partes del mundo donde no hay medicina preventiva y que pueden tener cobertura 100%, hay epidemia de tuberculosis por la población de inmigrantes y en la población que está fuera del sistema legal, ahí claramente la vigilancia debe ser permanente. Hay un tema que ha estado en discusión, especialmente tomando en cuenta el BCG obligatorio que hay en Chile, muy pocos países tienen BCG obligatorio y de alguna manera el BCG protege exclusivamente sobre la forma sistémica en la meningitis principalmente, entonces la pregunta es si vale la pena seguir vacunando o la alternativa es buscar vacunas celulares. Ese es un poco el debate en Chile, si vale la pena vacunar a todos o gastar más dinero con vacunas celulares para evitar complicaciones, especialmente con la inmunodeficiencia primaria donde la BCG puede ser más complicada.

Ac. Farga (Relator). En un estudio riesgo-beneficio se sabe que la vacuna BCG ha salvado muchas vidas; solo algunos países la han suprimido. En Chile se vacunaba al nacer, a la entrada y a la salida del colegio, tres veces; se sacó la de la salida del colegio y hace poco la de la entrada del colegio, pero la vacuna al nacer se usa en la mayoría de los países, porque cuando se suspende empieza a aparecer meningitis y otras infecciones. En lugares como Arica, Punta Arenas y Temuco va a tener que mantenerse la vacunación. No ha llegado el momento de suspender la vacuna en Chile.

Ac. Valdivieso. Agradezco muchísimo haber venido a esta conferencia, verdadero modelo de conferencia, no solo por lo que el Dr. Farga representa y se ha señalado aquí elocuentemente sobre la lucha en el pasado contra la tuberculosis, sino porque esta conferencia nos ha puesto al nivel de lo que la tecnología moderna es capaz de hacer y en forma tan maravillosa como lo mostró él en su exposición. Quería hacer un comentario; el SIDA es uno de los mayores éxitos de patologías incorporadas al AUGE, pero se da la paradoja que en materia de atención primaria no hemos avanzado casi nada porque la conducta que lleva a los pacientes a contagiarse de SIDA no ha cambiado sustancialmente, lo que sí ha cambiado esencialmente son los programas de captación y de tratamientos de enfermos que al mismo tiempo que los tratan mejoran su inmunidad y los protegen del contagio de la tuberculosis, o por lo menos disminuye la frecuencia del contagio de la tuberculosis. El SIDA dentro del sistema AUGE es una barrera de contención que ayuda a que no se haya producido en nuestro país una enorme epidemia tanto de SIDA como de la tuberculosis que viene acompañada.

Ac. García de los Ríos. Los que convivimos con el Dr. Farga desde el año 1954, cuando se inaugura el Hospital San Juan de Dios, conocemos su lucha permanente, muy propia de su genética de catalán brillante. Chile tiene un hombre destacado en la lucha moderna contra la tuberculosis y ese hombre es Victorino Farga, a quien yo quiero mucho. Pienso que no solamente el SIDA ha hecho que tenga una lenta disminución la prevalencia, sino que el médico general pensó que la tuberculosis ya no es un problema tan grave. Todos los que hasta los años 90 atendíamos en la atención primaria en el Hospital San Juan de Dios, porque así se nos mandaba, pensábamos que ante cualquier patología que tuviera el paciente, debíamos descartar tuberculosis y eso lo hacíamos hasta con los diabéticos, porque el Dr. Farga nos enseñó que la asociación diabetes-tuberculosis era altísima. Después fuimos aflojando las riendas y es un problema importante el no lograr metas mejores que las que tenemos, pero de todos modos comparados con el resto de los países estamos bastante bien. Felicitaciones, Dr. Farga.

Ac. Armas (Presidente). Victorino: ¿si tú estuvieras encargado de la salud de este país que harías con este tema?

Ac. Farga (Relator). Cuando yo era estudiante tenía ideas muy buenas, pero hoy no tengo ninguna. Me acuerdo de ese señor que decía: "cuando yo era soltero tenía diez ideas maravillosas para educar a los niños y ahora tengo diez niños y no tengo ninguna idea". En realidad, es para conversarlo en un comité pequeño.

Ac. Sudy. He escuchado esta extraordinaria conferencia y me acuerdo de lo que dijo Ortega y Gasset respecto a los filósofos, la claridad es la cortesía del filósofo. La cortesía del Dr. Farga es hacer clara una materia como ésta que en general pareciera un poco como la bella durmiente, es decir, un poco olvidada; cuando uno habla de tuberculosis pareciera que estuviera recordando la montaña mágica de Tomás Mann y ese bolero de los años 40 que dice "….nosotros, que nos queremos tanto, debemos separarnos, no me preguntes más…". En Arica, mi ciudad, donde tenemos todavía índices altos de tuberculosis, se presentan situaciones bastante difíciles, porque Arica tiene frontera con Perú y Bolivia; en la frontera con Perú en Chacalluta pasan entre 5.000 a 8.000 personas al día y por Tambo Quemado alrededor de 2.000 personas registradas con Bolivia, más las que pasan por los pasos no registrados, tenemos ahí contrabando de bacilo de Koch permanente. Es muy difícil para nosotros controlar, se hace endoscopía para saber si traen cocaína, pero no se hacen análisis para saber si traen tuberculosis. Todas las empleadas domésticas en Arica son peruanas, nadie les hace un estudio de tuberculosis, por lo que no sabemos si estamos durmiendo con el enemigo. Esa es la realidad, sabemos de algunos sectores donde llegan estos inmigrantes y que podemos tratarlos, pero cuesta identificarlos; es gente que no tiene una formación cultural y que incluso le cuesta entender el español, con lo cual los tratamientos no se siguen, no se comprenden, se van y no dejan las direcciones; la mayoría vive hacinada en piezas, por lo que no ha sido fácil. Sin embargo, creo que en Arica hemos trabajado bastante los índices, dentro de lo posible, pero es una lucha permanente esto de la tuberculosis. Nos quedamos un poco dormidos cuando se suprimieron los sanatorios; también recuerdo que íbamos al Peral, nos llevaban desde

la Escuela de Medicina en un bus verde y nos esperaba el Dr. René García Valenzuela con su figura imponente. Cabe recordar que el Dr. García Valenzuela tuvo una tuberculosis en el Valle de Sama con Juan Noé y le dio un hemoptisis y lo trasladaron en un barco a Santiago, postergando su licenciatura como médico durante dos o tres años para tratar su tuberculosis y terminó siendo Director del Sanatorio El Peral. Creo que el SIDA ha tenido la virtud de tocar un poco la campana sobre la tuberculosis. A propósito, otro problema que tenemos con la frontera es el SIDA, también muy difícil de controlar, especialmente cuando en Tacna las niñas alegres cobran $3.500 o $2.000 por una noche, una oferta turístico-sexual muy difícil de combatir.

Ac. Armas (Presidente). Recuerdo que cuando entré a la Escuela de Medicina pasamos un examen de salud en la casa central de la Universidad de Chile. También recuerdo que cuando ingresé a la administración pública pasé por un examen de salud que incluía el Abreu, esa era la lucha contra la tuberculosis, y también recuerdo un aspecto que aquí no se ha tocado, una de mis hermanas hizo una tuberculosis que terminó en toracoplastía y que felizmente salió adelante pero que fue toda una adolescencia en cama con marginación social; el precio de vivir la tuberculosis también era muy caro. Estoy en la 3ª edad hace rato y nadie me ha invitado como persona mayor a realizar un examen buscando tuberculosis y si ahí están los focos deberíamos estar revisando permanentemente a la gente de edad. No sé si en inmigración cuando se da el permiso transitorio o permanente se revisa el pulmón.

Algo muy interesante que dijo el Dr. Farga fue que la salud de este país se originó cuando se creó el Servicio Nacional de Salud. Eso fue obra de un conjunto de especialistas en enfermedades respiratorias, no sé si fue la vocación por la salud pública que los llevó a esto o la tisiología lo llevó a la salud pública, pero es muy interesante como el grupo de tisiólogos integró el Servicio Nacional de Salud. ■

EL LEGADO DE GÖETHE[1]

Dr. Otto Dörr Zegers

Académico de Número

Nadie podría pretender, en pocas páginas, hacer ni siquiera el intento de resumir el legado de este hombre universal que fue Johann Wolfgang von Göethe (Frankfurt, 1749 - Weimar, 1832), máximo representante de la cultura alemana. Su obra más conocida es, por cierto, la literaria, donde se destacó como poeta y dramaturgo, pero también incursionó con singular éxito en el campo de las ciencias naturales y de la filosofía de las ciencias. Notables son sus estudios sobre el sentido de la vista y la naturaleza de la luz, así como su original y revolucionaria teoría de los colores; también habría que recordar sus extraordinarios aportes a la teoría de la evolución publicados 50 años antes que la trascendental obra de Darwin, sus estudios de anatomía comparada, de botánica, de mineralogía, de geología y de cosmología. Fue además un muy buen dibujante y pintor, hasta el punto de haber llegado a pensar en dedicarse de lleno a la pintura, proyecto que abandonó durante su viaje por Italia (1786-88), al encontrarse cara a cara con la grandeza de los pintores del Renacimiento, en particular con la obra de Rafael. Por último, no debemos olvidar su trascendencia política, pues durante 50 años desempeñó importantes cargos en el Principado de Sajonia-Weimar, entre otros el de Ministro de Cultura y Educación. Además, su fama de genio incomparable era tal, que en dos oportunidades el gran Napoleón quiso entrevistarse con él, al pasar cerca de Weimar en viaje a Viena. No es entonces al inabarcable legado que Göethe dejara a la humanidad a lo que nos estamos refiriendo con el título de este ensayo, sino a una poesía con ese nombre (*das Vermächtnis* = legado o testamento) que él escribió al cumplir los 80 años, edad inverosímil en una época en que el promedio de vida era 30.

Esta famosa poesía está compuesta por cinco estrofas, en cada una de las cuales Göethe toca un tema trascendente. En la primera se refiere al carácter eterno del ser. En la segunda desarrolla el tema de la verdad. En la tercera nos llama a alejarnos de los afanes del mundo y reflexionar sobre el carácter ético de cada una de nuestras acciones. En la cuarta estrofa nos recuerda que el mundo está lleno de riquezas y que la única forma de conocerlo es siendo fiel a lo que nos transmiten los sentidos (en oposición a las meras elucubraciones). Y por último, en la quinta estrofa, que es una suerte de apoteosis, el poeta vincula el gozo de los sentidos de la estrofa anterior con la perfección de las leyes de la naturaleza y la superación del tiempo hacia lo eterno. He aquí la poesía original y la versión en castellano en una traducción propia:

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 1 de junio de 2011.

Vermächtnis (1829)

Johann Wolfgang von Göethe
Kein Wesen kann zu nichts zerfallen!
Das Ewge regt sich fort in allen,
am Sein erhalte dich beglückt!
Das Sein ist ewig: denn Gesetze
bewahren die lebendgen Schätze,
aus welchen sich das All geschmückt.

Das Wahre war schon längst gefunden,
hat edle Geisterschaft verbunden:
Das alte Wahre, fass es an!
Verdank es, Erdensohn, dem Weisen,
der ihr, die Sonne zu umkreisen,
und dem Geschwister wies die Bahn.

Sofort nun wende dich nach innen:
Das Zentrum findest du da drinnen,
woran kein Edler zweifeln mag.
Wirst keine Regel da vermissen:
Denn das selbständige Gewissen
ist Sonne deinem Sittentag.

Den Sinnen hast du dann zu trauen:
Kein Falsches lassen sie dich schauen,
wenn dein Verstand dich wach erhält.
Mit frischem Blick bemerke freudig
und wandle, sicher wie geschmeidig,
durch Auen reichbegabter Welt.

Geniesse mässig Füll und Segen;
Vernunft sei überall zugegen,
wo Leben sich des Lebens freut.
Dann ist Vergangenheit beständig,
das Künftige voraus lebendig,
der Augenblick ist Ewigkeit.

Und war es endlich dir gelungen,
Und bist du vom Gefühl durchdrungen:
Was fruchtbar ist, allein ist wahr,
Du prüfst das allgemein Walten,
Es wird nach seiner Weise schalten,
Geselle dich zur kleinsten Schar.

Und wie von alters her im stillen
Ein Liebewerk nach eignem Willen
Der Philosoph, der Dichter schuf,

So wirst du schönste Gunst erzielen:
Den edlen Seelen vorzufühlen
Ist wünschenswertester Beruf.

El Legado (1829)

¡Ningún ser puede desintegrarse hacia la nada!,
pues lo eterno se prolonga en cada uno.
¡Feliz mantente entonces en el Ser!
Él es eterno, porque las leyes
conservan los tesoros vivos
con los cuales se alhaja el universo.

Lo verdadero fue encontrado hace ya tiempo
y ha unido a los espíritus más nobles.
¡Toma las verdades más antiguas!
Hijos de la tierra, agradeced al sabio
que a ella y a su hermana
señaló el camino alrededor del sol.

Ahora, vuelve de inmediato a tu interior;
es allí donde encontrarás el centro
del que no puede dudar ningún ser noble.
Ahí no echarás de menos regla alguna,
porque la conciencia, autónoma,
es como el sol para tu conducta moral de cada día.

Entonces tienes que confiar en los sentidos,
porque ellos no te dejarán mirar lo falso,
si es que tu espíritu te mantiene despierto.
Con mirada nueva observa tú con alegría,
mientras paseas, seguro y ágil, por los prados
de un mundo colmado de riquezas.

Goza con moderación lo pleno y lo bendito
y que la razón esté siempre y en todas partes a la mano,
allí donde la vida se alegra de la vida.
Porque el pasado permanece,
el futuro, vivo, se anticipa
y el momento es una eternidad.

Y si finalmente lo lograste,
y estás impregnado tú de sentimientos,
recuerda: solo lo que es fecundo es verdadero.
Pon a prueba el imperio de las mayorías;
ellas tratarán a su modo de imponerse,
pero tú refúgiate en el grupo más pequeño.

Y como desde siempre y en la paz
crearon filósofo y poeta
una obra de amor a voluntad,
así alcanzarás tú la más hermosa de las gracias:
porque reconocer las almas nobles
es la labor más digna de desear.

Primera estrofa:

En los primeros dos versos y, como nadie antes con esa decisión, afirma Göethe la eternidad del ser. Pero no se trata aquí del ser inmóvil de Parménides, que niega el cambio. Ya sabemos cómo Göethe, al igual que cien años más tarde Rilke en uno de los Sonetos a Orfeo (II, 12), sostiene que la metamorfosis, el cambio evolutivo, está en la esencia de la vida misma. "Muere y llega a ser", es su llamado en otra de sus poesías más famosas, "*Selige Sehsucht*" (Feliz anhelo), inspirada en el amor de la mariposa por la llama que significará su muerte. Con otras palabras, la eternidad del Ser de Göethe no es estática, sino dinámica. Él se adelantó 200 años a los científicos modernos que, desde distintas ramas del saber (física, química, biología, etc.), han llegado a la conclusión de que los entes reales no son "substancias" compuestas por la suma de elementos singulares, sino partes de estructuras y sistemas, vale decir, un conjunto de elementos interrelacionados íntimamente, cuya esencia misma es el cambio, que en el ámbito de lo humano equivale a la historicidad: "pues lo eterno se prolonga en cada uno". El tema de la permanencia a pesar del cambio lo preocupó toda su vida, habiéndose constituido en uno de los grandes motivos de su tragedia "Fausto". De hecho, la última estrofa de esta obra magna empieza con esos versos estremecedores que aluden justamente al tema en cuestión: "Todo lo transitorio es solo una metáfora...", esto es, que el mundo terrenal es solo un reflejo de un mundo superior y eterno, una metáfora de lo divino.

Estos primeros versos de El Legado, así como los versos citados del Fausto, se tornan aún más impresionantes cuando se piensa que la física moderna está llegando en los últimos años a la conclusión de que no solo se conserva la energía, sino también la información. Esta teoría ha sido defendida recientemente por el astrofísico Stephen Hawking en un congreso sobre relatividad general y gravitación, en Dublín (2004). Hawking parte reconociendo que durante mucho tiempo él sostuvo lo contrario, que la información se perdía en los agujeros negros, pero luego intenta demostrar que en sus últimos desarrollos, tanto teóricos como experimentales, llegó a la conclusión de que la información era capaz de atravesar los agujeros negros y que, por lo tanto, era eterna. "Todo lo que la observación en el infinito puede determinar es que existe un mapa desde los estados iniciales hasta el final y que esa información no se pierde". Y más adelante afirma con énfasis: "La información permanece firmemente en nuestro universo y siento desilusionar a los seguidores de la ciencia-ficción, porque si la información se conserva, no existe la posibilidad de utilizar a los agujeros negros para viajar a otros universos". Si pensamos que cada ser es un mosaico

único e irrepetible de información y ésta no desaparece con la muerte o destrucción material de ese ser, estaríamos enfrentando por primera vez la posibilidad de un fundamento científico para ese antiguo sueño del ser humano de tener un alma inmortal. Göethe fue aún más explícito en su intuición sobre la eternidad al afirmar en uno de sus aforismos que "todo lo que nace busca su espacio y quiere permanecer" (*Gedenkausgabe,* Tomo XVII, p. 710).

En este ser que somos en cada caso y que al mismo tiempo nos trasciende hacia lo infinito del Ser divino debemos mantenernos siempre felices, con la certeza de compartir con él su eternidad. Luego fundamenta Göethe el por qué de la eternidad del ser: "porque las leyes conservan los tesoros vivos con los cuales se alhaja el universo". La palabra usada por el poeta en el original es *das All,* que tiene un doble significado: por un lado "universo", "cosmos" y por otro, "el todo", "la totalidad". Pienso que el poeta está empleando esta expresión en ambas significaciones. Por una parte, lo aludido aquí es el universo y en cierto modo la naturaleza toda, la que goza de la infinidad de seres surgidos en y de ella. Recordemos que para Göethe la naturaleza alcanza una dimensión casi divina. Así, en sus "Aforismos y Fragmentos" leemos: "quien quiera negarle a la naturaleza su carácter de órgano divino, está negando al mismo tiempo toda forma de revelación". Y luego agrega: "La naturaleza esconde a Dios, pero no a todos" (op. cit., tomo XVII, p. 708). El segundo significado de *All,* el todo, se confunde con la divinidad. Es decir, no solo la naturaleza sino que Dios mismo se adorna con las cosas que ha creado ("los tesoros vivos") y que se rigen por leyes perfectas y eternas, cualidades que vienen a ser también sus atributos. Ese *All,* esa totalidad, representa entonces tanto a Dios como a la naturaleza. Pero, ¿cómo conciliar una divinidad impersonal (la naturaleza) con una personal (Dios)? El panteísmo sostiene que Dios y la naturaleza son lo mismo, y algo así se deja entrever en el aforismo citado más arriba. Sin embargo, y como veremos en la segunda estrofa, la existencia de un Dios personal no es negada por el poeta; más aún, en sus escritos sobre "Teoría de la Ciencia", al referirse a la polaridad de los fenómenos, habla de "Dios y el Universo" como de entes distintos y en cierto modo contrapuestos (op. cit., tomo XVI, p. 863). Por último, el ya mencionado final del Fausto es una demostración más de su profunda fe en un Dios único y personal.

Segunda estrofa:

El tema de la segunda estrofa es la verdad. El poeta nos ofrece dos características de "lo verdadero". La primera es que fue encontrado hace ya tiempo, vale decir, que el hombre ha estado desde siempre vinculado a la verdad. El hombre es un ser que, como nos dirá Heidegger (1961) más tarde, necesita la iluminación (*die Lichtung*) de la verdad. De algún modo su vida consiste en ir des-cubriendo verdades y sentidos. Aquellos que cumplen con esta misión son, por cierto, "los espíritus más nobles". Todo el problema de la autenticidad, del imperativo délfico "conócete a ti mismo", de las oscuridades propias de cada ser, que han de ser develadas para alcanzar la verdadera salud, en el sentido griego de la palabra, la función de la psicoterapia (Dörr,

1993), etc., todo ello está ligado al tema de la verdad que toca el poeta en estos versos. Lo segundo que nos dice al respecto es que para orientarnos en la vida debemos aferrarnos a "las verdades más antiguas", vale decir a los mitos, a las creencias religiosas, llenas como han estado siempre de un contenido de verdad capaz de mantener su fecundidad por siglos. Recordemos que los grandes creadores de cultura han sido siempre los fundadores de religiones. Pensemos en Buda, Lao-Tsé, Jesús o Mahoma. Sócrates sería una excepción en el sentido que fue, sin duda, un creador de cultura, pero no fundó ninguna religión particular. Sin embargo, nadie dudaría en considerarlo como un hombre profundamente religioso.

En la segunda parte de esta estrofa hace Göethe una clara referencia a ese Dios personal que echábamos de menos en la primera. Y así es como él llama al "hijo de la tierra" a agradecer al "sabio" que creó las leyes eternas entre las cuales está también el girar de los planetas en torno a sus estrellas. Con "la hermana" está aludiendo a la luna. Ahora bien, al destacar en Dios el atributo de sabio, es posible que Göethe haya querido también honrar la memoria de algunos de esos hombres sabios que a lo largo de la historia han contribuido en forma determinante al descubrimiento de esas leyes. Los nombres de Copérnico y de Galileo resuenan aquí en toda su grandeza, si recordamos las múltiples dificultades que tuvieron para convencer al mundo, entre otras cosas, de que la tierra no era el centro del universo. La relación entre estos científicos y el tema central de la estrofa en cuestión no puede ser más evidente, pensemos en la consecuencia que ellos mostraron en la búsqueda y defensa de la verdad.

Tercera estrofa:

La tercera estrofa tiene dos temas, a su vez muy relacionados entre sí. El primero se refiere a la necesidad que tiene el hombre de mirar al interior de sí mismo y aprender a conocerse y el segundo, a la conciencia moral y por ende, a la libertad inherente a nuestros actos. El llamado "vuelve de inmediato a tu interior" implica de algún modo que la natural tendencia del hombre es la contraria: salirse de sí mismo, perderse en el "se" (el *das Man* de Heidegger, 1927), en el "se piensa", "se dice", "se hace". Las formas extremas de esta *Verfallenheit* (caída o disolución en el mundo) son justamente la curiosidad, el afán de novedades y la habladuría. Contra todo ello nos está advirtiendo Göethe en estos versos, pero también nos está remitiendo otra vez al imperativo délfico "conócete a ti mismo" y a la ética socrática del reconocer la propia ignorancia, para desde ahí dirigir nuestras acciones hacia la virtud y la sabiduría.

Pero esta vuelta hacia lo interior, que a una mirada superficial podría ser confundida con un retiro egoísta del mundo y de la comunidad, lleva implícita una advertencia: "es allí donde encontrarás el centro". ¿De qué centro se trata?, porque Göethe no podría estar refiriéndose aquí a un "centro" meramente espacial. Quizás si otro gran poeta de lengua alemana pueda ayudarnos a resolver el problema. Se trata de Rainer Maria Rilke (1875-1926), quien en el Soneto XXVIII de la Segunda Parte de los "Sonetos Orfeo" nos habla también de un "centro" trascendental. Así, en el primer terceto dice: "Tú aún conocías el lugar donde se elevó la lira, / resonando:

el inaudito centro". Y poco antes había dicho: "Porque ella / solo se agitaba entera al escuchar a Orfeo con su canto". "Ella" es aquí la naturaleza. Pero para comprender estos versos tendríamos que recordar, aunque sea sucintamente, la historia de Orfeo. Según el mito, este semidios, hijo y discípulo de Apolo, después de perder por segunda vez a su adorada esposa Eurídice, se retiró a las montañas y, como forma de trascender su dolor, se dedicó a la labor de espiritualizar el mundo, y en particular, a los animales y a los hombres. Esta maravillosa obra la realizó Orfeo a través de dos instrumentos: la lira y el canto, vale decir, la música y la palabra, herencia que nos dejó luego al morir descuartizado en manos de las pérfidas Ménades, sacerdotisas de Dionisio, las que estaban sedientas de venganza por haber sido repudiadas por Orfeo después de la muerte de Eurídice. ¿Qué es entonces el "inaudito centro"? Pues nada menos que ese lugar mágico donde se produjo el encuentro entre la naturaleza y el espíritu. Trasladado esto a la interioridad aludida por Göethe y en la cual deberíamos encontrar el "centro", cabe suponer que se trata del punto de equilibrio (o de encuentro) entre todo lo que en nosotros viene dado desde lo endógeno (caracteres hereditarios, disposición anímica, instintos, esto es la *Geworfenheit* de Heidegger) y nuestra libertad o dicho con otras palabras, se trata aquí de esa ecuación fundamental que se da en la vida del hombre entre necesidad y libertad. Y con ello conectamos con la segunda parte de esta estrofa.

Ésta se refiere, como anunciamos en la introducción, al tema de la conciencia moral (*das Gewissen).* Dos son las ideas fundamentales expresadas en estos versos: que ahí (en el centro) "no echaremos de menos regla alguna" y, luego, que la conciencia moral es "autónoma". La primera es ambigua y tiene dos lecturas en cierto modo contradictorias. Una es que, desde la perspectiva del "centro" aquel, no nos harán falta las reglas, porque la conciencia (moral) misma, al ser "autónoma", se encargará de iluminar, como el sol al día, cada una de nuestras acciones. De paso quisiera advertir que la expresión empleada por el poeta *"der Sittentag"* y que nosotros tradujimos como "tu conducta moral de cada día", no existe en el alemán cotidiano. Es una invención del poeta, hecha, probablemente, tanto por razones de tipo métrico como por su afán de condensar en pocas palabras una gran riqueza semántica. La otra lectura es la siguiente: no echaremos de menos regla alguna en nuestro interior, porque ahí ya se encuentran previamente todas y la conciencia no necesitará sino apelar a ellas para que nuestros actos las sigan. ¿Habrá querido Göethe dejar esta parte de su legado en la ambigüedad? Pienso que no y que la primera es la lectura correcta, por dos razones. La primera es que la época en que le tocó vivir a Göethe estaba todavía muy llena de prejuicios, los que él combatió con pasión desde una postura, aunque políticamente conservadora, muy libertaria. La otra es la decisión con que él declara aquí la autonomía de la conciencia moral, vale decir, la no sujeción de ésta a cánones externos rígidos y absolutos. En todo caso, desde cualquiera de las dos interpretaciones, nos encontramos aquí con un llamado a considerar el carácter fundamentalmente ético de nuestros actos y decisiones, los que deberán ser precedidos siempre por una vuelta hacia la interioridad, una búsqueda del centro y un tranquilo esperar que ellos sean iluminados por la conciencia.

Cuarta estrofa:

El tema de esta estrofa es profundamente göetheano: si quieres conocer la realidad debes ser fiel a tus sentidos y no confiar en las meras elucubraciones. Él fue un gran observador de la naturaleza y así lo demuestran sus múltiples aportes a las ciencias naturales. Su posición crítica frente a la filosofía especulativa de su época la expresa con mucha decisión en una carta a F. H. Jacobi del 23 de noviembre de 1801: "Lo que me hace mantener una cierta distancia con respecto a la filosofía... es cuando se dedica de preferencia a separar, pues entonces yo no me entiendo con ella y puedo decir aún más, que ella me ha perjudicado al interferir en mi desarrollo natural. En cambio, cuando la filosofía une, o mejor dicho, cuando fortalece nuestra percepción originaria *de que nosotros y la naturaleza somos uno* y luego transforma esto en una visión tranquila y profunda... entonces me es ella bienvenida...". Pero su glorificación de los sentidos y del conocimiento empírico, fundamento de toda ciencia, la manifiesta una y otra vez en sus escritos. Así leemos en sus "Aforismos y Fragmentos" (op. cit., p. 723): "Hay una fina empiria que se identifica hasta tal punto con el objeto que llega a ser una auténtica teoría". Y más adelante afirma: "pensar es más interesante que saber, pero menos que intuir" (op. cit., p. 726). ¡Cuántas teorías sobre la realidad no se han demostrado como falsas a través de la historia! En cambio, cuando el hombre ha sido fiel tanto a su percepción sensorial como a su intuición –la que en el sentido de la palabra alemana *Anschauung* significa ver los objetos en profundidad hasta descubrir su esencia– ha podido permanecer alejado del error ("no te dejarán mirar lo falso"); incluso, se podría decir que casi todos los grandes descubrimientos de la ciencia han sido el producto de percepciones muy acuciosas o de magistrales intuiciones. En un segundo momento viene, según el caso, el experimento confirmatorio o la elaboración teórica que llevan al establecimiento de la ley. En estos versos vemos también anunciarse algunos de los principios fundamentales de la fenomenología de Husserl como, por ejemplo, el llamado "a las cosas mismas" y el papel tan primordial atribuido a la intuición. Göethe fue en cierto modo el primer fenomenólogo en la historia del pensamiento y suyo es el concepto de *Urphänomen* (fenómeno originario) (op. cit., tomo XVII, pp. 690-704).

En la segunda parte de esta estrofa el poeta insiste en el valor de los sentidos y aprovecha de recordarnos que el mundo "está colmado de riquezas" y que si mantenemos el espíritu despierto y estamos dispuestos a no cerrarnos a lo mucho que el mundo nos puede ofrecer ("con mirada nueva observa tú con alegría..."), entonces y solo entonces estaremos en condiciones de hacer nuestro camino por la tierra colmados de alegría y con paso "seguro y ágil".

Quinta estrofa:

La última estrofa comienza con un llamado a gozar, pero con moderación, tanto la plenitud de la vida terrena como también lo sagrado ("lo bendito"). El ser humano, a diferencia del animal, puede experimentar, a través de los sentidos, las "riquezas" del mundo y de la vida de manera consciente, pero al mismo tiempo tiene

la posibilidad de acceder al mundo del espíritu, al mundo trascendente. Göethe fue un hombre que buscó siempre el equilibrio y en ese sentido es muy helénico: equilibrio entre el goce de los sentidos y el del espíritu, entre las ciencias naturales y las ciencias humanas, entre el racionalismo y el romanticismo, entre lo terrenal y lo divino. Esa "moderación" que él proclama en el primer verso es también un llamado al equilibrio. Un ejemplo notable de su visión equilibrada e integradora lo encontramos otra vez en sus "Aforismos y Fragmentos", cuando dice: "La naturaleza y la idea (en el sentido de espíritu[2*]) no se pueden separar sin que con ello se destruya el arte y también la vida" (op. cit. tomo XVII, p. 703). El segundo verso expresa un deseo que es muy propio de su primera época: "que la razón esté siempre y en todas partes a la mano...". Recordemos que Göethe, aun cuando fue uno de los creadores e impulsores del movimiento romántico, nació en pleno siglo XVIII y estuvo muy influido por el racionalismo francés. Sin embargo, él no se queda, como buena parte de sus contemporáneos, preso de esa suerte de diosa en que se transformó la razón en ese siglo, sino que agrega de inmediato el principio de la vida: "allí donde la vida se alegra de la vida". Razón y racionalidad sí, pero en medio de una vida vivida alegremente. Ahora bien, su concepto de razón no corresponde del todo al de los racionalistas, pues ésa que él, en su testamento, desea que esté "en todas partes a la mano" es también la racionalidad y perfección que impera en la naturaleza, esa misma aludida en la primera estrofa cuando dice que "las leyes conservan los tesoros vivos / con los cuales se alhaja el universo". Su alto concepto de la vida lo encontramos expresado magistralmente en otro de sus fragmentos: "Lo más elevado que hemos recibido de Dios y de la naturaleza es la vida, ese movimiento de rotación de la mónada en torno a sí misma, que no conoce tregua ni reposo..." (op. cit. p. 772)

El tema final –y no podría haber sido de otra manera– es el tiempo. En su época no era un asunto de discusión filosófica habitual, como sí lo va a ser en el siglo XX con Husserl, Bergson y Heidegger. Pero Göethe, como en tantas otras cosas, se adelanta a sus contemporáneos y se enfrenta una y otra vez con el problema del tiempo y la temporalidad. En brevísimas palabras nos comunica aquí cosas esenciales sobre la temporalidad humana. En primer lugar y prescindiendo del tiempo matemático, que avanza regular e inexorablemente, el poeta nos dice que el pasado permanece, que la transitoriedad, que ese dios Cronos que todo lo devora, es una ilusión. Esta afirmación de Göethe nos recuerda lo dicho 75 años más tarde (1904) por R. M. Rilke, en una carta a Friedrich Westhoff: "Nunca hay que desesperar si algo se pierde: una persona, una alegría o una felicidad, pues todo vuelve maravillosamente... Hay que vivir *en* uno mismo y pensar en la *vida entera*; pensar en sus millones de posibilidades, de espacios y futuros, frente a los cuales nada se pierde ni se olvida". El verso "el futuro, vivo, se anticipa" es otro gran tema de la modernidad y de la post-modernidad. Husserl (1962) se refiere a él en sus escritos sobre el "tiempo inmanente" a propósito de su concepto de la *protentio*; Heidegger alude a algo análogo con su concepto de "*Entwurf*" (proyecto) y el psiquiatra francés Jean

2 * Nota del autor.

Sutter (1983) desarrolla una interesante psicopatología basada en el concepto de "anticipación", en la que demuestra de qué manera todas y cada una de las grandes perturbaciones mentales pueden ser comprendidas como distintas formas de fracaso de esa capacidad fundamental del ser humano que es vivir siempre anticipando el porvenir. En suma, Göethe nos enseña que el futuro no es algo inexistente ni tampoco un mero conjunto de posibilidades vacías, sino algo "vivo" que se encuentra ya en nosotros cuando estamos en medio del presente, el cual, al ser el sustento de las emociones y de la vida como *"jouissance"* (goce) en el sentido de Lévinas (1987) y contener al mismo tiempo el pasado y el futuro, se transforma en una verdadera eternidad.

Referencias

Dörr, O.: "El desafío ético en la psiquiatría". Rev. Méd. Chile 121: 811-818 (1993).

Göethe, J. W.: "Schriften zur Farbenlehre". In: Gedenkausgabe, Band XVI. Zürich & Stuttgart: Artemis Verlag (1966), S. 9-837.

Göethe, J. W.: "Polarität". In: Schriften zur Wissenschaftslehre. Gedenkausgabe, Band XVI. Zürich & Stuttgart: Artemis Verlag (1966), S. 863.

Göethe, J. W.: "Aphorismen und Fragmente". In: Gedenkausgabe, Band XVII. Zürich & Stuttgart: Artemis Verlag (1966), S. 703, 708, 710, 772.

Göethe, J. W.: "Urphänomen". In: Gedenkausgabe, Band XVII. Zürich & Stuttgart: Artemis Verlag (1966), S. 690-704.

Göethe, J. W.: "Brief an F. H. Jacobi vom 23. November 1801". In: Göethe Briefe. München: Hamburger Ausgabe, hrsg. von Karl Robert Mandelkow, 3. Aufl., Bd. 2 (1988), S. 423.

Göethe, J. W.: "Das Vermächtnis". In: Göethe Werke. 1. Band. Frankfurt am Main: Insel-Verlag (1965), p. 231-232.

Göethe, J. W.: "Faust II". In: Göethe Werke, 3. Band. Frankfurt am Main: Insel-Verlag (1965), S. 341.

Göethe, J. W.: "Selige Sehnsucht". In: Göethe Werke. 1. Band. Frankfurt am Main: Insel-Verlag (1965), p. 248.

Hawking, S.: "The information conservation". Presentación en la XVII Conferencia Internacional sobre la Relatividad General y Gravitación. Dublín, 21 de Julio de 1994.

Heidegger, M.: Von Wesen der Wahrheit (1954). Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann (4. Auflage, 1961).

Heidegger, M.: Sein und Zeit (1927). Tübingen: Niemeyer Verlag (9. Auflage, 1963).

Husserl, E.: "Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins". In: Phänomenologische Psychologie. Husserliana, Band IX, § 40. Hrsg. von Walter Biemel. Den Haag: Martinus Nijhoff Verlag (1962), S. 200-206.

Lévinas, E.: Totalidad e infinito. Salamanca: Ediciones Sígueme (1987), p. 267.

Rilke, R. M. "Brief an Friedrich Westhoff vom 29. April 1904". In: Richard Schönherz & Angelica Fleer (Hrsg.). Rilke Projekt "In meinem wilden Herzen". Frankfurt/Main: BMG Ariola Classics GmbH (2002).

Rilke, R. M. "Soneto XII de la Segunda Parte". En: Sonetos a Orfeo. Traducción, prólogo, introducción y comentarios de Otto Dörr. Santiago: Editorial Universitaria (2002), p. 115.

Rilke, R. M.: "Soneto XVIII de la Segunda Parte". En: Sonetos a Orfeo. Traducción, prólogo, introducción y comentarios de Otto Dörr. Santiago: Editorial Universitaria (2002), p. 121.

Sutter, J.: L'anticipation. Presses Universitaires de France (1983).

Comentarios

Ac. Rodríguez. Muchas gracias, Dr. Dörr, por su brillante conferencia que nos abre una ventana hacia la cultura alemana, la que para mí en particular es menos conocida que la de otros países de Europa Occidental y también sobre la complejísima personalidad de Göethe, que es un hombre tan contradictorio. Por un lado, usted ha dicho que él destaca por el equilibrio propio del clasicismo, pero por otro lado es uno de los precursores del romanticismo y capaz de crear una figura tan desequilibrada como el joven Werther, que termina suicidándose; esa contradicción es algo muy llamativo. En segundo lugar, el legado de Göethe creo que fue muy importante en todo el siglo XIX y gran parte del XX en distintas áreas, incluso en la medicina; podríamos decir que Claude Bernard estuvo bajo su influencia; seguramente Virchow también participó de estas mismas ideas, pero después de eso se ha ido diluyendo y lo que usted nos ha mostrado hoy día está en gran contraposición con las ideas del relativismo postmodernista, que del punto de vista filosófico niega que exista una verdad y del punto de vista ético niega que se pueda hacer una diferencia entre el bien y el mal; eso contrasta mucho con lo que usted nos ha mostrado hoy día.

Finalmente, una pregunta. Sé que Herder y Göethe tuvieron algún contacto a pesar de que más adelante se enemistaron, pero es posible que Herder, como era anterior, haya influido en algunas cosas en Göethe y recuerdo también haberle oído al Dr. Armando Roa, que nuestro Andrés Bello había recibido mucha influencia de Herder; la pregunta es si hay alguna forma de hacer un paralelismo, guardando las proporciones, entre lo que Göethe significó para Alemania y lo que Bello significó para Chile.

Ac. Dörr (Relator). Gracias por las palabras iniciales sobre mi conferencia. Respecto a la pregunta, Herder es un gran maestro, un filólogo extraordinario, un humanista, era mayor que Göethe, fueron amigos, yo no sabía que se hubiesen peleado, fueron juntos a Weimar. Bello es en cierto modo nuestro Herder. Este es realmente quien organiza el idioma alemán, es el que descubre todas las leyes del lenguaje y Humboldt después. Herder es también un gran racionalista pero con la nota loca, romántica, de los alemanes. Seguro que Andrés Bello, con su cultura universal, supo de la obra de Göethe, probablemente en el período en que vivió en Londres. Göethe murió en 1832 y Andrés Bello debe haber llegado a Chile alrededor de 1835; en cierto modo eran contemporáneos. No conozco la vida de Andrés Bello en detalle, solo algunos textos particulares, pero sé que los abogados, por ejemplo, lo recitan de memoria.

Ac. Valdés. Felicitaciones, Dr. Dörr, por esta maravillosa conferencia basada en pincelazos de la vida de Göethe, la que nos hizo disfrutar y que traduce un mandato, un código. Dr. Dörr, ¿cómo se explica la influencia de Göethe en la cultura alemana - el preconizar la autonomía individual, de acuerdo a esa conciencia moral que tenemos - con lo que pasa posteriormente con el nazismo?

Ac. Dörr (Relator). Tremenda pregunta, Dra. Valdés, siento que me sobrepasa absolutamente. Recién estuve visitando a una hija en Washington que fue mamá.

Un día me fui invitado por un amigo a su casa y revisando los libros que tenía en su biblioteca me encontré con uno de Nietzsche que se llama "El Anticristo" y que yo no había leído. Nietzsche es un monstruo de inteligencia, pero este libro es lo más brutal que he leído. Él estaba en contra incluso de Sócrates, su prédica era terminar con los débiles. Mi maestro Hubertus Tellenbach, que era profundamente católico, se doctoró también en filosofía con una obra sobre Nietzsche, quien tenía una fuerza tremenda y creo que sus ideas contribuyeron de alguna manera a la trágica evolución de Alemania en la primera mitad del siglo XX. Esa fuerza demoníaca se mantuvo controlada mientras Alemania estaba constituida por pequeños principados que competían entre ellos en ciencias o en literatura. Pero cuando los prusianos decidieron unir a Alemania y transformarla en un imperio y con esta capacidad de hacer las cosas en forma perfecta, crearon un ejército imbatible, ahí esta cultura se hizo peligrosa. Creo que la guerra de 1914 fue una tragedia y representó el fin de una era. No se cometieron tantas atrocidades como en la última, pero terminó con la civilización cristiana y de hecho esta fue reemplazada por los totalitarismos que han provocado los mayores dolores, las mayores cantidades de muertes, las mayores crueldades de la historia.

Nietzsche dijo: "el siglo XX va a estar caracterizado por tres rasgos, la crueldad, la artificialidad y la estupidez". La crueldad la tenemos, por ejemplo, en el mundo nazi; la artificialidad en todo lo que nos rodea, hasta en internet y la estupidez, basta mirar la televisión. Antes de la Primera Guerra y en rigor, desde la segunda mitad del siglo XIX, hubo generaciones increíbles, como esas que habitaban en la línea Viena, Berlín, París, donde se alcanzaron las más grandes alturas de la creación y del espíritu. Ellos incluso intuyeron la tragedia que iba a venir. Los nazis eran una tropa de facinerosos, drogadictos, sin educación y los que tenían algún estudio eran perversos totales, la mayoría no había ni terminado el colegio, eran "proletas" en el peor sentido de la palabra, psicópatas a un nivel superlativo.

Acabo de leer un libro que me dejó muy impresionado y que se los recomiendo, es la biografía de Albert Speer, que fue ministro y amigo de Hitler, condenado en Nüremberg a 20 años de prisión. Este hombre hizo un proceso de arrepentimiento muy interesante y fue el único de los jerarcas nazis que lo hizo. Él no tuvo que ver con las grandes crueldades y asesinatos masivos, pero sí con una culpa no menor, como fueron los trabajos forzados, en su calidad de ministro de obras públicas y después, de armamento. El libro es muy impresionante, porque lo escribió una periodista e historiadora de origen húngaro, que estuvo como periodista en el juicio de Nüremberg y ahí Speer le llamó la atención, porque fue el único que reconoció que había sido parte de un gobierno criminal.

Hay un ejemplo muy impresionante de lo que fue la total inversión de los valores de esa época. Uno de los ejecutados, de apellido Seis-Inquart, había sido jefe de la ocupación de Holanda y se sentía orgulloso de haber mandado a 120.000 judíos a campos de concentración y extermino; durante el juicio de Nüremberg reclamó inocencia, con el argumento de que él había sido muy benevolente, porque la norma imperante era que por cada alemán muerto había que matar a 10 civiles inocentes,

¡y que él había reducido esta regla a 1 por cada 6! El tema del nazismo es una de las cosas más complejas y más incomprensibles: cómo es posible que en un mundo de ese nivel de desarrollo y de cultura, con esa gente tan brillante, haya podido dominar al país y de esa manera un grupo de gente tan despreciable ¡Y todo ese mal en tan poco tiempo! Desde el momento que Hitler asume el poder hasta la capitulación transcurrieron apenas 12 años y murieron 60 millones de personas. Solo después del 20 de julio de 1944 (el más importante de todos los atentados contra Hitler), los nazis mandaron a matar en represalia a 5.690 personas, las que fueron ejecutadas una a una y filmadas. Esta historia supera la razón, supera todo… Algo de esto está anunciado en la tragedia del Fausto, de Göethe, con esa suerte de descenso a los infiernos de ese hombre tan genial y universal, como era él.

Ac. Armas (Presidente). Muchas gracias, Dr. Dörr, por esta conferencia; algún día me gustaría oírte hablar sobre la personalidad de este filósofo genial, poeta genial, político genial.

Ac. Dörr (Relator). Ese es un gran tema. Göethe también sufrió de una especie de enfermedad mental, la melancolía, que es distinta a la depresión clínica. En estos casos se produce una suerte de apagamiento de la creatividad, que es vivido con mucho desánimo y desesperación. También pueden vivir períodos de exaltación creativa. Hay autores modernos que se han enfrentado también con el tema y sostienen que casi todas las personas geniales sufrirían de un subtipo de enfermedad bipolar, la enfermedad bipolar II. En todo caso, es muy impresionante que este hombre se haya adelantado 200 años a postulados y descubrimientos de la neurobiología, de las ciencias cognitivas e incluso de la física.

AUTOPSIA: CRÓNICAS DE UN PATÓLOGO[1]

Dr. Jorge Las Heras B.

Académico de Número

Después de años de hacer autopsias, yo me he preguntado qué efecto tiene en mi personalidad, si alguno, trabajar en algo relacionado con la muerte. Está claro que el "oficio" puede influir en el carácter. De esta manera se dice que los ginecólogos y proctólogos ven el mundo dado vuelta (upside down), y por lo tanto uno debiera presumir que los patólogos lo vemos desde adentro hacia afuera.

Una pregunta habitual, que mucha gente al conocer mi actividad seguramente se ha hecho sobre mi persona, "es ¿qué se puede esperar de ti que pasas tu vida en las tinieblas de una sala de autopsia, rodeado de truculencia, tristeza y sangre?" La gente siempre ha tenido una mirada de desconfianza en aquellos que trafican con el manejo de cadáveres: funerarios, embalsamadores, patólogos.

Richard Selzer, un cirujano escritor, en tono de sorna decía que el patólogo era "una figura despreciable, envilecido por su interés en lo mórbido y depravado por su exposición al desmembramiento y la evisceración".

Pero la verdad es que el patólogo es el único interesado en la "***muerte qua muerte***", en forma concreta, despersonalizada, cesando de ver alguna individualidad en el muerto. Esto lo diferencia de sacerdotes, científicos, místicos y poetas.

Para estos últimos, las transformaciones que sufren los muertos, sin preocuparse del deterioro y la pudrición, se interpretan desde la perspectiva de la pureza de la transformación de un componente orgánico o de una reacción termodinámica, y en muchos casos terminan concluyendo que ***"La perfección solo se logra dejando de ser humano".***

Pero el patólogo no forma parte de esa abstracción. Deja de mirar al muerto como persona y trata de reconstruir de las ruinas, tratando de encontrar las causas de lo irreversible o de los efectos terminales de una enfermedad que explique la inexistencia de la vida. Muchas veces lo logra con éxito, luego de recolectar información y tratar de contrastarla con los hallazgos. Pero antes de eso tiene que hundir sus manos en la sangre, en materia viscosa, en materia fecal, soportando heroicamente sus deseos de vomitar. Trata de "explicar" la vida examinando el cuerpo muerto, "refiriendo" los hallazgos a los síntomas. Como Lucrecio, él desea avanzar dando saltos hacia atrás, estableciendo causalidad de lo irreversible o como decía Berkeley: "to

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 6 de julio de 2011.

infer consequences from consequences". Antiguamente, los anatomistas interesados en los hallazgos cadavéricos debían probar las secreciones de los tejidos.

Giovanni Battista Morgagni probaba el líquido de los quistes esplénicos de los cerdos y Valsalva probaba el líquido de quistes renales y ováricos. Quevedo, en *"Sueño de muerte"*, jocosamente describe:

"le deben preguntar al pis lo que no saben….

y como si la orina fuera a hablar en murmullo, deben acercar sus oídos hasta que las barbas se embeban en él".

Hoy, afortunadamente, todo ha sido superado con la cromatografía de gases.

La diferencia entre la mayoría de las actividades intelectuales y la "anatomía mórbida" es equivalente a la diferencia entre lo abstracto y lo concreto. Ese aspecto de lo concreto también es modificado poéticamente por algunos escritores famosos.

Por ejemplo, Eça de Queiros, en ***"On the Dead"***, consideraba los cadáveres en abstracto: "estos son finalmente sepultados y se desintegran en la tierra, su carne se pudre y disuelve, transformándose en líquido orgánico. Este es absorbido por las raíces de las plantas y se eleva hacia el sol transformado en frutas, hojas o flores. Aquellos que mueren en el mar se transforman en conchas marinas, corales y arena y vuelven a la playa en la cresta de la ola confundidos con la espuma blanca. Los que mueren abandonados en las montañas o en los espacios vacíos de la ciudad, se licuan por las enzimas bacterianas y disueltos por el sol se transforman en pequeñas moléculas, luego en átomos y son esparcidos por el viento".

En otra parte de su libro concluye que:

"los muertos están felices porque están lejos de la forma humana".

Los patólogos sabemos que la autopsia enseña la doble lección sobre la individualidad y la pertenencia al común de la gente. Milton Helpern, principal forense de New York, decía que luego de realizar miles de autopsias no había encontrado dos personas iguales. Esto nos podría hacer creer que por el hecho de ser "únicos" merecemos un tratamiento muy especial y allí se valida lo dicho por Schopenhauer, "principle of individuation is the root of conceit". A pesar de que esta individualidad se reafirma por los estudios de DNA de los tejidos, nadie que haya hecho una autopsia cree como Hume que "nature meant original distinctions betwee breeds of men".

Historia de la autopsia
auto: uno mismo
necro: cadáver
opsis: observar, mirar

Ptolomeo I, rey de Egipto (367/283ac), fue el primero en autorizar la disección de cadáveres de criminales ejecutados. Sus anatomistas, ***Herophilus*** y ***Erasistratus,*** disecaban los cuerpos y se dice que él participaba personalmente en algunas disecciones.

Herophilus (335-280ac) realizó disecciones de cadáveres de humanos y animales y es considerado por algunos como el "Padre de la anatomía".

Describió las diferencias entre arterias y venas y entre nervios motores y sensitivos.

Erasistratus (304-250ac) fue conocido como el "Padre de la fisiología" porque describió (aunque erróneamente) la circulación de la sangre ("por las arterias circula aire") y el rol del corazón ("impedía el retorno involuntario de la sangre").

Posteriormente, ***Galeno*** (131-201dc), en su libro "**On the Uselfulness of the Parts of the Body**", realizó meticulosas descripciones anatómicas y fisiológicas. Galeno fue el primero en expresar que los síntomas de las enfermedades se reflejan después de la muerte en "affected parts of the deceased". Las descripciones de Galeno tenían muchos errores, en parte debido a que sus disecciones fueron hechas en animales y no en humanos, ya que éstas estaban prohibidas en Roma. A pesar de eso, sus descripciones erróneas sobre distintos aspectos de la anatomía y fisiología se demoraron 14 siglos en descubrirse.

Federico II, rey alemán del siglo XIII, decretó que las escuelas de medicina debían recibir, al año, al menos dos cadáveres de criminales ejecutados, para su estudio y demostración. Esto aumentó el interés académico por la anatomía.

Curiosamente, en el Renacimiento los profesores de anatomía no tocaban los cuerpos. Lo hacían los "disectores" o "cirujanos" (generalmente prisioneros), ya que entrar en contacto con el cuerpo muerto se consideraba "indigno". Los profesores y alumnos participaban en el aspecto "intelectual" de la medicina. Esto se mantuvo así hasta que ***Andrea Vesalius*** (1514-1564) cambió el paradigma que separaba el trabajo intelectual del experimental. Recién graduado y nombrado rápidamente ***Prosector*** de Anatomía de la Universidad de Padua, a los 28 años publicó ***"De Humani Corporis Fabrica Libri Septern",*** donde puso en evidencia gran parte de los errores de Galeno. A partir de la publicación de este libro se comenzaron a realizar disecciones de cadáveres en distintas universidades, con fines médicos, educativos y forenses.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) fue el director del Departamento de Anatomía de la Universidad de Padua durante 56 años. Su libro, ***"De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis"***, catalogó más de 600 disecciones asociando enfermedades con cambios anatómicos. El ***"De Sedibus"*** puede ser considerado el primer libro de patología de la historia, ya que vincula cambios estructurales y funcionales con las enfermedades.

Durante el siglo XIX los centros académicos de medicina en Europa y EEUU fundaron departamentos de patología y las autopsias se hicieron más frecuentes.

Karl Rokitansky (1804-1878) es considerado el padre de la autopsia diagnóstica. Fue durante 45 años el patólogo del Vienna General Hospital y realizó más de 30.000 autopsias. Fue el primero en describir la endocarditis bacteriana y en clasificar

morfológicamente las neumonías. Junto con él trabajaba Ignaz Semmelweis, que fue el primero en determinar por qué se producía la fiebre puerperal (los médicos pasaban de la morgue al pabellón sin lavarse las manos).

Rudolph Virchow (1821-1902) fue pionero en el uso del microscopio para diagnosticar sus casos de autopsia, a pesar de que este instrumento había sido creado por Anton van Leeuwenhoek en el siglo XVIII. Virchow fue el primero en identificar un caso de leucemia por el microscopio.

Durante la primera mitad del siglo XX, la autopsia se transformó en un requisito esencial para el diagnóstico de las muertes hospitalarias. En los años 50, en EEUU, se realizaba la autopsia de casi el 60% de los fallecidos en hospitales. Con el avance de nuevas tecnologías, especialmente el diagnóstico por imágenes, el número de autopsias se fue reduciendo y hoy en EEUU esto llega solo al 6% de las muertes intrahospitalarias, y en muchos países a menos.

Autopsia Forense. Un médico que examinó el cuerpo asesinado de Julio Cesar, determinó que de las 23 puñaladas que recibió, solo la del tórax fue responsable de su muerte y el resto no fueron relevantes. Esta parece ser una de las primeras descripciones forenses registrada en libros.

Los primeros estudios forenses conocidos vienen de China, donde para saber si una persona había sido envenenada, le ponían arroz en la boca, luego alimentaban gallinas con el arroz y veían si se morían. En el año 1250, un libro chino titulado ***Hsi Yuan Lu***, traducido como "A Collection of Vindicated Cases", estableció con detalle la manera de examinar un cadáver asesinado, caracterizando el tipo de heridas y definiendo las características que permitían establecer si el individuo había muerto por las heridas o después de ser quemado o sumergido en el agua.

En 1302, en Bologna, por primera vez se examinó un cadáver por indicación del juez, tratando de establecer la causa de muerte, aunque sin resultados positivos. Previamente, entre 1266 y 1275, se habían descrito disecciones médico-legales en la Universidad de Bologna, sin que se registren resultados.

Antonio Benivieni (1440-1502) examino 15 cuerpos como parte de una investigación criminal y aparentemente con sus hallazgos contribuyó a establecer la causa de las muertes.

En Francia, Ambroise Pare realizó una autopsia médico-legal en 1562.

En la mitad del siglo XVI se comenzaron a hacer autopsias médico-legales en Alemania y en la Universidad de Leipzig empezaron a dictar conferencias sobre el tema.

En 1665, en Massachusetts y en Maryland, se comenzaron a realizar autopsias médico-legales, con resultados que permitieron liberar de culpa a algunos acusados.

Los principios de la investigación médico-legal moderna están basados en códigos austríacos del siglo XVI.

El ***Código de Bamberg*** (Constitutio Bambergensis) en 1507 y el ***Código Caroline*** (Constitutio Criminalis Carolina) en 1532. Y más tarde, el ***Código Theresian*** (Constitutio Criminalis Theresiana) en 1769 y el ***Decreto Austriaco*** de 1855, que contiene 134 párrafos sobre las autopsias medico-legales y es todavía legalmente válido en toda Austria.

"After my death I wish you to do an autopsy….make a detailed report to my son. Indicate to him what remedies or mode of life he can pursue which will prevent his suffering…..This is very important, for my father died….with symptoms very much like mine".

Napoleón Bonaparte (1769-1821)

Napoleón le expresó a su médico, Francesco Antommarchi, que por años había experimentado vómitos, pérdida de apetito, fiebre y melena. La autopsia mostró un ***cáncer gástrico*** .

A partir de 1860, en EEUU se estableció en el "Code of Públic General Law", que la autopsia médico-legal debía ser hecha por un "coroner" o médico examinador. La denominación de "coroner" tuvo sus orígenes en Inglaterra, en la Edad Media, donde tres caballeros eran elegidos, en nombre de la corona ("crowners"), para verificar las causas de una muerte no natural. Este sistema llegó con los ingleses a América en 1640, donde se examinaban a los muertos por asesinato por personas nombradas por el juez.

En el siglo XX se desarrolla en EEUU la especialidad de ***patólogo forense***, especialidad separada del anátomo-patólogo clínico.

Embalsamamiento. Dentro de las actividades asignadas al patólogo, durante mucho tiempo debió embalsamar un cadáver para permitir su transporte o con fines de postergar su putrefacción.

La palabra embalsamar significa "introducir bálsamo", y procede del término ***senefer,*** cuyo significado es "volver a dar vigor". Era practicada en Egipto solo para los faraones, sacerdotes de alto grado y personalidades muy destacadas.

El propósito de la momificación era proteger la belleza del cuerpo y preservarlo como un lugar donde pudiera vivir el "espíritu del muerto".

El cuerpo era lavado con antisépticos, perfumado y luego se extraían los órganos, con excepción del corazón y los riñones. Las vísceras lavadas y envueltas eran colocadas en "vasos canópicos" que contenían vino de palmera y otras sustancias. Posteriormente se volvía a lavar el cuerpo y se colocaban en las cavidades del abdomen y tórax, aceites, resina, cera fundida y otras especies. Se cocían y se sumergía el cuerpo en ***natrum o natrón*** (carbonato y sulfato de calcio), y luego de 70 días se envolvía en bandas de lino con aceite y goma, con sustancias con poder antibacteriano.

En Europa y EEUU el embalsamamiento fue prácticamente desconocido hasta el siglo XVIII.

En Europa, el primero en desarrollar una técnica de embalsamar fue el escocés William Hunter. Su hermano John embalsamó a Mrs. Van Butchell para que su marido pudiera cobrar la herencia, ya que ella había exigido que dicha herencia solo pudiera ser entregada si ella permanecía "sobre la tierra". Aparentemente la fama de John Hunter trascendió y le permitió enriquecerse.

En EEUU, durante la Guerra Civil, el Dr. Thomas Holmes (1817-1900) desarrolló una técnica usando un líquido desconocido con propiedades de conservación más hielo, para enviar a 4000 cadáveres de soldados a sus casas.

Durante el siglo XIX se refinaron las técnicas de embalsamamiento y se publicaron distintos manuales sobre las condiciones estéticas que debían tener los cadáveres: ***"as if he were sleeping", "bring back the colors of spring"…***

El hombre siempre tuvo una curiosidad morbosa con aquellos portadores de malformaciones severas, en muchos casos "monstruosas". ***Strabo (Geographicorum)*** describió una raza de hombres en la India sin boca (astomía). ***Plinio (Natural History)*** describió a hombres similares que vivían cerca del río Ganges y también a "hombres con cola". ***Cresias (Polystoria)*** describía una raza de negros con ano no perforado, que solo podían consumir líquidos. El navegante ***Otto Helbiguis*** describía una isla en Formosa donde los hombres tenían una "cola sin pelos, igual que los chanchos".

Aristóteles y Cicerón afirmaban que los niños malformados eran un mensaje de Dios y que presagiaban desastres.

Fortunato Liceto (1577) publicó el libro ***"De monstrorum causis,natura e differentis"***, en Pisa, donde descarta que el nacimiento de "monstruos" tenga algún significado de castigo para la familia o vecinos. Liceto se inspiró en el trabajo de ***Aldrovandi,*** quien, en su libro ***"Monstrorum historia"***, describe en forma comparada malformaciones en niños, animales, plantas y hasta minerales. Este libro fue considerado como una teratología universal, mezclando hallazgos reales con relatos mitológicos.

El ***Papa Martín IV,*** de la familia Orsini, ordenó sacar un relieve del techo de su dormitorio con figuras de osos (parte de la heráldica familiar), luego de que una de sus doncellas dio a luz a un niño todo cubierto de pelo y con garras. ***Honi soit qui mal y pense!.***

Cesare Taruffi (1821-1902), profesor de patología de la Universidad de Bologna, publicó una enciclopedia de 8 volúmenes sobre ***"Storia della teratologia",*** donde describe el hallazgo de monstruos de la India, Egipto, Persia y otros países orientales. Junto con interminables descripciones anatomopatológicas, elabora mecanismos y teorías posibles de malformaciones.

El maltrato de los niños malformados llevó a San Agustín (354-430), en ***"La Ciudad de Dios"***, a expresar: "los deformados monstruosos descienden de Adán y de padres humanos, por lo tanto son nuestros hermanos y merecen nuestra protección".

Las casas reales europeas gustaban de acumular en sus cortes a seres con distintos tipos de malformaciones. ***Carlos IX*** de Francia "coleccionaba" 9 enanos que habían sido un regalo del rey de Polonia y los alojaba en un ala especial del palacio para mostrarlos. En otras cortes también los enanos y deformados eran bufones o motivo de curiosidad.

A los anátomo-patólogos vinculados al área pediátrica y perinatológica, las autopsias de fetos y niños malformados no nos sorprende. Es por eso que para un patólogo que ha visto janus, quimeras, cíclopes, arcádicos y sirenas (sirenomielia), nada se ajusta más a la realidad que las palabras de Borges:

"La zoología de los sueños es mucho más pobre que la zoología del Creador".

Comentarios

Ac. Valdivieso. Muchas gracias, Jorge, por esta interesante presentación. Me gustaría si pudieras hacer un comentario sobre algo que fue fundamental en la formación médica y en el rol docente de la reunión anátomo-clínica. Recuerdo, de las cosas que aprendí durante mi época de estudiante y posteriormente como médico joven, que había pocas oportunidades en que uno saliera reflexionando más acerca de la fragilidad de la medicina y del ser humano que después de esas reuniones anátomo-clínicas fundadas en el secreto de la autopsia. Creo que sigue siendo necesario recordarle a los alumnos lo que ellos no tienen oportunidad de ver y es la extrema tolerancia del cuerpo humano en sus distintas funciones a las enfermedades que poco a poco van deteriorando los órganos a un extremo tal que funcionalmente casi prácticamente desaparecen, no obstante la persona sigue viviendo. Me gustaría pedirle al Dr. Las Heras un comentario respecto a esa materia.

Ac. Las Heras (Relator). Claramente no quise entrar en los detalles del rol de la anatomía-patológica en el área disciplinaria docente; sin duda lo que señala el Dr. Valdivieso es real. La reunión anátomo-clínica fue clásica durante mucho tiempo en nuestro país. Todavía todo el mundo comenta las reuniones que hacía el Profesor Dr. Alessandri en el Hospital Salvador con el patólogo del momento que era el Dr. Ismael Mena y otros ejemplos más. La reunión anátomo-clínica siempre tenía mucha relevancia, sobre todo porque había un gran desconocimiento de las causas de muerte. Ni la imagenología, ni los diagnósticos de laboratorios permitían hacer un diagnóstico final y muchas veces se venía a descubrir la causa de muerte en la autopsia. Eso ha perdido vigencia. Hoy es muy difícil llegar a una autopsia sin que se sepa claramente la causa, salvo los casos médico-legales o casos de muerte súbita. Yo diría que las autopsias clínicas en los hospitales, hoy tienen más una connotación docente, por ejemplo de mostrarle al alumno cómo es posible que un corazón que haya estado tan dañado logra sostener el cuerpo durante tanto tiempo. La resilencia del cuerpo humano es extraordinaria en ese sentido. Creo que la autopsia hoy no cumple el mismo rol que hace 40 años.

Ac. Ferrer. Pienso que la disminución del interés por la autopsia tiene que ver también con los avances de la semiología. Cuando estuve en el hospital El Salvador teníamos sesiones que eran muy interesantes, del "brain storn" y lo hacíamos con el Dr. Sergio Donoso; siempre teníamos dos o tres reuniones clínica que eran secretas, entonces se producía un debate entre los distintos neurólogos y algunos salían triunfadores en cuanto al diagnóstico y otros erraban. Lo mismo pasaba paralelamente en la clínica con el Dr. Alessandri, también existían estas reuniones anátomo-clínicas que eran secretas y que despertaban gran expectación; lo mismo ocurría en el hospital J.J. Aguirre. Creo que el poco interés que muestran hoy los clínicos es porque ya penetramos profundamente la víscera a través de la resonancia magnética, en resoluciones de 1 o 2 mm. Otro aspecto interesante es entre la autopsia y la clínica, que como decía Virchow "la clínica realmente comienza con las autopsias", pero hoy día habría que pensar que comienza con la bioquímica o con la resonancia magnética. ¿Cómo lo ve usted Dr. Las Heras?

Ac. Las Heras (Relator). Estoy totalmente de acuerdo con lo que señala el Dr. Ferrer. Creo que hoy con el avance en los diagnósticos, tanto en la tecnología radiológica como en los laboratorios, la necesidad de autopsia se ha trasformado en algo secundario, aunque sigue siendo todavía un complemento. Puedo agregar algo que hemos conversado con el Dr. Valdivieso en APICE, –ya que formo parte de una de las comisiones para acreditar a unidades de anatomía patológica– acerca de que todavía hay algunos patólogos de mi generación que se resisten a que los residentes hagan pocas autopsias. Sin embargo, hoy es muy difícil conseguir la autorización para realizar autopsias, primero porque a la gente ya no les interesa hacerla y segundo porque ya se conocen las causas de muerte; entonces cada día el interés es menor. Si hay un grupo que todavía lo requiere para su formación, son los anátomo-patólogos. Para ellos sigue siendo un elemento necesario. Por otra parte, la patología forense no va a desaparecer, va a seguir siendo necesaria para esclarecer en muchos casos la causa de muerte.

Ac. Uauy. Me gustaría su opinión sobre la obligatoriedad legal de la autopsia versus la voluntad de los países anglosajones donde las autopsias son muy raras.

Ac. Las Heras (Relator). Creo que es un tema importante. Pienso que si uno estuviera convencido que la autopsia es necesaria, me parece que debiera ser obligatoria, pero como cada vez es menos necesaria, tampoco se justifica someter a la familia al estrés adicional que significa este procedimiento, que sabe que al cuerpo lo van a abrir, que lo van a cortar, etc., toda esa complicación morbosa que significa la autopsia. Además, hoy los que solicitan la autopsia no son los familiares sino los propios médicos. Chile no ha tenido nunca una obligatoriedad establecida por ley, a pesar de que la gente firma cuando llega al hospital para cualquier procedimiento necesario, incluida la autopsia, pero es muy difícil que alguien pueda forzar a un padre a aceptar la autopsia de un niño, es casi imposible.

Ac. Carmen Velasco. La medicina ha cambiado tanto, que hoy tenemos una serie de televisión sobre los médicos forenses. Es una preocupación ver en ese programa cómo ya no basta con la apertura del cuerpo, sino que se hacen estudios altamente especializados en citogenética y de todo tipo. Lo felicito, Dr. Las Heras, por su preocupación en esta materia y porque sobre todo me recuerda las reuniones anátomo-clínicas que teníamos en el hospital San Juan de Dios con el Dr. Armas y el Dr. Ossandón.

Ac. Las Heras (Relator). Lo que señala la Dra. Carmen Velasco, es cierto; hay mucha morbosidad en términos generales y por eso además esos programas tienen tanto éxito en la televisión, porque muestran en cómo se llega al diagnóstico. Es por eso que estoy preparando un libro sobre el tema donde intento abordar todo lo relacionado con la materia, porque además siempre existe esa inquietud en la gente sobre qué pasó con la persona que se murió. Como lo señala la Dra. Velasco, quizás la autopsia no es tan importante como el DNA o establecer los estudios balísticos, etc., pero la patología forense es una disciplina tremendamente más grande. Nuestro país lamentablemente ha tenido siempre un desarrollo bastante pobre en lo que respecta a la medicina. Entre lo que este procedimiento significa en Estados Unidos y en Chile, hay realmente una diferencia sustancial.

Ac. Reyes. Muy interesante la presentación del Dr. Las Heras. Nos muestra cómo una generación de los que estamos aquí en el auditorio, hemos visto cambiar tan drásticamente a una especialidad de la medicina, que venía con características propias desde hacía muchos siglos. Actualmente, los médicos jóvenes, los que se han recibido en los últimos años y los que se están recibiendo ahora, no han visto nunca una autopsia, no han tenido nunca una oportunidad de tener una reunión anátomo-clínica, no han desaparecido en el mundo, el New England Journal of Medicine sigue publicando una vez al mes las famosas conferencias clínico patológicas del Massachusetts General Hospital; pero 20 años atrás, recuerdo que en Estados Unidos se le asignaba un puntaje especial a aquellos becados de medicina interna que lograran que las familias autorizaran la autopsia del paciente que estaban atendiendo y que iba a morir, para tener la reunión clínico patológica en el hospital respectivo. Este asunto de que la tecnología está modificando la medicina, lo tenemos muy claro, como ha pasado con la autopsia; pero está empezando a pasar también con una cosa que es esencial en la medicina y que es la semiología, incluso y aunque nosotros seguimos considerándola como algo indispensable en la generación de un profesional médico cirujano. La semana pasada apareció en una revista especializada un artículo sobre el eco-cardiógrafo portátil, que me hizo acordar de un artículo que publicó el Dr. Lama en la Revista Médica de Chile, donde mostraba el origen del electro-cardiógrafo y el primero que se usaba necesitaba un edificio para el equipo y las imágenes se tomaban en otro edificio en el hospital conectado por cables con el instrumento. Hoy los cardiólogos andan con su eco cardiógrafo portátil en la maleta del auto y además las fotos son impresionantes. Cuando nuestros futuros becados de cardiología descubran que este aparato se puede comprar y que está al alcance de sus recursos, lo van a adquirir. Todo esto va a cambiar efectivamente la medicina.

Ac. Las Heras. En la cirugía está ocurriendo lo mismo, frente a la cirugía robótica, ahora el cirujano ya no va a tener la misma relación con el paciente. Con la tecnología la medicina va a ser cada día más diferente y cada vez más reemplazada por tecnología, no sé si para bien o para mal.

Ac. Armas (Presidente). Muchas gracias, Dr. Las Heras. Recuerdo cuando era médico joven que la autopsia siempre fue resistida por los familiares de los pacientes, la lucha con ellos siempre fue una constante. Hoy día es claramente innecesaria porque las imágenes informan mucho más de lo que puede informar el patólogo. Una medida que fue interesante en la vida de los chilenos es que durante los días que siguieron al 11 de septiembre de 1973, no se enterró a nadie sin pasar por el Instituto Médico Legal. Es bien curioso que teniendo todo el poder en la mano y siendo una cosa tan conflictiva, todos los cadáveres de los distintos lugares pasaron por el Instituto Médico Legal, las autopsias se hicieron todas. En el Instituto se tomaban las huellas digitales, se anotaba la caja en que iba y gracias a esto se fueron identificando a las personas mucho tiempo después. Se mantuvo en ese momento una disciplina de autopsia forense que cumplió un rol muy importante con el tiempo.

Ac. Carlos Quintana. Creo que todas las cosas en medicina tienen su tiempo. Participé junto con el Dr. Valdivieso en los casos anátomo-clínicos que se discutían. Había una especie de dogma, y es que el cuadro clínico del paciente tenía que ser necesariamente dilucidado por medio de la autopsia. Creo que eso es más imaginativo que otra cosa, porque yo recuerdo que muchos puntos del paciente quedaban en interrogación. El famoso médico alemán Von Bergmann decía que la alteración de las funciones precedían a las alteraciones morfológicas, de tal modo que la morfología no da una respuesta exacta a muchos diagnósticos, lo antecede la alteración de las funciones. Eso ha constituido un error tradicional, porque muchas veces nosotros, en nuestra práctica profesional, decimos hay que esperar la biopsia y no es necesario, pues muchas veces el cuadro clínico tiene más posibilidad de especificidad que una biopsia. Por consiguiente, los cambios que ha habido con la tecnología en la medicina tienen sus desventajas pero también sus ventajas. Hay que darle más importancia al cuadro clínico, porque antes el que iba a la autopsia tenía una fisiopatología y un cuadro clínico muy especial, moribundo; en cambio, ahora uno tiene que discutir las biopsias y tiene que discutir con los pacientes en un estado muy distinto o que se aleja de la muerte. Por consiguiente, creo que está bien que las autopsias se hayan dejado en las reuniones clínicas; ahora las reuniones hay que hacerlas distintas, con mayor énfasis en los cuadros clínicos y que se critiquen los alcances de las alteraciones morfológicas.

UNA MIRADA A LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA ACTUAL EN CHILE[1][2][3]

Dra. Gloria Valdés S.

Académica de Número

Concepto de investigación biomédica

La investigación biomédica es difícil de definir, por cuanto integra actividades que comparten márgenes poco precisos. Generalmente se considera investigación biomédica a la investigación orientada a obtener conocimientos y proponer soluciones a problemas de salud de las personas y la población, mediante la aplicación del método científico. Para ello requiere un proceso sistemático y reflexivo que se inicia con la elaboración de una hipótesis, para luego aplicar una metodología adecuada para aclararla. Tal estudio puede pertenecer a cualquiera de las siguientes áreas del conocimiento:

1. ***Biología o medicina***, orientada a prevenir, diagnosticar, tratar, determinar la severidad o la prevalencia de una enfermedad específica (salud pública);
2. ***Administración***, dirigida a mejorar la gestión para hacer más eficiente la acción médica;
3. ***Ciencias sociales***, enfocada a conocer comportamientos individuales y sociales de las personas, que puedan influir sobre la salud.

Objetivos y beneficios de la investigación biomédica

La investigación biomédica tiene objetivos y beneficios precisos:

1. Satisfacer la necesidad del ser humano de incrementar sus conocimientos para entender y mejorar su existencia.
2. Contar con investigadores que enseñen a los estudiantes de las carreras de la salud los fundamentos de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, en un marco de disciplina y rigurosidad científica. El contacto con estudiantes de pre y postgrado permite atraer nuevas vocaciones al quehacer científico y capacita a los estudiantes a analizar críticamente el conocimiento nuevo, que durante su ejercicio profesional sobrepasará al recibido en la etapa de formación.

---

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 3 de agosto de 2011.

2 Manuscrito preparado por los Miembros de Número de la Academia Chilena de Medicina, Drs. Gloria Valdés S., Rodolfo Armas M. y Humberto Reyes B.

3 Documento encomendado por la Academia Chilena de Medicina, con motivo de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Asociación de Academias de Medicina de América Latina, España y Portugal (ALANAM), realizada en Santiago de Chile, 28-30 de octubre de 2010.

3. Incorporar al trabajo médico los conocimientos generados en las disciplinas básicas y preclínicas, que requieren una tecnología avanzada.
4. Conocer los problemas sanitarios de las personas y la población, y aprender a prevenirlos y corregirlos eficientemente.
5. Elevar la capacidad de resolver problemas complejos y abordar factores sociales determinantes de la salud (1).
6. Descubrir recursos diagnósticos o terapéuticos, o elegir la mejor forma de usar los ya conocidos.

La investigación biomédica tendría también objetivos más generales, con trascendencia social y política, como ayudar a reducir inequidades, acelerar el desarrollo económico de los países (1), impulsar la economía al incrementar el conocimiento, la competitividad y la accesibilidad a productos útiles, fortalecer los sectores industrial, económico y de la salud, e incrementar los conocimientos sociales (2).

En la esfera de las ciencias de la salud hay investigaciones orientadas a resolver los problemas sanitarios urgentes de la población y otras orientadas a incrementar los conocimientos, sin poner énfasis en la aplicabilidad inmediata de sus resultados. La primera, una investigación "por necesidad" o "por pertinencia", es conocida también como "investigación aplicada". La segunda busca preferentemente aumentar el saber, es una investigación "por curiosidad". Ambas son necesarias e importantes, pero la investigación aplicada es la que más necesitan los países en desarrollo para resolver sus problemas sanitarios urgentes, comúnmente relacionados con la pobreza. Se estima que a nivel mundial, solo 10% de los recursos que se invierten en investigación en salud se destinan al 90% de las patologías más letales, lo que se conoce como "brecha 10/90" (3). En numerosos países existen instituciones y programas orientados a desarrollar la investigación aplicada, para acortar esa brecha.

Aunque los impactos sociales, económicos y sanitarios que tiene la investigación biomédica parecen indiscutibles, no existen métodos convincentes que permitan evaluar el retorno de lo que es necesario invertir en ella (2) . La dificultad surge al emplear un modelo linear enfocado en los impactos más visibles e inmediatos de la ciencia, desconociendo el valor oculto expresado en el mediano y largo plazo (4). Pero la sola formación de capital humano con conocimientos actualizados, conectado con centros internacionales, crea una masa crítica apta para analizar y proponer soluciones a los distintos problemas del país.

Génesis del presente documento

Para contribuir al análisis de este tema en América Latina y España, durante la reciente reunión de ALANAM, la Academia Chilena de Medicina encomendó a los autores analizar el estado actual de la investigación científica en el área de la medicina y ciencias de la salud en Chile, y hacer recomendaciones para estimular su crecimiento. La elección de este tema se basó en la convicción de que la creación y la incorporación de conocimientos nuevos está en la base del desarrollo, y que los países que así lo han comprendido han progresado más que el nuestro en esta materia.

Por ende, la investigación biomédica –además de los beneficios específicamente sanitarios– juega un rol importante en el desarrollo económico y social del país.

Con estas consideraciones, se seleccionaron proyectos que cumplieran los requisitos de una investigación científica. Al efectuar el recuento de los investigadores nacionales, se excluyeron a quienes participaron como colaboradores o ejecutores en ensayos clínicos diseñados en el extranjero (4,5). La investigación biomédica tiene límites que frecuentemente se confunden con los de las investigaciones biológicas y farmacológicas propias de la industria farmacéutica, pero estimamos indispensable que participantes nacionales hayan diseñado el proyecto, elegido la metodología, analizado los resultados y elaborado las conclusiones, con independencia de la entidad que financió el estudio. La información se obtuvo de las bases de datos de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), de una revisión de las publicaciones de trabajos realizados en Chile registradas en MEDLINE/PubMed, y de una encuesta electrónica que se dirigió durante 2010 a los directores de las escuelas de medicina chilenas.

Las publicaciones biomédicas chilenas en los años 2008 y 2009 fueron extraídas de la base de datos de MEDLINE/PubMed, utilizando como buscadores los nombres de las universidades chilenas, institutos de investigación biomédica, clínicas privadas en español e inglés. Se clasificaron como "investigación biomédica" las publicaciones sobre experimentación en animales, estudios en tejidos, células u organelos, que tuvieran relación con fisiología humana o con problemas clínicos. Si bien se considera investigación biomédica a la investigación orientada a obtener conocimientos y proponer soluciones a problemas de salud mediante la aplicación del método científico, esta definición estricta fue reemplazada para publicaciones categorizadas como "investigación médica", por la definición ampliada de Fletcher y Fletcher (7), que incluye los estudios en seres humanos enfocados en problemas clínicos, los trabajos de salud pública o administración en salud, las presentaciones de casos clínicos y las revisiones enfocadas en medicina clínica, ética médica o educación médica, por ser valiosas para el ejercicio de la medicina. Solo se incluyeron estudios colaborativos en que se reconoció la autoría de una institución chilena. Se revisaron los títulos de 1729 artículos. Los datos obtenidos fueron revisados en forma independiente por dos autores del presente trabajo, que utilizando los criterios previamente expuestos, clasificaron cada publicación como "médica" o "biomédica", o la eliminaron por considerarla fuera del ámbito biomédico y médico. Se cotejaron las opiniones de ambos revisores y, cuando hubo discordancia (6.3%), se discutió y adoptó una clasificación por consenso revisando en conjunto el resumen de la publicación.

Organización y financiamiento de la investigación biomédica

En Chile no existe un sistema nacional o institución que regule o coordine la investigación en salud. CONICYT, fundada en 1967, que depende del Ministerio de Educación, es la institución nacional con mayor injerencia en la investigación científica. Es la principal fuente de recursos para la investigación y, al financiar los

proyectos a través de concursos con evaluaciones por pares, establece su nivel de calidad. Cuenta con tres fondos (o "programas") que se manejan en forma independiente: el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), el Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) y el Fondo Nacional de Investigaciones en Salud (FONIS). Estos fondos tienen una especialización en el tipo de investigaciones que financian. Alrededor de 75% de los proyectos del área de salud financiados por FONDECYT son de ciencias biomédicas, alrededor de 66% de los que financia FONIS son de salud pública y FONDEF reparte por igual su apoyo entre los proyectos de salud pública y clínicos (8).

El Programa FONDECYT, creado en 1982, representa la mayor fuente de financiamiento de la investigación en nuestro país. Cuenta con 4 instrumentos para financiar investigación básica y aplicada en todas las áreas del conocimiento: Concursos "Regular", "Postdoctorado", "Iniciación en Investigación" e "Incentivo a la Cooperación Internacional".

El Ministerio de Salud y CONICYT crearon en 1991 el FONIS, destinado a proporcionar recursos para investigaciones aplicadas que contribuyan a mejorar o modificar las políticas públicas sanitarias y su implementación (9,10).

La *Iniciativa Científica Milenio*, dependiente del Ministerio de Planificación, universidades públicas y privadas y la Corporación de Fomento de la Producción, dependiente del Ministerio de Economía, financian investigación en diferentes áreas, incluyendo salud.

El financiamiento de la investigación biomédica es difícil de cuantificar, pues requiere de recursos humanos calificados, físicos, equipamiento e insumos, cuyo costo a menudo no se contabiliza dentro de los proyectos de investigación ya que se consideran recursos propios del sistema de salud donde se realiza la investigación, de su administración general o la actividad docente. Una sobretasa u "overhead" pretende corregir este problema al adicionar al costo de los proyectos una suma que beneficia a la institución investigadora, pero esta se aplica en igual proporción a todos los proyectos, sin un cálculo adecuado de los aportes institucionales.

En Chile, el financiamiento de los proyectos de investigación biomédica proviene prioritariamente de las instituciones estatales, aunque existen fuentes minoritarias. No existe un organismo que centralice la información de los montos asignados a investigación y sus fuentes financieras.

Los recursos aportados por CONICYT, en cada uno de sus fondos, se concursan una vez al año, con una metodología competitiva que exige una detallada puesta al día del tema a investigar, una cuidadosa descripción de los objetivos y metodología de trabajo, consideraciones éticas rigurosas (todo proyecto debe haber sido aprobado previamente por el Comité de Ética Institucional respectivo), y un minucioso presupuesto. El proceso de evaluación y fallo de los concursos es minucioso y toma varios meses. Una vez aprobado un proyecto, se exige a los investigadores un manejo contable permanente e informes anuales sobre el progreso de la investigación y el uso de

los recursos financieros otorgados. Esto, que es una garantía de la seriedad del proceso, tiene el inconveniente de inhibir a postular a médicos clínicos cuya vocación primaria es la asistencia de pacientes. Cada vez son más los proyectos que están a cargo de profesionales no-médicos. En su mayoría son doctorados en ciencias, que pueden dedicar una alta proporción de su tiempo a la investigación. Otro factor poderoso es que la investigación científica actual exige el dominio de "técnicas de punta", como técnicas de biología molecular o de estadística avanzada, para las investigaciones de tipo biológico o de salud pública respectivamente, las que requieren estudios de post título.

La Tabla 1 muestra los montos aportados a los proyectos de salud durante el año 2009, por cada fondo dependiente de CONICYT, más los recursos de otras fuentes asignados a través de esta institución. En el Programa FONIS, CONICYT y el Ministerio de Salud aportan sumas de dinero iguales y en el Programa FONDEF se exigen aportes de la entidad beneficiada y de empresas que contribuyen a ese proyecto.

Trece escuelas de medicina destinan fondos propios o externos no estatales a la investigación. Resalta la gran proporción de fondos por la PUC y la Universidad de Chile, que contrasta con una mínima inversión de las nuevas facultades de Medicina.

Recursos humanos: los participantes en investigación biomédica en Chile

Un requisito fundamental para la investigación científica es contar con individuos capacitados e interesados en realizarla. Importa mucho el número de personas calificables como investigadores, considerándose como "masa crítica" a la cantidad de investigadores que realizan investigación con independencia, sin participación predominante de investigadores de otros países.

1. ¿A quién considerar "investigador"?

Es difícil trazar límites en la actividad académica y es especialmente complejo establecer a quién considerar o no "investigador". Nos parece que debe considerarse a personas que estén en la actualidad comprometidas en proyectos de investigación protocolizados y que generan publicaciones derivadas de ellos. Para este análisis consideramos "investigadores activos" a quienes han participado en proyectos de investigación aprobados por los tres principales concursos de los programas de CONICYT. Este criterio puede reducir su número real porque ignora a investigadores financiados por otras fuentes. Por otro lado, nuestro criterio incluye a personas mencionadas como investigadores en los proyectos analizados, pero que solo aportaron un trabajo clínico o técnico, sin haber participado en todas las etapas propias de la investigación.

2. ¿Cómo conocer la cantidad de investigadores en el país?

Aplicando el criterio anterior a los proyectos aprobados para financiamiento por CONICYT en el trienio 2007 a 2009, el número de investigadores activos en biomedicina en Chile sería 408. Este número es inferior al contabilizado por la Academia de Ciencia del Instituto de Chile (504), que representaba en 2005 al mayor grupo de investigadores por disciplina en el país (Tabla 2) (11).

3. ¿Cuáles son sus características institucionales y profesionales?

Los investigadores biomédicos se desempeñan mayoritariamente en la Universidad de Chile y en la Pontificia Universidad Católica de Chile. En el trienio 2007 a 2009, sobre 80% de las investigaciones financiadas por FONDECYT fueron realizadas en una de estas dos instituciones (Tabla 3). Esta característica tiene trascendencia nacional, por cuanto existen otras universidades con escuelas de medicina que, a pesar de varias décadas de desarrollo, no han alcanzado una actividad cuantitativamente relevante en investigación biomédica. Desconocemos si ello significa que no tienen académicos con formación adecuada, vocación o interés para investigar, que su ambiente institucional no atrae a investigadores ya formados, o que no han invertido esfuerzos para formar nuevos investigadores. Es prematuro juzgar esta situación, pero es difícil suponer que van a contar con investigación biomédica relevante en un corto plazo. Nuestros datos señalan que en el país son prácticamente inexistentes las investigaciones biomédicas que se desarrollen al amparo de instituciones privadas o del Ministerio de Salud.

Ya en 1982 estudios publicados y comentados en la Revista Médica de Chile (12-14), destacaron que la investigación biomédica provenía de las Universidades de Chile y Católica de Chile. En las tres décadas que separan esos estudios del actual, el país ha vivido enormes cambios políticos, sociales y económicos; sin embargo, en investigación biomédica no detectamos cambios en algunas características claves de sus universidades. El hecho que estas dos universidades destinaran recursos para apoyar a la investigación, antes de la creación de FONDECYT, revela que la valoración como actividad indispensable en la vida universitaria predomina sobre la disponibilidad de recursos financieros.

Históricamente, la investigación biomédica fue incorporada en Chile por médicos clínicos que realizaron estudios en centros extranjeros de prestigio y que, a su retorno, crearon laboratorios adecuados para incorporar técnicas y realizar investigaciones. Con el tiempo, la biología molecular introdujo una creciente complejidad a la investigación científica y, por otra parte, la necesidad de dedicarle cada vez más tiempo, la fue "profesionalizando", motivando que los clínicos se hayan ido marginando de ella. Los médicos y médicos-PhD han disminuido notoriamente su participación como investigadores responsables de los proyectos aprobados por FONDECYT (15). Esto ha sido también detectado en países con mayor desarrollo en investigación (16,17) y, lamentablemente, pone en riesgo los indispensables puentes entre la investigación básica y la asistencia y docencia de la medicina clínica. También afecta

a la salud pública del país, no aplica conocimientos generados en la realidad local y no mejora el empleo de nuevos recursos en el trabajo clínico. Como una forma de enfrentarlo, la Pontificia Universidad Católica de Chile, luego la Universidad de Chile y más recientemente las Universidades de La Frontera y Austral de Chile, iniciaron programas de doctorados en ciencias médicas, los que lamentablemente han tenido un lento desarrollo (Tabla 4). Una consecuencia esperable de esta iniciativa es que los médicos que cursan estudios de post título conducentes a un grado de doctor en ciencia (PhD) estimulen la investigación traslacional, que nace de objetivos clínicos pero cuyos resultados retornan a la asistencia ("from bench to bedside").

Los médicos clínicos no solo tienen escasa participación en investigaciones básico-clínicas, sino también en las aplicadas al trabajo clínico. El FONIS fue creado precisamente para dar oportunidades a los médicos clínicos para evaluar o comparar alternativas de los métodos de diagnóstico y tratamiento, cuantificar sus resultados, valorar costos, aplicar normas o guías clínicas susceptibles de ser mejoradas conforme a los resultados que obtengan. Sin embargo, entre los 83 proyectos aprobados en los tres primeros concursos anuales de FONIS, solo 26 (31%) fueron de tipo clínico y 7 (8,4%) de epidemiología clínica (Tabla 5).

La carencia de este tipo de estudios clínicos probablemente retrasa en nuestro país la incorporación de la medicina basada en evidencias y refleja una debilidad de los programas de formación de especialistas clínicos, que no incluyen formación en epidemiología clínica ni en metodología de la investigación. Es por esto que el Ministerio de Salud creó en 2001 el Consejo Nacional de Investigación en Salud (18), el cual propuso enseñar contenidos de epidemiología clínica a los médicos que siguiran programas de formación en especialidades clínicas, pero lamentablemente ello no se implementó.

Mientras no se progrese en este sentido, debemos aceptar que otra característica de los investigadores en biomedicina en nuestro país es que solo minoritariamente provienen del ámbito clínico.

Publicaciones científicas indexadas en Pubmed en 2008 y 2009

Desde enero de 2008 a diciembre de 2009 la base de datos MEDLINE/PubMed incluyó 1191 publicaciones con características de investigación biomédica, generadas por autores chilenos trabajando en el país. Se excluyeron 538 no relacionadas a biomedicina (ej. estudios de flora y fauna, veterinaria). Entre las 1191 publicaciones que cumplieron los criterios de inclusión, 312 (26.2%) fueron clasificadas como "investigación biomédica" y 879 (73.8%) como "investigación médica". Siete publicaciones correspondieron a ensayos clínicos.

De las 1191 publicaciones seleccionadas (Tabla 6), 43.4% fueron originadas por investigadores de la Universidad de Chile y 23.3% por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es interesante consignar que dentro de la Universidad de Chile la mayor contribución proviene del Instituto de Ciencias Biomédicas, seguida por el

Instituto de Tecnología de los Alimentos (INTA). Entre las universidades privadas de reciente creación destaca la Universidad del Desarrollo, cuyas 58 publicaciones independientes o en asociación a la Clínica Alemana sobrepasaron en este período al de algunas universidades tradicionales y a las demás universidades privadas recientes. En el ámbito privado destacó la Clínica Las Condes.

La gran mayoría de las publicaciones se generaron en escuelas de medicina. Un pequeño número proviene de escuelas de odontología, bioquímica y farmacia y enfermeria, y en casos excepcionales a facultades de ingeniería. La coautoría del Ministerio de Salud se indica en 3 trabajos.

Realizar este catastro fue dificultoso por la variedad de formas de nominar las instituciones de origen (ej. siglas, idioma inglés), aspecto que aconsejamos uniformar para facilitar la mantención de catastros institucionales y nacionales.

Investigación en áreas prioritarias para la salud pública

Es razonable que los países orienten los recursos que gastan en investigación biomédica a las áreas o temas en los que esperan mayor impacto o mejor retorno social, sanitario o económico de su inversión (18). La idea de priorizar las asignaciones de recursos buscando estimular la resolución de necesidades no debe interferir con la libertad de los investigadores para desarrollar sus propias líneas de trabajo. En Chile no existe un organismo que establezca áreas prioritarias en investigación y las normas para privilegiarlas en los concursos que financian. El Consejo Nacional de Investigación en Salud estableció, mediante un sistema de consulta a expertos, las prioridades que se señalan en la Tabla 7 y recomendó que fueran aplicadas en FONIS, único concurso sobre el que tiene injerencia (18). El análisis retrospectivo de los proyectos aprobados por FONIS en los tres primeros años de concursos mostró que pertenecían mayoritariamente a estas áreas prioritarias (Tabla 5), de modo que la evaluación había aplicado espontáneamente la priorización recomendada.

Principales dificultades para hacer investigación biomédica en Chile

Según opiniones de expertos, recogidas por la Academia Chilena de Medicina (12), las principales limitantes para el desarrollo de la investigación biomédica serían:

1. Una cultura nacional que subvalora la investigación científica, la carrera del investigador, con poca disposición para invertir recursos en esa actividad y para respaldar a los investigadores garantizándoles una carrera estable y con incentivos, tiempo disponible para investigar, perspectivas profesionales atractivas y renta justa. Esta limitante se relaciona también con la pobre participación en investigación de los sectores productivos del país.
2. Escasez de recursos humanos capacitados, interesados y con tiempo protegido para esta actividad, lo que en buena medida depende de la limitante anterior. En los departamentos y unidades clínicas, el tiempo para investigar a menudo se toma del destinado a docencia, asistencia, la vida

familiar y el descanso. Ya que la formación del recurso humano se inicia desde temprano en la vida, esta deficiencia probablemente tiene sus raíces en el currículo y en el cuerpo docente responsable del proceso de enseñanza general del país. Corregir esta situación requeriría de un programa difícil de implementar, oneroso y que demoraría en rendir frutos. Es posible que la mayor limitante para la investigación biomédica sea la carencia de personas capacitadas e interesadas en hacerlo, más que la falta de financiamiento.

3. Infraestructura insuficiente e inadecuada en las universidades y especialmente en los centros asistenciales, para trabajar con apoyos técnicos y comodidades básicas. Salvo excepciones, en los establecimientos dependientes del sistema público de salud, la investigación biomédica no interesa y no tiene asignado tiempo ni lugar físico.
4. La escasez de institutos temáticos representa posiblemente otra limitante mayor. En el mundo hay experiencias de mucho interés con la concentración de esfuerzo universitario y asistencial en centros destinados específicamente a abordar áreas acotadas de la medicina, como los Institutos de Nutrición de México, de la Altura del Perú, y en Chile los Institutos de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), de Investigación Materno-Infantil (IDIMI), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Todos estos han logrado un desarrollo técnico sostenido, con actividad de investigación y docencia permanentes.

Según los estudios publicados en 1982, los puntos 1 a 3 constituyeron ya en esa época las principales dificultades de los investigadores (12-14). En el análisis realizado en 2010 por la Academia de Medicina, con datos proporcionados por academias de medicina de América Latina y España, estas limitantes aparecieron compartidas por otros países latinoamericanos y algunas aun por países desarrollados, como España. Existen diferencias con respecto a la institucionalidad que dirige la investigación; en Argentina, Brasil, Cuba y Venezuela está radicada en un Ministerio, en Costa Rica en una Oficina y en Ecuador en un Secretariado. Sin embargo, no se puede afirmar que en estos países esta institucionalidad haya rendido frutos. Los montos destinados a investigación biomédica varían mucho de un país a otro y no se relacionan con el tamaño de su población, ingreso per cápita, índice de desarrollo humano ni otras variables. Posiblemente los recursos dependan de la voluntad política y cultural de cada país. Brasil, donde se han inyectado a la investigación US$ 29 billones adicionales, ha logrado en una década subir del lugar 23 al 15 en productividad científica. En investigación relacionada a salud, Chile, Brasil, México y en menor grado Argentina, han incrementado su inversión en investigación a cifras cercanas al 2% del presupuesto total de salud. Además, estos países destinan a investigación el 5% de la ayuda internacional a salud, como lo recomendó la Comisión "Health Research for Development", en 1990 (1, 20).

Es interesante tener presente que el Reino Unido, donde la investigación está históricamente arraigada en la cultura nacional, no obstante tener el 1% de la población mundial, produce 7,9% de las publicaciones científicas mundiales, recibe 11,8% de las citaciones y 14,4% de las citaciones de alto impacto (2).

La importancia de transferir los conocimientos obtenidos en la investigación biomédica, al trabajo clínico y las actividades de salud pública

Los conocimientos generados a través de investigaciones son habitualmente publicados, pero ello no garantiza la transferencia o traslación de sus resultados al trabajo médico y no existe un mecanismo de vigilancia de que esto ocurra. Podría ilustrarse esta falla con una disociación entre los múltiples trabajos epidemiológicos que muestran la elevada prevalencia de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, con la instalación de políticas para revertir su tendencia ascendente.

La incorporación de los conocimientos nuevos a la práctica es difícil, en todos los ámbitos del saber. En Chile tuvimos la dramática experiencia de sufrir en el año 2010 un sismo que sorprendió al país y a la población, cobrando muchas vidas, no obstante haber sido pronosticado con detalle por expertos nacionales e internacionales en sismología (21).

Además del interés por que los conocimientos nuevos que genera la investigación lleguen al público y se apliquen en su beneficio, importa que la población en general (que contribuye mediante sus impuestos a mantener esta actividad) se informe y tome conciencia de los esfuerzos de los investigadores y de los dilemas sociales y éticos que derivan de la investigación. Es una tarea que las sociedades científicas y las Academias de Ciencia y de Medicina del Instituto de Chile deben abordar.

Recomendaciones emanadas de este informe:

1. Renovar en Chile la institucionalidad de Ciencia y Tecnología, con una instancia que tenga un importante grado de autonomía e independencia, cuyas funciones sean:
    a) Establecer prioridades temáticas para la investigación en salud y las formas como esas prioridades deben ser consideradas en los concursos que otorgan financiamiento con recursos fiscales.
    b) Mantener un catastro de los centros que desarrollan investigación, de los investigadores activos del país y de sus líneas de trabajo. Este catastro puede ser fácil de realizar y mantener actualizado porque la asignación de fondos para investigación es limitada, tiene regularidad temporal y sus resultados son públicos. Esa información permitiría constituir redes de colaboración y diálogo, y medir el crecimiento de la actividad de investigación. Como los cambios institucionales son

lentos, un registro nacional estimularía la formación de redes temáticas a nivel de las bases de investigadores y otorgaría a la autoridad sanitaria un sitio para obtener asesorías calificadas y ofrecer recursos humanos nacionales para intercambios y trabajos cooperativos con centros extranjeros.

c) Llevar un registro de los montos asignados para investigación a través de los fondos estatales y privados disponibles.
d) Establecer convenios con centros de investigación extranjeros para trabajos colaborativos.
e) Implementar mecanismos de transferencia de conocimientos nuevos con utilidad evidente.
f) Establecer un sistema de información expedita entre las personas que dirigen los diferentes fondos de investigación, a fin de concentrar esfuerzos y evitar repeticiones inconvenientes.

2. Promover la creación de centros temáticos de investigación para materias prioritarias y en las que el país posee capacidades que están dispersas entre diferentes instituciones.
3. Las universidades complejas (que cumplen labores de docencia superior, investigación científica, innovación y extensión) deben recibir recursos para ampliar los programas de doctorado que tienen implementados y crear nuevos, los que permitirán formar doctores en ciencia (Ph. D) en el país a un menor costo, estimulando la investigación a nivel nacional.
4. Extender la difusión de la investigación nacional a la población general, y muy especialmente a los estudiantes en etapas preuniversitarias, como lo que en la actualidad realiza EXPLORA mediante, el Programa "Mil Científicos Mil Aulas".
5. Diseñar estrategias para incorporar investigación aplicada a los grupos clínicos, especialmente a los formadores de especialistas. Estas estrategias pueden incluir la enseñanza de epidemiología clínica a los futuros especialistas y la mejor integración de los grupos clínicos con los programas de doctorado en ciencias biomédicas.

Algunas de estas recomendaciones ya fueron planteadas en el documento de la Academia Chilena de Ciencias, en el año 2005 (10). Queremos refrendar otras de sus recomendaciones:

1. La necesidad de concordancia entre el Estado, las universidades y el sector empresarial para establecer un programa integral para el desarrollo y capacitación de recursos humanos calificados, para generar conocimientos y aplicaciones novedosas.
2. El desarrollo por parte del Estado de un nuevo programa de redes nacionales para impulsar la ciencia y la tecnología en regiones.
3. La convocatoria de un Foro Nacional de Investigación Científica y Tecnológica para propiciar el diálogo entre científicos, empresarios y gobierno.

4. La adopción de políticas dirigidas a aumentar la inversión del país en ciencia y tecnología, que hubiera alcanzado en el año 2010 idealmente 1,3%. En este aumento de inversión tiene que participar el sector productivo, y debieran considerarse fondos para fomentar la cooperación internacional.
5. La evaluación periódica de la productividad, eficacia y gestión de los fondos estatales destinados a investigación.
6. El establecimiento de un fondo concursable para infraestructura científica, implementando equipos e instalaciones de complejidad media y mayor, supeditando la asignación de equipamiento mayor a que la institución receptora otorgue acceso a usuarios de otras instituciones.
7. Continuar el apoyo para aumentar la educación escolar en ciencias, y mejorar la formación de los profesores de ciencias en la educación media, con el concurso de la comunidad científica y las universidades.

Esperamos que este análisis estimule la actividad científica nacional, no solo en el área de la biomedicina y en la intención, sino en la práctica. Chile, con su desarrollo económico actual, debería participar productivamente en la investigación internacional.

Referencias

1. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG y Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación e Innovación para la Salud. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2009;26:447-457.
2. The Royal Society. The Scientific Century: securing our future prosperity. RS Policy document 02/10. Marzo, 2010.
3. Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2003–2004. Geneva, Switzerland: Global Forum for Health Research; 2004.
4. Frank C, Nasone E. Health research: measuring the social, health and economic benefits. CMAJ 2009; 180:528-39.
5. Sox H C, Rennie D. Seeding Trials: Just Say "No". Ann Intern Med 2008;149:279-280.
6. Hill KP, Ross JS, David S., Egilman D y Krumholz HM. The ADVANTAGE Seeding Trial: A Review of Internal Documents. Ann Intern Med. 2008;149:251-258.
7. Fletcher RH, Fletcher SW: Clinical research in general medical journals: a 30-year perspective. N Engl J Med 1979, 301:180-183.
8. Paraje G. El financiamiento público de la investigación en salud en Chile. Rev Med Chile 2010; 138: 36-43.
9. V. El futuro de la investigación en salud. Visión de las universidades. Boletín Academia Chilena de Medicina 2001;38:89-93.
10. Armas Merino R. Hacia un fondo nacional de investigaciones aplicadas en salud. Boletín Academia Chilena de Medicina 2001:38:95-9.
11. Allende J, Babul J, Martínez S, Ureta T. Análisis y proyecciones de la Ciencia Chilena 2005. Academia Chilena de Ciencias, Consejo de Sociedades Científicas, Programa Bicentenario de Ciencias y Tecnología CONICYT. Alfabeta, Santiago, Chile, 2005.
12. Croxatto HR, Vargas Fernández L, Cruz-Coke R. Estudio sobre la investigación biomédica en el decenio 1967-1976. Encuesta a 49 investigadores de Santiago de Chile. Rev Med Chile 1982; 110: 149-158.
13. Goic A, Armas Merino R, Pérez-Olea J, Reyes H, Cruz-Coke R, Guiraldes E. Situación actual de la investigación en Ciencias Médicas en Chile. Rev Med Chile 1982; 110: 159-173.

14. Reyes H. La investigación médica actual en Chile (Editorial). Rev Med Chile 1982; 110: 105-106.
15. Salas S, Rigotti A. Médicos-Científicos en Chile: ¿Una especie en extinción?. Rev Med Chile 2005; 133: 121-28.
16. Schechter AN. The Crisis in Clinical Research: Endangering the Half-Century National Institutes of Health Consensus. JAMA 1998; 280: 1440-2.
17. Goldstein JL, Brown MS. The clinical investigator: bewitched, bothered, and bewildered—but still beloved. J Clin Invest 1997; 99: 2803-12.
18. Ministerio de Salud. Decreto Nº 145 de 2001.
19. Armas M R, Torres A, Arriagada J, Muñoz F, Salinas ER, Crocco P. Proceso para priorizar las líneas de investigación esencial de interés para el Ministerio de Salud de Chile. Rev Med Chile 2010 138:401-5.
20. Moloney A. Latin America faces hurdles in health research. Lancet 2009; 374:1053-54.
21. Ruegg JC, Rudloff A, Vigny C, Madariaga R, de Chabalier JB, Campos J, Kausel E, Barrientos S, Dimitrov D. Interseimic strain accumulation measured by GPS in the seismic gap between Constitución and Concepción in Chile. Physics of the Earth and Planetary Interiors 2009;175:78-85.

Tablas

Tabla 1. Fondos Aportados por y a través de CONICYT para Proyectos de Investigación nuevos y de renovación del area de la Salud (en M$) en 2009.

Fondo	Concurso	Aporte de CONICYT	Otros aportes	Total (en M$)
FONDECYT[b]	Regular	5.613.138		6.395.212
	Post Doctorado	39.832		
	Iniciación en Investigación	736.142		
	Incentivo Cooperac Internac.	6.100		
	Total FONDECYT			
FONDEF[c]	CONICYT	1.261.771		2233561
	Unidad Beneficiaria		489.989	
	Empresas y entidades asociadas		481.801	
	Total FONDEF y aportes agregados			
FONIS[a]		250.000	250.000[d]	500.000
Total Programas de CONICYT		7.906.983	1.221.790	9.128.773

[a] FONDECYT: Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico; [b] FONDEF: Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico; [c] FONIS: Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud; [d] Aporte del Ministerio de Salud.

Tabla 2: Investigadores en distintas disciplinas, cuantificados por catastro incluido en "Análisis y proyecciones de la Ciencia Chilena 2005". (9)

Disciplina	Investigadores (n)	% del total
Biomedicina	504	18.86
Biología	424	15.77
Ciencias Químicas	390	14.45
Ciencias de la ingeniería	254	9.41
Ciencias agronómicas y forestales	206	7.63
Física	205	7.59
Ciencias Ambientales	170	6.30
Ciencias Matemáticas	169	6.26
Ciencias del Mar	157	5.81
Ciencias de la tierra	155	5.74
Astronomía	64	2.37
Total	2.698	100.00

El Directorio de Investigadores en Biomedicina se confeccionó mediante cuestionario electrónico enviado a 1600 personas seleccionadas entre los investigadores responsables y co-investigadores de FONDECYT, FONDEF en el área de Biología y Medicina, y de FONIS entre el 2000 y 2005, y los miembros de las Sociedades Científicas y Médicas de Chile.

Tabla 3. Proyectos FONDECYT del área de Medicina 2007-2009, según entidad investigadora (n) y % del total

	(n)	% del total
Universidad de Chile	59	54,6
Facultad de Medicina	29	
Hospital Clínico	6	
INTA	15	
Facultad de Ciencias	1	
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas	5	
Facultad de Odontología	3	
Pontificia Universidad Católica de Chile	32	29,6
Facultad de Medicina	26	
Facultad de Ciencias Biológicas	5	
Facultad de Ciencias Sociales	1	
Universidad Austral de Chile	4	3,7
Universidad de Concepción	4	3,7
Facultad de Medicina	1	
Facultad de Ciencias Biológicas	1	
Facultad de Medicina Veterinaria	1	
Facultad de Odontología	1	
Universidad de Santiago de Chile	2	1,8
Departamento de Informática	1	
Facultad de Ciencias Químicas y Biología	1	
Otras Instituciones*	7	6,5

* Uno de cada una de las siguientes instituciones: Universidades de Los Andes, de Tarapacá, de la Frontera, Católica del Maule, Federico Santa María; Grupo BIOS y Clínica Las Condes.

Tabla 4: Alumnos ingresados a los Programas de Doctorado en Ciencias Médicas entre los años 1995 y 2011 en las diferentes instituciones que los imparten.

	Total (n)	PUC[1] (n)	U de CH[2] (n)	UFRO[3] (n)	Universidad Austral (n)
1995	2	2			
1996	1	1			
1997	2	2			
1998	3	3			
1999	1	1			
2000	3	1	2		
2001	6	3	3		
2002	7	4	3		
2003	10	6	4		
2004	7	3	4		
2005	11	6	5		
2006	7	3	4		
2007	6	3	3		
2008	10	4	3	3	
2009	10	4	3	3	
2010	8	3	2	3	
2011	16	3	3	5	5

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile; [2]Universidad de Chile; [3]Universidad de la Frontera.

Tabla 5. Proyectos aprobados por FONIS según disciplina.

Concurso	Total (n)	Clínicos (n)			Programas de Salud Pública (n)	Economía de Salud (n)	Gestión de Servicio (n)
		Total	Epidemiol, Clínica	Otros			
1º	25	5	1	4	18	1	1
2º	31	8	4	4	19		4
3º	27	13	2	11	7	1	6
Total	83	26	7	19	44	2	11

Tabla 6: Publicaciones realizadas en instituciones chilenas indexadas en Pubmed en los años 2008 y 2009.

Institución	Publicaciones Médicas (n)	Publicaciones Biomédicas (n)	Total (n)	% del total
U. de Chile	378	139	517	43.9
Pontificia U. Católica	218	60	278	23.3
U del Desarrollo/ Clínica Alemana	46	12	58	4.9
U. Austral	22	22	44	3.7
U. de la Frontera	31	11	42	3.5
Clínica Las Condes	40	0	40	3.3
U. de Concepción	28	10	38	3.2

Institución	Publicaciones Médicas (n)	Publicaciones Biomédicas (n)	Total (n)	% del total
USACH	11	19	30	2.5
U. de Valparaíso	13	12	25	2.0
U. de Talca	13	5	18	1.5
U. Diego Portales	16	0	16	1.3
U. de Católica del Norte	7	3	10	0.8
Otras con < 10 publicaciones	56	19	75	6.3
Total	879	312	1191	100

Las cifras de la presentación fueron modificadas a raíz de ampliar el criterio para clasificar los trabajos de investigación clínica de Fletcher y Fletcher (7).

Tabla 7. Dos áreas prioritarias para investigación en Chile.

Áreas de Investigación	Contenidos para cada área
Gestión y evaluación de programas de salud	a.- Prevención primaria. b.- Establecer prioridades en salud. c.- Patologías incluidas en el programa de Garantías Explícitas en Salud d.- Gestión y financiamiento de atención en salud. e.- Participación ciudadana en el proceso de atención médica.
Patologías de alta prevalencia, incidencia, costos y/o impacto social	a.- Asuntos relacionados con salud mental. b.- Patología pediátrica, de la adolescencia y del adulto mayor. c.- Problemas de salud con gran impacto social.

Comentarios

Dr. Luis Michea, Director de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Invitado). Felicito a la Dra. Valdés por su conferencia. Algunos detalles, creo que antes de ser publicado este trabajo hay varios datos que deben ser actualizados. En particular, en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos y las inversiones. Creo que en algunos gráficos hay errores de magnitud, en cuanto al porcentaje del PIB, puede ser porque los norteamericanos hablan de billones y nosotros hablamos de millones con tres ceros más. Lo mismo en cuanto a la formación de recursos humanos; creo que es muy importante considerar la formación de recursos humanos en el área de salud pública y de otras carreras relacionadas con la práctica de salud. Si vamos a hacer una defensa pública en la necesidad de invertir, hay que tener mucho ojo con los datos.

Por otra parte, el año pasado en el concurso FONDECYT regular, los grupos de medicina llegamos a una tasa de aprobación del 58%; esas son tasas de aprobación impensables para cualquier país y cualquier agencia, ya que lo habitual son de 1 o 2 dígitos. Sin embargo, nuestro impacto y productividad es relativamente bajo si nos comparamos con matemáticas o astronomía. Entonces, ¿cuál es la razón para aumentar el presupuesto si estamos aprobando muchos proyectos que producen investigación de mediano plazo y poco impacto bajo los estándares internacionales? y ¿cuál es la relación que tienen los proyectos que se están aprobando con las políticas de

salud, con los problemas de salud y con lo que la comunidad siente que deberíamos investigar? Creo que es necesario que en este foro se medite sobre esto, creo que ha habido comisiones, hay ideas, hay trabajos nacionales que son muy inspiradores; la biología, si uno la analiza globalmente, está mirando hacia la biomedicina por las razones de *accountability* en las sociedades desarrolladas.

Otro aspecto es que hay ejemplos que son relevantes para nosotros como modelos de desarrollo rápidos. Según un estudio publicado hace pocos meses por la Royal Society sobre el desarrollo de la ciencia en el mundo, China en menos de 8 años ha subido tanto en productividad científica, que del lugar 9 que tenía en el mundo, se espera que al 2013 supere a los Estados Unidos que ha sido el Nº 1 durante todo el siglo pasado; este crecimiento chino se basa, en buena parte, en el aumento del gasto. Otro modelo y que nos queda muy cercano es el de Brasil, que ha tenido un crecimiento explosivo en investigación, especialmente biomédica y particularmente en Sao Paulo. En ese mismo estudio se definen los 5 países más promisorios en ciencia y ahí están Brasil y España, que también es otro modelo que idiosincrásicamente nos queda cercano.

Una de las cosas que nosotros adolecemos es de grandes fondos para investigación médica. Por ejemplo, si uno quiere hacer un Framingham chileno, ¿cómo lo financia? No se puede financiar en base a pequeños FONDECYT, no hay un FONDART de medicina, no hay Milenio de problemas clínicos; FONIS, que debiera ser una solución a esto, está por razones que podríamos discutir, destinado hacia la salud pública. Creo que necesitamos cierto nivel de fondos para grandes iniciativas país, que podrían ser canalizadas vía FONIS o en el propio FONDECYT y que podría contemplar la creación de centros, de cátedras o de grandes centros de problemas médicos relevantes en el contexto chileno.

Ac. Prado. Felicito a la Dra. Valdés, este es un trabajo muy importante y pienso que se ha realizado un gran esfuerzo, porque no siempre es fácil en nuestro país recolectar información. Como este trabajo se va a publicar, creo que hay que afinar algunos datos, por ejemplo en la proyección de doctorado de ciencias médicas las diferentes universidades tienen distintos conceptos. En algunas facultades de medicina el doctorado de ciencias médicas es para médicos que hacen una especialidad o un PHD como en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; en otras facultades el doctorado de ciencias médicas es para otras profesiones (bioquímicos por ejemplo), lo que no es lo mismo; entonces con igual nombre tenemos distintos conceptos. Otra cosa con la que coincido plenamente con el Dr. Michea, es en que los países que han marcado diferencias tan significativas en investigación, eso corresponde a una decisión política y a eso hay que apuntar. El país o el gobierno tiene que invertir en investigación, en recursos humanos y para ello es muy importante definir prioridades. El FONIS decidió sus prioridades hacia la salud pública, en la parte médica clínica están fallando, porque FONDECYT está premiando las ideas originales, la dimensión de los nuevos conocimientos individuales. Por lo tanto, ¿cómo formar científicos desde la edad temprana? Hay un modelo muy bonito que no sé si todavía está vigente, y que fue inspiración de la Dra. Rosa Devés de cómo en la población de Cerro Navia estaban interesando en ciencia a niños vulnerables. Sería interesante hacerlo notar en este informe.

Un tema que he traído en otras oportunidades y que no ha tenido eco es el de la experiencia favorable de poder trabajar en investigación básica, en investigación biomédica, en investigación clínica y en estudios clínicos desde hace mucho tiempo. Pienso que los estudios clínicos podrían ser un capítulo aparte y muy interesante, no importa que sean financiados por la industria farmacéutica, eso puede ser un sesgo y un prejuicio que nosotros tenemos, porque si nos centramos en la definición que ustedes dieron de investigación biomédica, quiénes son los que aportan en avances, en innovación, en prevención por vacunas y en tratamientos con medicamentos, es la industria farmacéutica la que más invierte a nivel mundial en nuevos medicamentos. Si nosotros miramos los protocolos de la industria farmacéutica, éstos son muy rigurosos, excelentes y tienen muy buenas hipótesis; tienen además consejos externos que están evaluando esos protocolos y son un muy buen mecanismo para formar investigadores clínicos con mucha rigurosidad y disciplina, porque todos los requisitos regulatorios actuales internacionales para los estudios clínicos enseñan cómo hacer investigación clínica y con esa experiencia ganada en los protocolos clínicos de la industria farmacéutica y con sus recursos se puede formar investigadores clínicos y dar respuestas nacionales. En ese sentido, tenemos dificultad en Chile en encontrar buenos investigadores para la investigación clínica; podemos tener muy buenos especialistas pero son muy malos investigadores clínicos porque no saben por no tener práctica adquirida. Pienso que este es un capítulo aparte que no hay que dejar de lado ni subvalorar.

Ac. Rosso. Me sumo a las felicitaciones por este trabajo que ha presentado tan rigurosamente la Dra. Valdés. Entre los elementos positivos que se mostraron, sin lugar a dudas, es que están llegando más recursos para investigación biomédica. Me alegra mucho que el Dr. Michea haya citado a Brasil, porque es un ejemplo para Latinoamérica del país que sabe lo que quiere y tiene las políticas claras y establecidas y que está haciendo un esfuerzo económico necesario para cumplir las metas que se han fijado en todo orden de cosas. Tienen metas que para nosotros son de interés, como por ejemplo la cantidad de doctorados que quieren formar de aquí al año 2020. Si ponemos énfasis en el área de la investigación biomédica, la Academia podría pronunciarse respecto a la necesidad de elaborar una política de ciencia y tecnología en Chile que no la hemos tenido, y la carencia o esa visión sistémica se manifiesta en que hemos hecho cosas por agregación, descoordinadamente, etc. En ese contexto, creo que necesitamos una voz ponderada, mesurada, fundamentada, que proponga grandes líneas de lo que debiera ser el desarrollo científico y tecnológico del país y también, creo que necesitamos, una nueva institucionalidad para la ciencia y tecnología, mucho más vinculada al ámbito de la educación que al ámbito de la economía. Yo por lo tanto, en nuestra propuesta como Academia, me manifiesto por el acuerdo social que impulsaríamos para tener políticas de desarrollo científico y tecnológico. Le reitero mis agradecimientos, muy buen trabajo.

Ac. Devoto. Primero quiero felicitar a la Dra. Valdés por su excelente exposición. Quisiera hacer dos comentarios. Uno, reafirmando lo que dijo la Dra. Prado sobre los estudios o ensayos extranjeros que sin ser proyectos fase 1 y 2, son tremendamente

creativos y realmente el país necesitaría infraestructura mayor de equipamiento para resolver esos problemas; en esos proyectos es increíble la cantidad de creación que hay contenida. Las fases 3 y 4, y como la Dra. Prado decía, son cosas ya hechas. Pero en la fase 1 y 2 podría ser fantástico participar.

El otro concepto es algo que mencionó el Dr. Rosso, de los proyectos centros como son los FONDAP o los Milenium, en los cuales si bien es cierto hay mucha biología, igualmente hay varios FONDAP en los cuales participan médicos, como el Dr. Michea, Albertusi y yo mismo. Por lo tanto, son proyectos que deberían estar incluidos dentro de los aportes que ha hecho CONICYT, además de los FONDECYT.

Ac. Uauy. Agradezco la presentación que es muy ilustrativa, pero creo que hay que hacer algunas reflexiones. Me ha tocado vivir un poco la institucionalidad de la investigación en Chile y creo que es muy difícil, a menos que hayan cambios radicales en la manera de cómo se hacen las cosas, tanto en las facultades de medicina como en las universidades, pues los médicos no logran desarrollar la carrera de investigación. De hecho, a los concursos en los últimos 15 años han llegado principalmente gente con doctorado, mas recientemente se ha ido incorporando gente que tiene MD o PhD, que creo es un poco el camino a seguir. En ese sentido, el grado de responsabilidad lo tiene la facultad de medicina. Formar especialistas donde no se incluya investigación es algo que no ocurre en ningún lugar serio del mundo. La formación de especialista debe incluir capacidad de investigación. Eso debiera estar en un llamado urgente nuestro. En las facultades de medicina se debería restablecer la importancia de la investigación clínica, que no debe perderse y obviamente que haya médicos que sean capaces, a través de las unidades de PhD, de desarrollar investigación clínica. Como Academia deberíamos tomar este punto en la agenda corta y tratarlo muy directamente con las facultades de medicina, en el sentido de qué vamos hacer para mejorar la investigación clínica.

Dra. Von Bernhardy, Directora de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica (Invitada). Muchísimas gracias por el tremendo trabajo que significó esto, creo que es muy relevante ponerse a discutir desde la versión que se tiene del mundo académico y del mundo profesional, pienso que es complejísimo. Obviamente hay un problema de recursos, lo que es real, el recurso *per se* no lo considero suficiente porque puede convertirse en un incentivo perverso, pero es muy importante que haya una institucionalidad en investigación, una institucionalidad académica, de la cual carecemos ahora, lo que determina que estemos sujetos muchas veces a vaivenes de los cambios de opinión. También hemos estado sujetos a una idea de que una investigación productiva es importante y de alguna manera la investigación biomédica se ha resentido en forma significativa; hay decisiones como que los proyectos Milenium se van al Ministerio de Hacienda ahora; ustedes se pueden imaginar que si ya era difícil pensar en un proyecto Milenium, ahora arbitrado por el Ministerio de Hacienda, perfectamente podemos olvidarnos del área de salud, no vamos a poder ser competitivos. La parte de investigación de inversiones en el desarrollo académico carece de una institucionalidad que nos dé una continuidad y una presencia en la toma de decisiones y eso es importante. Sin embargo, siento que

como comunidad tenemos que estudiar cómo estamos ahora. Si veo objetivamente, el incremento de recursos que hemos establecido en la investigación biomédica es irreal, también debemos revisar la forma en cómo nosotros tomamos la decisión, creo que tenemos poco trabajo conjunto, que hay poca comunidad de investigadores, poca costumbre de colaborar entre los investigadores del mundo sobre lo más básico o experimental con el mundo más clínico. Siento que la investigación pierde la mitad de su sentido si no está asociada a la formación de personas y también hemos abandonado eso; de alguna manera sentimos que el resultado, la publicación, es lo que tiene mayor trascendencia y nos olvidamos un poco de la formación que conlleva esa investigación y que es de enorme relevancia. Siento que hay muchas cosas que podemos cambiar, me gustaría por ejemplo que, en términos de formación, esto de importar personas formadas afuera no sea equivalente a formarlos nosotros; nuestro centro tiene una capacidad de formación gigantesca que se resiente, de hecho, con una política de enviar a la gente a formarse afuera; muchas veces es más atractivo formarse afuera y perdemos una capacidad, porque los que se forman afuera se quedan allá. Me parece que es una iniciativa fantástica y deberíamos mantener esa visión amplia de no concentrarnos tal vez en un aspecto como podría ser este debate, o podrían ser los recursos, sino que tratar de formar una comisión que planteara distintos niveles de los cuales no salgamos perjudicados y podamos tomar una mejor decisión.

Dr. Attilio Rigotti (Invitado). Muchas gracias por invitarme a esta reunión, felicito a la Dra. Valdés por esta presentación. Uno de los temas que más me preocupa en el período de definir la investigación, cuando estuve a cargo de la escuela, era el problema de los médicos investigadores para la investigación biomédica; para mí tiene una relevancia especial el médico que toma como opción de vida investigar y eso debemos seguir reforzándolo. Hemos visto que el interés de los alumnos de pregrado en la investigación se ha ido perdiendo progresivamente en los últimos 7 años, tenemos estadísticas de los concursos nuestros con fondos propios, donde los alumnos con suerte se mantienen o postulan más en el verano cuando tienen tiempo libre. Además, los objetivos educacionales en las facultades de medicina están enfatizados en el rendimiento del examen médico nacional, lo que no evalúa conocimientos, competencias ni habilidades adquiridas; tenemos que revertir esa situación para que los médicos hagan investigación.

Ac. Reyes. Estoy de acuerdo con todos ustedes que hay algunas cosas que tenemos que remirar antes de publicar este trabajo que representa el pensamiento de la Academia. Una de las cosas que quiero destacar es que los criterios que se usaron en esta presentación fueron tan estrictos que probablemente estamos achicando la realidad nacional un poco, no mucho; porque cuando analizamos la investigación, por ejemplo las publicaciones, hemos dejado afuera algo muy importante en el ambiente universitario y académico que son las experiencias clínicas, todo aquello que en la recopilación de un grupo de trabajo en una universidad muy seriamente ha hecho en los últimos 10 años en alguna enfermedad o tratamiento quirúrgico, etc.; eso no lo hemos considerado un trabajo de investigación; no tiene el carácter de lo prospectivo,

con una hipótesis primera, sino que recogiendo lo que se estaba haciendo en el trabajo clínico por día. Esa estrictez ha sido una de las razones por las cuales no comparamos los datos que nos llegaron de ALANAM el año pasado; por ejemplo los datos de Brasil informaban 3.549 investigadores. Así como no hemos considerado las experiencias clínicas, también queremos justificar habernos salido del criterio globalizador de la investigación de aquellos proyectos multicéntricos, multinacionales y no los hemos considerado en las circunstancias siguientes: proyectos que se han diseñado en Europa o en Norteamérica y que el protocolo se estudió y diseñó allá y el médico que en Chile está desarrollando una parte del protocolo no participó en la génesis del proyecto, por lo tanto, no lo consideramos como una investigación chilena, porque eso no es investigación nacional, sino que es un médico que en Chile está actuando como investigador con un protocolo que se le entregó envasado; la cantidad de esos protocolos es enorme. En El Mercurio del 3 de junio salió una entrevista a una alta autoridad de la Cámara Chilena de la Industria Farmacéutica, que es la que agrupa a los laboratorios extranjeros que están en Chile; ahí dice que hay entre 120 y 160 proyectos financiados por la industria farmacéutica transnacional al año, con una cifra de US$ 24.000.000 destinados a eso, lo que es bastante comparado con lo que le da CONICYT a los proyectos, pero no son proyectos chilenos.

Ac. Prado. Creo que en un capítulo aparte hay que resaltar la participación de Chile en los proyectos internacionales. Esos proyectos van dirigidos a diferenciar nuevos medicamentos, nuevas vacunas en las enfermedades. Los investigadores que participan en estos proyectos clínicos, tienen que ser hoy día muy calificados. Entonces ustedes están restando una parte importante de investigadores de este país que por decisión política de gobierno han remodelado, renovado las normas de laboratorios para favorecer los estudios clínicos, porque forman a investigadores clínicos. Totalmente de acuerdo que la hipótesis no es primera, ni el protocolo. Esa es mi sugerencia, que se señale en un capítulo aparte.

Ac. Armas (Presidente). Quiero agradecerles, primero, por haber venido a esta reunión en un día tan helado; segundo, por haber tolerado esta sala tan fría, pero reconozco que fue una muy bonita reunión. Quiero aclarar que no fue la intención de FONIS orientarse, como aquí se dijo, hacia la salud pública. Es cierto que entre las prioridades que estableció el FONIS estaba la salud pública, pero también estaba el estudio de las enfermedades de mayor frecuencia en el país. Lo delicado del punto es que la orientación espontánea que tuvieron los que postularon fue hacia la salud pública, a la gestión, a la administración y no a la clínica. Es decir, no es que el FONIS haya excluido la investigación médica clínica, sino que quedó excluida por la vocación de los que postularon. Lo señalo porque creo que está denunciando el desinterés del mundo de la clínica por el trabajo en investigación. Participé en establecer las prioridades en investigación, que fijó el Consejo de Investigación del Ministerio de Salud, y tuvimos especial cuidado en que quedara la investigación clínica. Pero ello no ha resultado por el interés de los investigadores.

Un segundo punto es el de los ensayos clínicos. Hace algunos años, lo que aportaron los ensayos clínicos al país fueron 25 millones de dólares anuales, eso interesó

al Ministerio de Salud, la cifra o el aporte en dinero. Ahora, efectivamente los ensayos clínicos introducen una metodología que es buena para la gente que participa en ellos, aportan conocimientos nuevos y algún grado de equipamiento y además traen dinero; no hay ninguna duda que tienen mérito. Cuando cambió el gobierno yo estaba en un Consejo Nacional de Investigación en Salud que funcionaba a nivel del Ministerio de Salud y uno de los temas en que estábamos empeñados era el desarrollo de los ensayos clínicos porque reconocíamos sus méritos. Es más, fui enviado a Boston por la Ministra Barría, a participar en un *Chile Day* para contactar a las agencias que trabajan en el desarrollo de ensayos clínicos, no para multiplicar por dos o tres lo que se estaba haciendo en Chile sino que por mucho más, porque no era una institución la que se estaba ofreciendo para los ensayos clínicos, sino que era un país con un sistema de salud organizado y desde la parte más central del país, el propio Ministerio de Salud. Los ensayos clínicos son diseñados por terceros, buscan un fin determinado, en las conclusiones trabajan terceros y hay alguna constancia que las conductas en las condiciones no son muy sanas, por eso a los ensayos clínicos habría que darles un tratamiento completamente distinto al que le hemos dado al de investigación.

Otro aspecto es que yo personalmente he tenido la impresión que la investigación en el ámbito médico iba en picada muy fuerte y que estamos en un retroceso muy grande. Datos que nos envió el Dr. Pedro Rosso, que se los agradezco mucho, demostrarían que por lo menos está estabilizada y que ha habido algún ascenso, y datos que entregó el Dr. Humberto Reyes, también demuestran que no hay tal retroceso. Es muy posible que haya nichos, como a los que se refirió el Dr. Uauy cuando él estudió medicina; a propósito, él estudió medicina en un área vinculada al Ministerio de Salud en el área Occidente de Santiago, donde los profesores hacían investigación, pero en esas áreas hoy día casi no hay investigación y es el mismo dato que dio la Dra. Valdés. Es muy posible que haya nichos de distinto desarrollo. Se hizo un alcance a lo de Brasil, que junto a China ha dado un salto tremendo, como Chile lo dio en materia de nutrición en su momento. Lo que se planteó en nutrición fue ¿vamos a investigar en nutrición para ser desarrollados o vamos a esperar ser desarrollados para investigar en nutrición?, y se hizo una investigación fantástica, ahí nació el INTA, ahí se combatió la desnutrición del país, ahí se dio un paso tremendo en equidad, porque los desnutridos eran unos y los nutridos eran otros, tenía que ver con el sector donde se vivía, etc. Ahí se demostró cómo se debe y se puede hacer investigación para lograr el desarrollo y no esperar el desarrollo para hacer investigación.

Respecto a las escuelas de medicina sin investigación, creo que necesitamos meterle mucho pensamiento; ayer el Ministro de Educación, hablando de las universidades con fines de lucro, dijo que estaba demostrado que las universidades que tenían fines de lucro no eran muy buenas investigadoras y eso está a la vista. Lo que está ocurriendo en Chile es que estamos tan asustados con tantas escuelas de medicina nuevas donde hay lucro y no investigación, lo que es un asunto mundial. Las universidades que hacen investigación no son todas en Estados Unidos, de manera que

hay que poner mucha atención en eso, creo que nosotros deberíamos hacer una declaración estimulando a que todas las facultades de medicina debieran tener alguna actividad investigativa.

Ac. Prado. La acreditación es la clave.

Ac. Armas (Presidente). Siempre que la acreditación se incluya en el proceso de investigación. A nivel de la Comisión Nacional de Acreditación (CNA), para la acreditación de las escuelas de medicina se creó un comité asesor formado por decanos o ex decanos de las facultades de medicina que no hacen investigación y algunas de las cuales corren riesgo con su propia acreditación. Con ese consejo asesor de acreditación, es razonable temer por la seriedad del proceso.

PERFIL DE EGRESO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA ASOFAMECH[1]

Dra. Colomba Norero V.

Académica de Número

De la medicina humanista a la medicina científica

La educación médica en el mundo se ha abordado de una manera distinta en las últimas décadas. El cambio se relaciona fundamentalmente con la forma de **evaluar** los resultados del proceso educativo que asegure una calidad profesional incuestionable. De allí surge el concepto de **educación por competencias**, concepto que revisaremos más adelante y que se relaciona tanto con la formación de los alumnos como con la preparación de sus tutores para llegar a obtener un "profesional competente".

El objetivo de calidad es lo que ha pretendido la educación médica a través de los siglos. Pero el medio ambiente actual está tan tecnologizado que han perdido relevancia aspectos humanísticos inherentes a lo que es ser un médico y se ha enfatizado el paradigma de la medicina científica en la práctica diaria y en su enseñanza. Ya no se concibe enseñar solo la propia experiencia del tutor sino que se debe trasmitir a los alumnos el estado del arte en cuanto a información, habilidades y nuevas tecnologías, existiendo la posibilidad de repetir en forma virtual o simuladas destrezas esenciales, tanto como sea necesario hasta adquirir su dominio. Igualmente hay que enseñar a los alumnos a desarrollar adaptación a nuevas formas de conocimiento.

Y en el camino se ha ido quedando en lugar secundario lo más valioso de la profesión médica como son los valores y principios. Por eso es tan importante el rescate de lo que es propio de la Medicina como rama del conocimiento que se preocupa del hombre en su totalidad, cumpliendo con el fin de estudiarlo en su plena dimensión, sea en salud o en enfermedad.

El objetivo de este trabajo fue apreciar lo que sucede en Chile en cuanto a los planteamientos formativos de las 18 escuelas de medicina pertenecientes a ASOFAMECH. Nos pareció que la declaración del perfil de egreso de cada una de ellas nos podría ayudar a comprender las similitudes y diferencias en las escuelas y contrastar los resultados con el estado del arte y las necesidades de la población.

Quisiera advertir que los resultados son preliminares porque a pesar de nuestros esfuerzos solo logramos obtener respuesta de 10 de las 18 escuelas que recibieron una encuesta especialmente diseñada y enviada en enero y mayo de este año a los directores de escuela y a los decanos en segunda oportunidad. Esto es ya una conclusión: No hay interés de trabajo colaborativo en el conjunto de facultades que conforman Asofamech.

---

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 7 de septiembre de 2011.

La encuesta constó de 2 partes: Una dirigida a conocer el perfil de egreso actual, su tiempo de vigencia y las variaciones sufridas en relación al perfil anterior, si había existido.

La segunda parte se refirió a conocer el número de alumnos egresados el año 2007 para su seguimiento al año 2010 y conocer a qué se estaban dedicando.

La encuesta aseguró confidencialidad y los datos numéricos se presentarían en % del global.

Como se sabe, la carrera de Medicina sigue teniendo índices de empleabilidad y renta muy altos, pues 96% de los egresados está trabajando a los 6 meses de terminado el programa, según diferentes encuestas. El promedio de retención de alumnos es de 85% y la duración efectiva de la carrera es de 15.5 semestres en promedio.

Los fracasos por razones académicas son muy bajos dada la calidad de los alumnos que ingresan, medido por las notas de enseñanza media y los puntajes ponderados de la Prueba de Selección Universitaria (PSU). Un % importante de los retiros son por razones económicas.

Queremos hacer algunas definiciones antes de mostrar nuestros resultados.

Perfil de egreso: Entendido como las características que debe poseer el alumno de medicina de una determinada institución al término de sus estudios de pregrado que contribuyen a darle un sello formativo propio, reconocible.

Hace 7 años, en 2004, un proyecto Mecesup estudió y publicó lo que parecían ser las competencias comunes de los egresados de medicina de ASOFAMECH, de acuerdo a la revisión de las exigencias formativas de cada carrera vigente en esa época, concluyendo que debían existir competencias propias del pregrado, desarrolladas a nivel básico, intermedio y avanzado que se agruparon en:

38 competencias generales para la práctica clínica.
38 procedimientos diagnósticos realizados en su totalidad o practicados a nivel simulación.
3 competencias relacionadas con el uso de evidencias.
13 competencias para aplicar principios bioéticos o legales.
6 competencias para trabajar efectivamente en servicios de salud (gestión, promoción, trabajo en equipo.

Así, es importante definir lo que es competencia porque existe tendencia a confundirla con el hacer, con habilidades y destrezas.

La definición que se propone (hay muchas) hace énfasis en que en cada acto hay un juicio analítico que integra, para su correcto manejo, la información más acabada y las destrezas de excelencia, incorporando la prudencia y los valores y creencias personales y sociales de lo que es o no correcto (Manuel Pérez-Flores).

Tomando en cuenta esta definición, las competencias que aparecen en los perfiles de los egresados de las facultades que respondieron nuestra encuesta los agrupamos

de una manera diferente aunque realmente la separación por materias es arbitraria, ya que están relacionadas estrechamente unas con otras.

Hay un grupo de elementos que son indispensables de adquirir, sin los cuales no se puede ser médico. Hay otros que se relacionan con el profesionalismo, con el compromiso social y la salud pública, la investigación, la innovación y cambio y algunas competencias propias de cada institución.

Resultados. Aspectos generales

Responden la encuesta 10 de 18 escuelas de medicina, de las cuales 7 pertenecen a universidades privadas y 3 a tradicionales.

Seis son de la Región Metropolitana (3 con sedes) y cuatro de regiones.

Cuatro son confesionales.

Dos de ellas no tenían egresos el año 2007, por lo que los aspectos numéricos de la encuesta se refieren solo a 7 escuelas, porque una no completó las respuestas.

Debo señalar que el número de escuelas de Medicina en el país ha tenido un incremento impresionante: De 1 en el siglo XIX a 12 en el siglo XX y a 28 en el siglo XXI (considerando las sedes como escuelas separadas de su universidad fundadora).

En cuanto a formato de presentación del perfil, hay una gran variación, desde unas pocas líneas a varias páginas.

Las respuestas en lo cuantitativo son contestadas con indefinición, no calzando los números en varios casos, lo que dificulta su interpretación.

Perfil de egreso

Tres escuelas relacionan explícitamente su perfil con el propuesto por Mecesup 2004. En las tablas 15, 16 y 18 se presenta el número de respuestas en cuanto a los ítems considerados.

En la tabla 19 se indican aspectos especiales del perfil en algunas universidades. Una de ellas presenta un sello diferente, pues le da relevancia al desarrollo sustentable como compromiso de sus egresados y al trabajo interdisciplinar dentro de líneas de formación que no han cambiado desde su fundación como son los aspectos antropológicos y la línea biopsicosocial, con un fuerte componente regional.

Cuatro escuelas tienen un fuerte compromiso religioso, una de ellas como línea de conducta docente. Otra da un fuerte énfasis en la atención ambulatoria y dice preparar a sus egresados para tener una conducta positiva pero crítica ante el progreso (tabla 20).

Tabla 15

RESULTADOS

Elementos presentes en el perfil del egresado1
• Elementos transversales: Conocimientos 8
Destrezas 7
Comportamiento 10

Tabla 16

RESULTADOS PERFIL

Profesionalismo

Ética 8 Principios cristianos 4

Rigor del pensamiento 5

Vocación de servicio 4

Relación médico-paciente 2

Respeto y tolerancia 2

Hábitos permanentes de estudio 9

Humanismo médico 3

Altruismo 1

Tabla 18

RESULTADOS DEL PERFIL DEL EGRESADO

Innovación y cambio

Rol agente de cambios, educador 4

Líder 4

Adecuación a las modificaciones 4

Investigación

Planificar 3

Realizar investigación básico clínica 1

Tabla 19

RESULTADOS PERFIL	
Aspectos especiales del perfil	
Desarrollo sustentable	1
Trabajo interdisciplinar	1
Conocer y difundir el magisterio de la Iglesia	1
Sólida formación espiritual	1
Conducta positiva pero crítica ante el progreso	1
Especial énfasis en atención ambulatoria	1

Tabla 20

Comentarios
Tres escuelas declaran seguir el perfil del egresado de Asofamech, una de ellas manteniendo sus aspectos fundacionales de líneas formativas.
Todas cumplen con el desarrollo de competencias transversales (conocimientos, habilidades y actitud).
Cuatro ponen énfasis en aspectos valóricos, una de ellas en forma muy evidente, en desmedro de otros aspectos.
Todas se declaran formadoras de un médico general, con capacidad de diferenciación posterior.

En cuanto a la vigencia del perfil del egresado, dos escuelas no lo han modificado por 14 y 13 años. Siete lo han modificado desde el año 2005.

Las modificaciones principales producidas entre uno y otro perfil se refieren a temas valóricos aumentando el compromiso con principios fundacionales cristianos en un caso y, por el contrario, disminuyendo su expresión religiosa y declarándose pluralista en otro caso. Interesante resulta consignar la disminución en aspectos de investigación, salud pública y atención integral familiar. Una escuela abandona como competencia la eficacia en el desempeño de modernas especialidades médicas infundiendo humanismo y fuerza de fe cristiana, situándose en el contexto de pregrado que le corresponde.

Todas las escuelas declaran de uno u otro modo preparar médicos no diferenciados, capaces de manejar adecuadamente las patologías prevalentes y las urgencias no derivables, con capacidad de diferenciación posterior. Todas señalan "la importancia de la ética" sin llegar a una definición clara de lo que ello significa.

Destacamos que las competencias más nombradas se refieren a comportamientos, hábitos de estudio, conocimientos, promoción, prevención y mantención de la salud; ética, destrezas y administración y gestión.

Se destaca que solo una escuela tiene un sello distintivo: Fomentar el desarrollo sustentable y el trabajo interdisciplinario con un fuerte componente regional.

Aspectos cuantitativos

El número de alumnos totales al 2010 de las 10 escuelas es de 5674. El 16% de los alumnos son de primer año. El total en el país ese año es de 12000, de los cuales 2000 están en 1er año. Es decir, este estudio abarca a casi la mitad de los alumnos de medicina del país. Debe precisarse que el incremento promedio anual de la matrícula al 1er año es del 3% (datos Asofamech, julio 2011).

Egresados al 2007, en las 8 escuelas que habían completado su proceso formativo a ese año, fueron 425.

Solamente se cuenta con un seguimiento de egresados en 7 escuelas (una no envió datos y las otras no tenían egresados al 2007). El seguimiento es muy dispar de una a otra escuela. Una, de tamaño pequeño, sigue a todos sus egresados, otras no tienen mecanismos de seguimiento o éstos son muy incipientes, siendo 43% el promedio de desconocimiento de lo que hacen sus egresados.

Pareciera que 27% de los egresados están realizando especialidades y 41% estarían desempeñándose en los servicios de salud, a diferentes niveles de complejidad y en distintas regiones. Estos datos son inciertos ya que 2 escuelas parecen haber entendido que la pregunta se refería a la ubicación de sus egresados de **cualquier promoción** al año 2010. Esta interpretación se debe a que la suma de sus ubicaciones sobrepasa al número de sus egresados el año 2007 y porque relatan que aquellos que están en los servicios de salud son subespecialistas en algunos casos, lo que requiere al menos 5 años de egreso y nuestra solicitud era a 3 años.

Una escuela afirma que no tiene egresados trabajando en los servicios de salud, solo realizando especialidades o práctica privada o en universidades. En cambio, otra escuela señala que tiene 75% de sus egresados desempeñándose en los servicios de salud.

Conclusiones:

1. Poco compromiso de las escuelas de medicina de Asofamech para dar a conocer las características de sus egresados, especialmente en las universidades tradicionales.
2. Seguimiento pobre de los egresados.
   ¿Esto es producto de falta de instancias institucionales para llevarlo a cabo?

Esto reviste especial importancia cuando se plantea en los mecanismos de aseguramiento de la calidad del proceso educativo en todo el mundo, que las universidades deben retroalimentarse con el conocimiento de las necesidades de los usuarios y del grado de cumplimiento de los profesionales formados por ellas ante los requerimientos de sus respectivos países, a fin de modificar sus planes de estudios cuando sea necesario.

3. Permanencia de perfil de egresados durante demasiado tiempo en algunos casos.
   Se podría concluir que hay indiferencia en la incorporación de recomendaciones y de metodología actual, lo que es realmente preocupante.
4. De lo presentado se aprecia que solo una escuela tiene un sello propio, mantenido en el tiempo en sus aspectos esenciales pero con capacidad de adaptación a los cambios Las demás comparten un perfil de egreso en cuanto a declaraciones que parecen no manifestarse en la ubicación laboral de sus egresados.
5. Existe un fuerte componente valórico en la declaración de perfil de egreso en 4 de las 10 escuelas que responden la encuesta. ■

Comentarios

Ac. Humberto Reyes. Los datos presentados por la Dra. Norero son muy interesantes, ya que se apartan bastante a lo que hasta ahora hemos escuchado con respecto al proceso de formación de médicos en el país, luego que tienen un interés particular por lo original y dolorosos que son, presentado además con la maestría de la Dra. Norero. Quiero hacer un llamado de atención, yo creo que debemos tomar lo que ella recogió como información de las autoridades con la realidad de lo que está ocurriendo con los egresados en el país, eso ilustra muy bien lo que ella señala al final, que no hay una correlación perfecta entre las declaraciones de perfiles de egresos, etc., con lo que están haciendo los egresados del 2007. Estos documentos que ella consiguió, las respuestas a las encuestas que hizo han sido elaboradas por autoridades de las respectivas escuelas, tomadas de documentos con los que ellos están presentándose a las acreditaciones de programas de postítulo y a las acreditaciones de sus propias escuelas de medicina, pero son documentos que no concuerdan con lo que en realidad se está haciendo en la escuela. Creo que solo confiaría en aquellas que declararon mantener principios de la Iglesia, etc., porque si esa escuela lo declara es porque lo está haciendo.

Ac. Valeria Prado. Creo que es un arduo trabajo y un gran aporte el que ha tratado de realizar la Dra. Norero. Es preocupante que las universidades tradicionales no contesten esta encuesta. No sé si se podría hacer un esfuerzo para tener la información real, porque esto estaría reflejando más bien lo que están haciendo las universidades privadas que tienen menos trayectoria. No sé si sería posible que la Academia realice un trabajo en terreno con algunas escuelas de medicina para tratar de confrontar los documentos con la realidad y hacer un seguimiento de encuestas de egresados de las

distintas escuelas de medicina en la realidad. De los datos que se han recogido, no sé si la encuesta puede discriminar lo que están haciendo hoy en día, conocer cuál es el porcentaje real que solamente hace medicina privada, cuál es el que hace medicina en los servicios públicos y además atención privada como era en el pasado y cuál es el que trabaja solo en el área pública. No aparece el dato de la atención primaria, ¿cuántos están en atención primaria? Otra cosa interesante sería plantearse si en un país donde hay tantas escuelas de medicina, algunas podrían tener un perfil distinto como para formar, por ejemplo, investigadores en las distintas áreas y otras responder a la necesidad del país de médicos generales, porque estamos habituados a responder a las necesidades de la atención médica del país y formar sólo médicos generales.

Ac. Carmen Velasco. Encuentro interesantísimo el trabajo de la Dra. Norero y creo que era lo esperado, porque hemos visto cómo se han ido formando las escuelas de medicina y hemos visto a quienes llaman a veces a participar en docencia, a gente que en su vida ha tenido experiencia. Hace muchos años un doctor decía que los académicos no se compran en Gath & Chaves, imagínense de los años de los que estoy hablando. Cuando trabajé en acreditación de postgrado, me encontré en una clínica privada con un médico que trabajó con nosotros en la facultad y le pregunté qué estás haciendo aquí; me contestó que pertenecía a una universidad en la cual estaba haciendo programas de postítulo y postgrado; y le pregunté cuántos programas estás haciendo, 1 ó 2; me contestó no, 43 programas. Eso nos puede dar una idea de la diferencia que existe entre lo que nosotros concebíamos a lo que existe actualmente. En el pregrado también, ¿en qué campos clínicos, cómo y dónde hacen la docencia?; toda esa historia nuestra que tenía que ser el Servicio de Salud y trabajar desde el policlínico, la sala, algunos a la UTI, etc. Recuerdo cuando se castigó al profesor Luis Figueroa por haber mandado alumnos a una clínica privada a hacer una pasada de una semana en la UTI para que vieran las tecnologías; y hoy día se encuentran alumnos de pregrado metidos en todas partes, no sé qué es lo que aprenden. Hay que reconocer que hay una capacidad de adaptación de los estudiantes a las modificaciones y que, a pesar de todo, pareciera que todavía egresan buenos médicos.

Ac. Ricardo Uauy. Me sumo a lo positivo de la presentación. Si uno hace un análisis crítico, las críticas están ya planteadas y más bien creo que no tenemos información de lo que sucede en la realidad. Creo que el tema es muy importante y por lo tanto debiera estar en la agenda de la Academia el establecer a través de colaboración con otros una encuesta nacional de seguimiento de los médicos a los dos o a los cinco años, quizás que no lo ejecute la Academia pero que lo facilite o lo promueva. Comparto la inquietud expresada y creo que hay que tratar de buscar los datos objetivos. Existe una tendencia que para que la gente responda una encuesta debe recibir un estímulo, por ejemplo un acceso a internet a bibliografía médica u otra cosa, para que se llegue a cumplir con mayor grado de adherencia. La sugerencia es que esto lo deberíamos dejar como un ítem dentro de las prioridades de lo que la Academia debiera hacer; el tratar de definir qué está pasando con los médicos a los 3, 5 ó 10 años de graduados, para tener una real visión de lo que pasa en la práctica y que sirva como un elemento motivante.

Ac. Manuel García de los Ríos. Felicito a la Dra. Norero por esta presentación limpia y clara como nos tiene acostumbrados. Los resultados que veo son pobres y no permiten concluir nada, porque casi el 50% no contestó la encuesta. Eso me sorprende, pero en este país no se contestan las cartas ni los correos. No sé cómo la Dra. Norero hizo este tremendo esfuerzo, diseñó el estudio; le pregunto, ¿mandó una encuesta igual a todos para que cada uno contestara obligatoriamente todos los ítems?; me contesta que sí. Encuentro aún más desastrosas las respuestas, por lo que yo estoy de acuerdo con lo que dice el Dr. Uauy, pero después de la experiencia de la Dra. Norero soy un pesimista de que realmente podamos lograr que contesten una encuesta en la cual se envía claramente los puntos a responder. Me angustia pensar que el año 2030 van a haber 30.000 0 40.000 médicos, peor a lo que ocurre en Argentina en la ciudad de Buenos Aires, donde conozco a médicos jóvenes que están en todos los cursos y son choferes de taxi, propagandistas médicos e incluso algunos dueños de una fábrica de empanadas. Es el peligro que vemos a futuro y no veo quien ponga una cortapisa hoy, a lo que sabemos va a producirse en nuestro país.

Ac. Ricardo Uauy. Precisamente la debilidad también se expresa en la institucionalidad médica a nivel organizacional, porque en otras partes los criterios de especialización se van poniendo más exigentes cuando hay más demanda y eso eleva la calidad. Estamos frente a algo que si bien lo estamos dejando pasar, en la práctica estamos comprometiendo la esencia de la medicina; por ende, me gustaría tratar de buscar por el lado positivo, qué puede hacer la Academia de Medicina al respecto, quizás convocando a las sociedades médicas, al Colegio Médico, a las instituciones médicas más activas a tratar de definir esto. Estoy seguro que cuando veamos los datos probablemente no va a ser lo bueno que está pasando sino que los datos van a ser un desastre, con esto se invitaría eventualmente a reforzar todos los sistemas que hay de acreditación de especialidades, los exámenes correspondientes, etc., y la institucionalidad propia de las mismas facultades de medicina con un seguimiento a sus graduados.

Ac. Humberto Reyes. Creo que es importante en nuestro país, comparado con otros, que ASOFAMECH haya hecho una definición del perfil ideal del egresado y que ella esté permeando a las distintas escuelas de medicina, aunque sea para las necesidades de acreditarse o reacreditarse. Porque ese perfil de ASOFAMECH también deriva de las recomendaciones que ha hecho la Organización Mundial de la Salud para todos los países, especialmente para aquellos que están en vías de desarrollo. Hace pocos años me correspondió revisar las misiones y los perfiles de egresos en universidades de todo el mundo vía internet; y encontré que lo que nosotros tenemos es casi único; que un país defina un perfil de egreso como modelo y que lo estén siguiendo muchas universidades es extraordinario. En otros países las misiones y los perfiles son increíblemente diferentes; hay una escuela de medicina, no pequeña en México, que declaraba explícitamente que su misión era formar médicos capacitados para la atención privada de los pacientes y, en el perfil de egreso agregaba, el que fuera capaz de relacionarse con otros médicos y demás profesionales correspondientes para integrarse en grupo para la atención privada de los pacientes. De modo que es

muy interesante que aquí el énfasis esté en la medicina social, en lo que requiere la población. Para dar un dato anecdótico, tal como le tocó a la Dra. Norero en la revisión nacional, en la revisión internacional esto de que los perfiles se pongan algunos en un párrafo y en otras en páginas, es así; hasta que me encontré con una escuela que decía: la misión de esta universidad es formar un buen médico para la época en que le toca actuar, firmado Harvard University.

Ac. Rodolfo Armas (Presidente). Me alegro mucho que Colomba haya presentado este trabajo, porque en una conversación telefónica previa a la presentación, ella me informó que tenía pocos datos y que no había tenido colaboración de las universidades. Eso es parte del contenido de este trabajo, y pienso que muchas no colaboraron porque no tienen los datos. Es interesante que para acreditar carreras de medicina en este país, uno de los ítems es el perfil del egresado. Eso significa que las escuelas de medicina que han debido acreditarse han tenido que sentarse a pensar en el perfil del egresado; es muy posible que lo hayan pensado y que lo hayan escrito, pero no lo han vivido ni sentido; el perfil del egresado no es ninguna novedad para una escuela de medicina que ha mirado los formularios de acreditación, porque el perfil del egresado es parte de ella. Saber dónde están los egresados no cuesta nada, sencillamente las escuelas no tienen la información porque no se han interesado o no lo quieren dar; si uno cita a un joven de cada promoción, ese joven va a contar dónde están todos y si no lo averigua en la semana, es muy fácil. A medida que la Dra. Norero iba desarrollando la exposición, encontré cada vez más evidente el rol del tutor y el rol del campo clínico para lograr el perfil del egresado. Pienso que influyó tremendamente en mi formación de médico el haberme criado con médicos que trabajaban en un hospital público y que eran mucho más del hospital público que de la universidad; eso marca un estilo, un pensamiento, una vocación, un interés y que quedan por mucho tiempo. Es muy posible que el perfil del egresado en algunas de las escuelas esté con problemas porque no tienen maestros. Participé en la acreditación de una escuela de medicina en la que una de las conclusiones que planteamos al Decano al terminar el proceso fue que ahí no se divisaba ningún maestro, hay doctores que enseñan, algunos tipos taxis por hora, pero no se ve un maestro que sirva de modelo a seguir y que le va a marcar un perfil al egresar a los estudiantes mucho más que cualquier escrito.

Se ha hecho una petición de reajuste importante al presupuesto de las Academias del Instituto de Chile y uno de los ítems que pusimos fue un presupuesto para proyectos. Por información que tenemos, estaría aprobándose ese ítem, lo que podría ser un modelo de proyecto; si las academias organizan un estudio en que contribuyan con dinero, con inteligencia, con recursos humanos y con una reunión de diálogo y discusión al final, el perfil de los egresados podría ser una tremenda contribución; les dejo el desafío a ustedes a que se interesen por ese modelo de proyectos, que es posible que esté disponible para el año 2012.

Ac. Mireya Bravo. Tal vez habría que pensar en relacionar también el perfil del egresado con los fines actuales de la medicina, los que han cambiado mucho con todo el aporte de la tecnología y ya no son los mismos que hace 20 años.

Ac. Colomba Norero. Me quería referir a lo que dijo la Dra. Prado, el objetivo de nuestro trabajo, lo que se planteó inicialmente antes de que la gente dejara de responder. Era como hacer un punto de partida para ir viendo qué iba pasando posteriormente y compararlo con lo que decían y lo que se hacía con los egresados. Creo que el perfil del egresado en el país, y por eso mi pregunta final, está hecho a medida de la acreditación de las escuelas, lo que ha conducido a que todo el mundo pierda identidad como escuela. Todas las escuelas dicen lo mismo porque es lo que hay que decir políticamente en este momento; no es lo que cada escuela es. El punto más importante de todo esto es el seguimiento de los egresados, hay instituciones que no tienen mecanismos de seguimientos del egresado, hay otras instituciones que sí lo tienen; seguirlos no es fácil porque, anecdóticamente, también les voy a contar que un alto porcentaje de los egresados de diferentes escuelas van a la atención primaria 1 ó 2 años para pagar la deuda que tienen con sus universidades y después entran a lo que realmente quieren hacer en su vida profesional; hay muchas cosas que habría que tomar en cuenta. De hecho, es un tema realmente profundo; además quiero decirles que el trabajo partió como miembro de la Academia de Medicina; en la carta introductoria a los directores de las escuelas yo me presentaba como Miembro de Número de la Academia de Medicina, institución que está interesada en conocer esto, por lo tanto no fue un rechazo a la persona que estaba pidiendo la encuesta sino que implica algo bastante más serio de falta de compromiso.

Ac. Ricardo Uauy. En la práctica, la única manera de saber es disponer de registros de médicos nacionales, no solo para saber si cada graduado está en la especialidad, sino también para que el Estado tenga un registro a nivel nacional y otro a nivel estatal que esté sujeto a ser revisado y que la persona pueda declarar cada dos o cinco años qué está haciendo; esa es la única manera eficiente, no hay que inventarla. Si quisiéramos tenerlo tendría que ser para que alguien pueda ejercer en cualquier hospital; para que pueda firmar recetas, tiene que mantener al día su afiliación, su vigencia en los cursos que ha tomado, etc.; no necesariamente con carácter punitivo, es simplemente para tener una idea de lo que está pasando, pero también para estar atentos frente a prácticas fraudulentas.

LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA DE LA ESCUELA DE HEIDELBERG Y SU RELEVANCIA PARA LAS CONCEPCIONES ÉTICAS[1]

Dr. Fernando Lolas Stepke

Profesor Titular, Universidad de Chile
Miembro de Número, Academia Chilena de la Lengua

Resumen

Esta ponencia presenta la evolución histórica y conceptual de la llamada Escuela de Heidelberg, ilustrando sus etapas formativas en la perspectiva psicosomática y su consolidación como medicina antropológica y antropología médica. Especial atención se presta a la obra de Viktor von Weizsäcker y su sucesor Paul Christian –mi maestro– en la elaboración de algunos temas que han configurado mi propio trabajo de investigación, como el fundamento fisiológico de la medicina, entendido como una dimensión antropológica (*anthropologische Physiologie*), la bipersonalidad (*Bipersonalität*), la conciencia del valor en el hacer (*Wertbewusstsein im Tun*) y las connotaciones morales del arte y la ciencia en medicina, especialmente los valores de la solidaridad y la reciprocidad (*Solidarität* und *Gegenseitigkeit*). La "introducción del sujeto en la medicina y la biología", finalidad programática de los fundadores de la corriente heidelberguense, será examinada en sus implicaciones para la investigación básica y aplicada. Se presentan los aspectos teóricos en vinculación con mi propia biografía y las relaciones entre la bioética estadounidense y la antropología médica de orden médico-filosófico de la tradición de Heidelberg, recapitulando un proyecto de investigación que desarrollé en la Villa Serbelloni, Italia, con el apoyo de la Fundación Rockefeller y que en parte ha sido objeto de publicaciones en forma de artículos y libros (entre otros, "La perspectiva psicosomática en medicina", "Proposiciones para una teoría de la medicina" y "Bioética y antropología médica"). La finalidad última de esta presentación es ilustrar, mediante el ejemplo de la Escuela psicosomática de Heidelberg, la interrelación entre cultura, disciplinas intelectuales y tradiciones morales. La pregunta por la relevancia actual de tales reflexiones, especialmente en el campo de la ética, recibe especial atención.

1 Durante la preparación de este artículo, el autor recibió apoyo del Grant 5R25TW006056-08 NIH-Fogarty y de la Fundación Alexander von Humboldt.
Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 5 de octubre de 2011.

La noción de antropología médica

La expresión "antropología médica" tiene connotaciones diferentes. En la literatura anglosajona identifica un campo de estudio relacionado con las pautas culturales sobre salud y enfermedad, una forma de etnografía de las prácticas curativas y un análisis de las condiciones de vida de poblaciones consideradas primitivas o dignas de estudio por algún motivo especial. De este modo, la antropología médica es una ciencia social empírica, cuyos resultados pueden interesar a planificadores sanitarios y profesionales de la salud que trabajan en ambientes distintos del propio.

Puede también entenderse la antropología médica en sentido filosófico y metódico, como una metateoría de la medicina. Una teoría de teorías (o un modo para construir teorías) que afinca en las concepciones de ser humano que prevalecen en un momento histórico determinado o en una cultura específica. Sabido es que la relevancia antropológica del arte de curar se funda en una concepción de lo humano, explícita –esto es, manifiesta en conceptos e instituciones– o implícita –como forma de acción práctica que se rige por los cánones de lo apropiado y lo habitual (1).

En este segundo sentido deseo referirme a la Escuela de Heidelberg y su forma de abordar el horizonte temático de la medicina y sus prácticas. La denominación se la dio Pedro Laín Entralgo, en un libro publicado en 1950, que identificaba las líneas de desarrollo entonces perceptibles (2). Mi propósito al sintetizar algunos conceptos que caracterizaron a esta tradición es indagar por su relevancia para la humanización de la medicina y especialmente examinar en qué sentido y bajo qué formas esta tradición puede hoy invocarse para abordar algunos aspectos de la ética en medicina.

Preámbulo personal

Cuando fui por primera vez a Heidelberg, en 1975, mi intento era enriquecer mi incipiente trabajo como investigador en ciencias del comportamiento con la mirada integradora que se presentía en los escritos de Viktor von Weizsäcker y de quien sería mi maestro, Paul Christian. Especialmente atractivo me parecía el anclaje empírico, y en ocasiones experimental, de intuiciones que parecían situar la investigación médica en un plano culturalmente relevante y no desligado de las manifestaciones intelectuales de filósofos y pensadores. Al decidir continuar mis estudios en la Universidad de Heidelberg tuve en cuenta esta dimensión transdisciplinar del trabajo, en el que no había inconvenientes, por ejemplo, en registrar señales fisiológicas durante la psicoterapia, o analizar el estrés desde el punto de vista de una novedosa "patología teórica". Creo que no estuvo ajeno a mi interés el uso de un lenguaje en parte obscuro y en parte provocativo y la posibilidad, que usé, de incursionar en otras áreas de trabajo académico sin las limitaciones propias de un apresurado y superficial especialismo (3). En mi caso, pude complementar mis investigaciones con estudios de historia medieval e historia de la medicina, ésta en el Instituto de Historia de la Medicina que dirigía el profesor Heinrich Schipperges.

La incitación concreta fue dar sustento a mis esperanzas de realizar investigación fisiológica "con" personas humanas enfrentadas a desafíos significativos e indagar por fenómenos subjetivos tales como la expectación o la preparación, cuyos correlatos electrofisiológicos constituían parte importante de mis intereses como investigador. Por la forma en que la subjetividad es tradicionalmente tratada en medicina, parecía ser difícil de integrar al *"armamentarium"* teórico del trabajo experimental y solía considerársela solamente como patrimonio de ciertas formas de psiquiatría, particularmente aquellas de inspiración psicoanalítica o dinámica, cuya vinculación con el resto de la medicina fundó la zigzagueante historia de una forma de pensamiento psicosomático cuyos excesos de fantasiosas construcciones verbales encontraban justificable resistencia entre otros especialistas (4).

Personalismo médico

Puede identificarse el contexto amplio de la obra de Ludolf von Krehl (1861-1937) como personalismo. A diferencia de otros intentos teóricos de su época (5), concibió a la persona como el núcleo integrador de los aconteceres normales y patológicos que el clínico encuentra en su labor cotidiana. La influencia de este profesor de Heidelberg en el campo de la medicina interna puede estimarse por la difusión de sus escritos, especialmente aquellos destinados a la formación de los profesionales. En ellos, arriesgando quizá ser considerado superficial por sus pares, se pronuncia a favor de un elemento espiritual cohesionador al que no trepida en llamar personalidad. Al resucitar el aforismo "no hay enfermedades sino enfermos" rescata para la mirada médica el sello individualizador que el arte impone al practicante del oficio, por sobre la teoría de las entidades mórbidas o las destrezas para describir y dar nombre a síntomas, signos y síndromes.

La historia clínica como biografía

Tengo por segundo momento constitutivo de la antropología médica de Heidelberg la obra de Richard Siebeck (1881-1963). Su principal aportación es considerar la vida humana como biografía, en el horizonte de una identidad que se construye diacrónicamente. Así, la historia clínica deja de ser una simple cronología de lo mórbido. Se constituye en privilegiada vía para acceder a la interioridad histórica de la persona. Muchas claves para preguntar, como hará luego von Weizsäcker, por qué alguien enferma "precisamente ahora" y "precisamente en esta forma" están implícitas en el devenir personal. Su estudio y explicitación son parte de la sensibilidad para diacronías y evoluciones que los clínicos avezados, en todos los tiempos, han sabido desarrollar. Siebeck propone explicitar esta dimensión a través del lenguaje y la narrativa que reconstruye la vida propia.

La integración como construcción de una antropología

No es posible intentar una síntesis de la obra de Viktor von Weizsäcker (1886-1957), cuyas diversas facetas inspiraron a una pléyade de discípulos. Su herencia fue compleja, como todas las herencias de valor. Hubo quienes, extremando algunos planteamientos, rozaron lo imposible de fundamentar empíricamente. Otros, como mi maestro Paul Christian, rescataron el componente académico, universitario formal, de sus enseñanzas y prosiguieron su obra de inserción en la estructura institucional, cuyos avatares conforman un campo de estudio que deja interrogantes y perplejidades. Aquí presentaremos algunos conceptos fundamentales de su metateoría médica.

Gestaltkreis. Hay varias formas de aproximarse a una de las concepciones fundamentales de la obra weizsäckeriana. La primera, y más obvia, es la imbricación entre actuar y percibir. Todo percibir es operante, todo actuar es percipiente. En esta formulación, mucho de parentesco podría encontrarse entre esta noción y la teorización de Jacob y Thure von Uexküll referidas al *Umwelt* (mundo circundante) y a la biología como una ciencia de los significados vitales.

Otra dimensión se encuentra ligada a lo específicamente humano de la dialéctica entre lo *pático* (cercano a lo pasional o irreflexivo) y lo *óntico* (lo conceptual y científico). Existe también un círculo de forma entre estos dos momentos o aspectos de la vida humana, en salud y en enfermedad. De las emociones a los conceptos y de éstos a aquéllas van y vienen estímulos que en conjunto, y a través del tiempo, configuran la vida humana. Más que un círculo, en este caso puede pensarse en una espiral, porque se vuelve a los pensamientos y las emociones a lo largo de la vida, a veces en el recuerdo, otras en la repetición, pero nunca son idénticos a sus versiones primigenias. De modo que el tiempo condiciona esta relación y la cualifica de modo especial.

Esta oscilación, entre lo terrenal y corporal de lo pático y lo abstracto y conceptual de lo óptico, recuerda la díada apolíneo-dionisiaco con que Nietzsche iluminó la conciencia de la tragedia. También, de un modo quizá menos claro, el "equilibrio reflexivo" (*reflective equilibrium*) con que algunos sugieren proceder en el establecimiento de la vida moral y sus principios. Desde la experiencia concreta a sus razones y racionalizaciones, y de éstas a aquélla hay también un círculo espiralado, que sirve en bioética para ajustar los conceptos abstractos a las situaciones y casos concretos.

La contraparte del *Gestaltkreis* es el *principio de la puerta giratoria*, que sugiere que la atención determina lo que se encuentra. Lo psicológico en el preguntar engendra respuestas psicológicas. Lo somático recibe respuestas somáticas. Pero lo vital, lo humano integral, es la síntesis –no siempre armoniosa– de ambos aspectos. Cualquier punto de vista unilateral impide captar el conjunto y escudriñar la fundamentación antropológica de la vida. Convertir esta actitud hacia la totalidad en un método practicable en la medicina, reintroduciendo en ésta al sujeto (pero no al sujeto empobrecido de Freud sino uno más amplio), fue la obra de Viktor von Weizsäcker.

Logofanía. Con el concepto de *logofanía* quiso Viktor von Weizsäcker significar la conversión a palabra y concepto de procesos psico-somáticos. Así, por ejemplo, no cabe avergonzarse de reconocer que una teoría completa del ser humano pueda surgir de una dispepsia o que el pesimismo esté enraizado en el mal funcionamiento del hígado.

La verdad es que esto siempre lo han sabido los novelistas y los escritores. Basta leer a Balzac, Montaigne o Thomas Mann para comprobarlo. Solo que como fuente de inspiración sus obras, u otras de la imaginación, no suelen tener la misma autoridad que los textos llamados científicos. Esto es, se aceptan en su validez aparente pero no en sus implicaciones y consecuencias o en su valor de experiencia humana.

Recuerdo que un compañero de colegio, con quien conversábamos a menudo de poesía y trabajos literarios, solía decirme que a veces se sorprendía gratamente impresionado por la agudeza o calidad de algún pensamiento suyo. Su satisfacción disminuía cuando se percataba de "por qué" pensaba lo que había pensado. Entonces encontraba que el mismo pensamiento brillante era nada más que una superficial reacción a un acontecimiento somático. Ello parecía reducir su valor.

Cuando discutía, en ciencia, sobre los contextos del descubrimiento y de la justificación, yo solía decir que el primero de ellos estaba plagado de azares a veces innombrables. Nadie admitiría, en un trabajo científico, que la idea surgió de una corazonada o mientras se tomaba una ducha, si bien hay personas como Kekulé o Berlioz que admitieron que algunas de sus producciones se debieron a sueños u otros procesos psicosomáticos, el primero en relación a la estructura molecular del benceno y el segundo respecto de su Sinfonía Fantástica. Coleridge narra cómo, después de usar opio, soñó todo su poema "Kublai Khan", que la molesta irrupción de "un hombre de Porlock", un vecino del pueblo cercano, impidió traspasar al papel con toda la brillantez y la magnificencia del sueño.

Los orígenes corporales de elevados pensamientos, plegarias o éxtasis siempre han tenido la marca de lo espurio o lo inconfesable. San Juan de la Cruz, en sus raptos místicos, vomitaba. Algunos pasajes de Santa Teresa de Ávila son del mismo tenor que orgasmos múltiples. La obsesión y rutinaria vida de Kant algo habrán influido en el casi inhumano afán de sistema de su obra.

Es posible especular que esta transición "logofánica" –por emplear la expresión de Víctor von Weizsäcker– no se cumple a cabalidad en todos los casos. A veces, se desprecian los conceptos e ideas que se reconocen ligados a tan humilde origen. Otras, se los recubre de una capa de negaciones y reacondicionamientos que, como superestructura, ocultan el basamento somático de la inspiración.

También recuerdo a un profesor del colegio, quien decía que "solo las mujeres se inspiran". Nunca entendí claramente lo que quería decir, pero conjeturo que aludía a que las mujeres –como género más ligado al cuerpo que el varonil– buscan en sus estados interiores las fuentes de su raciocinio, de su poesía y de su lenguaje. Quizá aquí radique una de las claves para entender lo inconmensurable –es decir, incompatible a veces– de los mundos anímicos de hombres y mujeres, asunto ignorado de puro familiar.

Por cierto, cuando Viktor von Weizsäcker usa el concepto, lo entiende como una conversión de aquello vago e indefinible que palpita en la sensación de sentirse enfermo a una expresión de contenido significativo que puede servir para pedir ayuda a otras personas o al profesional experto. Esta "*semantización*" de la sensación nunca deja de tener ribetes emotivos, excepto cuando –como en el conocido caso de la *alexitimia* (ausencia de palabras para los afectos)– se es incapaz de descifrar lo que el cuerpo dice en clave afectiva y queda solamente la expresión mecánica, fáctica, de lo perceptible sensorialmente. En verdad, dentro de la "negociación" que se establece en el diálogo entre médicos y enfermos o entre psicoterapeutas y clientes, la elección del modo expresivo no es irrelevante. Toda interacción o transacción social está signada por un deseo de comprensibilidad, deseabilidad social y afán de atención, que impregna lo denotativo y lo connotativo de las expresiones escogidas. Esta elección no siempre es deliberada o consciente, pero incluso la negación o el silencio son elocuentes e informan sobre la persona que los manifiesta.

Esta noción de *logofanía*, además de su utilidad heurística en el encuentro entre médicos y enfermos, debiera ser útil para aclarar las pautas psicobiográficas que determinan modos de creación verbal o plástica y que intrigan a la vez que seducen a quienes gustan del arte y la literatura. No debe rehuirse asociar también inmensas producciones intelectuales –como la filosofía de Hegel o Kant y la producción de un Marx– a esta raíz psico-somática. O extenderse a la comprensión de aquellas palabras que algunos iluminados logran acuñar para seducir a las masas y adquirir poder político. Si de algo han de servir las biografías es justamente para indagar por estos orígenes psico-somáticos de las palabras bellas, acertadas o emocionantes, nacidas en la *logofanía*.

Hay una importante consecuencia que no debe olvidarse. Si es así que la realidad psicofisiológica de las personas moldea sus pensamientos y palabras, determinándolos en parte, entonces es posible dar un sustento a la idea de "extraños morales" y de "extraños epistémicos" con que tratamos de expresar las diferencias insalvables entre personas y la dificultad implícita que existe para el diálogo constructivo entre individuos. Desde las diferencias estructurales en disposiciones, englobadas en el constructo personalidad, hasta las fisiologías modificadas por la educación, las circunstancias o la enfermedad, la diversidad "logofánica" tendría que estudiarse en una perspectiva no puramente intelectual sino, literalmente, *vital* (o *antropológica*, como hubiera dicho von Weizsäcker).

Quizá esta última conclusión –que fisiologías diferentes engendran mentalidades diferentes– sea trivial. Pero sus consecuencias no lo son y merecen renovado análisis. Sobre todo cuando se pregunta (como quizá no lo hubiera querido Jaspers) por una ciencia del ser humano total, por una antropología general con base en la experiencia y en el mundo de las experiencias. No en el plano de un psicologismo ingenuo, que en el fondo es una amenaza para la integridad de las ciencias humanas, sino como postura de indagación integral.

Medicina clínica general (Allgemeine klinische Medizin). Este es un concepto de singular complejidad, precisamente en virtud de su aparente sencillez. No quería significar, en la dimensión institucionalizante que luego adquirió al designar un instituto universitario, lo que tendemos a asociar con "medicina general" y menos simplemente con "medicina interna". Se trataba de una forma de concebir la generalidad de lo médico más allá de sus condicionantes circunstanciales (o "ecológicos", como decía Weizsäcker), debido al entorno de su ejercicio (clínica privada, consulta, hospital) y superando las barreras de "especialidades" definidas por criterios anatómicos, metódicos o funcionales. La "generalidad", en el escenario weizsäckeriano, proviene del ethos de servicio y de la consideración conjunta y complementaria de lo fisiológico, lo social, lo técnico y lo económico. Es un holismo más moral que técnico y exige una particular forma de transdisciplinariedad que difícilmente se cultiva en la práctica. De hecho, históricamente, su concreción institucional tuvo avatares diversos y en la práctica terminó absorbido en la clínica general como un "*Ordinariat*" que ocupó Paul Christian y luego Peter Hahn. Lo específico del pensamiento "generalista" fue homogeneizado con las necesidades docente-asistenciales del complejo médico de una universidad inserta en las corrientes de la modernidad administrativa. Como aclara Wolfgang Herzog, citando a von Weizsäcker, con "general" se insinuaba una preocupación por lo humano en sentido amplio, pero en el contexto del arte médico (clínica), destacando la situación básica –humana– en que se encuentran médico y enfermo (6). La historia ulterior mostró que esta intención básicamente abstracta no podía armonizarse de modo eficaz con las necesidades docentes y asistenciales.

En la actualidad, la clínica psicosomática que fundara Alexander Mitscherlich en 1948 se ha fusionado con el instituto y el departamento iniciado por Viktor von Weizsäcker en una entidad que incluye lo "psicosomático" y lo "general" en su denominación. Pertenece simultáneamente al centro psicosocial y a la clínica médica. En una época en que la Organización Mundial de la Salud "redescubre" los "determinantes sociales de la salud", quizá sea bueno recordar que éstos, en forma mucho más diferenciada y sutil, eran y son parte del concepto de una medicina integradora, antropológica, en el sentido que von Weizsäcker formulara hace ya muchas décadas. Significativo es, no obstante, que las preguntas fundamentales siguen vigentes y se refieren ante todo a la imposibilidad de trasuntar en hechos prácticos estas amplias concepciones, en convencer a las administraciones hospitalaria y universitaria de formas algo distintas de contratación de personal y de trabajo concreto, en fin, de resolver la perenne antinomia entre buenas ideas y realidades menos buenas.

Reintroducción del sujeto en medicina y biología. Esta fue una expresión programática lo suficientemente vaga para que a su conjuro se desarrollen variadas especulaciones. Por de pronto, fue meta de la escuela de Heidelberg, tomada en conjunto, teorizar sobre la temporalidad, la corporalidad (en el sentido alemán de *Leiblichkeit*, que alude al cuerpo animado y no al *Körper* inanimado) y la "subjetualidad". Prefiero esta expresión a la más simple de subjetividad porque no se trata solamente de indagar por la subjetividad de las personas, tarea quizá de la indagación psicológico-profunda, sino de considerar como sujetos dentro de un diálogo a quienes se presentan como dolientes.

Allí radica, creo, la vinculación con la praxis comunicativa y la ética del discurso tal y como se presenta en otros autores de la tradición ética.

Suele considerarse el tema de la llamada "relación médico-enfermo" desde un punto de vista simplificador, que salvaguarda para el médico unos fueros y una autoridad que consolidan la asimetría profesional. Desde este punto de vista, "reintroducir el sujeto" puede parecer una tibia concesión a la persona del enfermo, dejarle que exprese sus temores, dudas y quejas en forma benevolente y compasiva. Pero en realidad, se trata de una verdadera revolución en la epistemología del trato terapéutico. Se trata de instalar, con derecho propio, el discurso del médico frente al discurso del doliente. Como narrativas que **no** apuntan a lo mismo ni tienen igual densidad emocional. Esta contrastación de discursos ocurre más en el estilo de una tarea de estética, con lecturas y contralecturas descifradoras, que bajo la habitual forma del interrogatorio, que –como sugería Balint– convierte lo indiferenciado del síntoma y del signo en lo articulado y significativo del término diagnóstico. La entrevista adquiere en esta perspectiva el valor de una dación de sentido. Obsérvese, no obstante, que esto ocurre solamente para el profesional en primer término, y solo cuando el "paciente" comprende de qué se trata y comparte los postulados del médico, entonces adquieren los rótulos diagnósticos un valor de significación, orientan la acción hacia lo deseable y esperable y terminan uniformando "ideológicamente" el intercambio de discursos.

La concreción institucional y sus avatares

Como he señalado en varios lugares (e.g. 7), corresponde a Paul Christian el mérito de haber representado la continuidad académica e institucional del ideario weizsäckeriano. Como es fácil imaginar, concepciones tan amplias, tan ambiguas y tan proclives a lenguajes iniciáticos suelen generar discipulados divergentes. Algunos tomaron de Weizsäcker la nota crítica y pretendieron repudiar la medicina científico-natural. Otros se dejaron llevar por su elegante lenguaje, plagado de sugestivas metáforas, y fusionaron sus intuiciones con discursos neo-psicoanalíticos, que el propio Weizsäcker quizá hubiera acompañado hasta un cierto punto, pero que en la práctica significaron ruptura con la tradición médica oficial. Christian, en cambio, en una actitud que no dejó de causarle enemigos, mantuvo la filiación científica y docente a una institución como la universidad. En mi opinión, su apego a lo empírico y lo experimental para dar densidad a muchos conceptos de la tradición constituye una de sus aportaciones más perdurables. Mi propia formación fisiológica, que buscaba enriquecerse con nuevas perspectivas, encontró en su obra y en su palabra algún apoyo para lo que se veía como diletantismo o como impracticable oficio. Una fisiología antropológica –en el sentido de Buytendijk (8)– es difícil de concebir, especialmente si se vincula con el estudio experimental del comportamiento. Muchas veces, tales aspiraciones interdisciplinares caen bajo el anatema de los especialistas y el propio von Weizsäcker declaró alguna vez que sus incursiones en el ensayo y la literatura biográfica habrían de vedarle el camino a la respetabilidad académica en un medio rígidamente estructurado, como el de la medicina alemana.

Esencia y formas de la bipersonalidad (9). Sin duda uno de los conceptos más fértiles que desarrolló Paul Christian, el título recuerda a Max Scheler. El contenido me costó horas de meditación al traducirlo, precisamente porque el lenguaje empleado tiene significaciones y resonancias que sin duda interpelaban una forma muy específica de sensibilidad intelectual. La idea central es que no hay un yo auténtico sin un nosotros. Este nosotros se concreta y manifiesta en las tareas comunes. Christian toma el ejemplo de Dilthey de personas que se conciertan para aserrar un tronco. Emplean esas sierras de doble utilización y cada participante en la tarea se funde en la meta común.

Precisamente allí donde parece que se pierde la individualidad es cuando mejor se logra el trabajo. El concepto sin duda se aplica a las conversaciones bien logradas, aquellas en que se ignora quién dijo la mejor idea o anticipó la más aguda respuesta. La sensación de trabajar de consuno, debidamente ratificada por mediciones experimentales, sobrepasa las individualidades y las fusiona en la meta común. En numerosas ocasiones, al comentar este trabajo, he podido comprobar la fertilidad de sus intuiciones en el terreno psicoterapéutico, en el trabajo anamnéstico y en las relaciones de rehabilitación en que sanos interactúan con enfermos. Es probable que semejantes ideas sean corrientes en campos como la pedagogía (Herbart parece haber insinuado algo semejante) pero el trabajo de Christian, al fusionar demostración empírica con intuiciones filosóficas, contribuyó de manera decisiva a integrar lo fisiológico con lo vivencial.

La conciencia de valor en el hacer (10). En la experiencia natural, observa el autor en la primera línea de este trabajo, no aparece el movimiento como cosa neutral sino como actividad que conduce a algo, muestra algo y logra algo. El movimiento experto del atleta experimentado, la dulce placidez del ejecutante eximio de un instrumento musical, la elegancia del bailarín indican al observador, en forma no reflexiva, que allí se da algo "valioso", digno de aprecio y de admiración. También, obviamente, el charlista que lleva su tema con docilidad y sencillez, que nunca dice nada de más y nada de menos, que entona con prosodia fluida las palabras, muestra una perfección que eleva el espíritu. Cuando algo concuerda con lo que "debe ser" o una acción es "como hay que hacerla" estamos frente a una experiencia inefable, valórica y valiosa. Qué duda cabe que esta intuición se inserta armoniosamente en el edificio teórico del "círculo estructural" (*Gestaltkreis*) y completa el pensamiento subyacente a la bipersonalidad cuando es un logro de armonía y compenetración. Con Paul Christian conversamos muchas veces sobre lo relevante de este concepto para una "patología teórica". Pues lo patológico, lo anómalo, lo perturbado es precisamente tal en virtud de generar en el observador la sensación de lo que no debe ser, de lo que exige examen y corrección. Lo normal es precisamente aquello que discurre en el "silencio de lo que es como debe ser" y la salud corporal no es sino la perfecta estructuración de tiempos y espacios en la intimidad del cuerpo y en la plenitud del espíritu. La conciencia de valor en el acto es una herramienta de incalculable valor para el clínico, no solamente por tratarse del examen del cuerpo animado sino también cuando se considera la historia vital y las acciones que constituyen la biografía. Nada hay más allá

de los actos, salvo las intenciones, que sea susceptible de análisis empírico y permita acceder a esta sensación de "corrección" y "plenitud" que encuentra en el médico un entrenado intérprete.

Reciprocidad y solidaridad. Si algo caracteriza la estructura ética de la obra estimulada por la Escuela de Heidelberg, la medicina antropológica y la medicina clínica general es el concepto de reciprocidad. A tal punto, que sobre él puede discutirse la ética subyacente al oficio médico en forma integral (11). Muchos han observado que el impacto de la obra de Weizsäcker sobre la ética médica fue escaso. En realidad, los autores objeto de este estudio mencionan pocas veces la palabra ética y si bien son todos apasionados lectores y cultores de textos filosóficos, lo ético no aparece en ellos como superestructura agregada a lo médico sino como floración directa e inmediata del oficio "bien logrado". Ambos conceptos aparecen en un texto de 1947 en que Viktor von Weizsäcker, comentando el juicio a los médicos nacionalsocialistas en Nürenberg, intenta explicar que el espíritu de la medicina deshumanizada se sentó en el banquillo de los acusados tanto como las personas que parecieron violar el ethos de cuidado y experimentar en forma inhumana con personas. En el análisis y comentario de este texto (12) debemos necesariamente tomar en consideración el contexto histórico. La Alemania nacionalsocialista heredaba de la república de Weimar una legislación avanzadísima en materia de protección de sujetos de investigación (ley de 1931) y, sin embargo, fue escenario de formas perversas de entender el cometido de investigar para salvar vidas. El fruto de ese juicio a los médicos y científicos, conocido como "código de Nürenberg", señala que la voluntariedad de la participación es la *conditio sine qua non* para una investigación científica que emplee sujetos humanos en un contexto moralmente aceptable. De hecho, al analizar la relevancia de esta perspectiva en el estudio del dolor (13), salta a la vista que las intuiciones éticas no siempre se traducen en prácticas adecuadas cuando interviene el factor político o los intereses del colectivo se colocan por sobre los intereses de los individuos. Las ideologías totalitarias extreman argumentos que muchas veces se esgrimen con buenos motivos para causas buenas, y por ello es tan relevante preguntarse por las acciones y las circunstancias bajo las cuales ellas se realizan o planean.

Algunas consideraciones sobre la trascendencia bioética de la Escuela de Heidelberg

En 1998 tuve el privilegio de ser invitado, en calidad de "*Bellagio Scholar*", a la Villa Serbelloni, junto al lago de Como, en Italia. Allí tiene la Fundación Rockefeller un verdadero oasis para el trabajo intelectual, en una atmósfera de refinada quietud que comparten unos pocos individuos por algunas semanas. Durante mi permanencia de dos meses formulé por primera vez lo que ha sido mi programa de trabajo, con alternancias e interrupciones, para mi intento de comprender las aportaciones de Heidelberg y situarlas en el contexto de la preocupación bioética. En un libro que ha gozado de atentos lectores (14) reseñé los elementos esenciales para comparar la bioética estadounidense, tal como la conocimos en América Latina, y la antropología

médica de Heidelberg. Concebidas ambas como intentos de humanizar el oficio médico y la tarea investigativa, los paralelos no dejan de trasuntar algo que quizá está más allá de ambos esfuerzos. Si la bioética estadounidense aporta herramientas prácticas para resolver conflictos, la antropología médica provee marcos conceptuales para formular dilemas. En el horizonte de las concepciones médicas aflora siempre una imagen modélica de lo humano. Queda, la mayor de las veces, implícita en los actos propios del oficio y no llega a formularse. Cuando esto ocurre a veces hay estupefacción pues se puede abrigar creencias sin saber siquiera que se las tiene o cómo se las ha adquirido.

Creo que el intento heidelbergensis es una prueba de que la discursividad es vital para comprender lo que se hace porque, como decía Pedro Laín Entralgo, la profesión médica no es puro saber ni puro hacer. Es saber-hacer, una amalgama de acción y reflexión que, cuando es exitosa, produce los frutos maduros de lo bien hecho y de lo que guarda en sí las potencialidades de una presentida plenitud. Esta construcción es siempre narrativa y la medicina es, en sus lineamientos principales, una confrontación de narrativas (15), noción que me ocupa incluso desde antes de que con ella elaborara mi discurso de incorporación a la Academia Chilena de la Lengua.

Con ello está esbozada mi primera conclusión. Lo ético le viene a lo médico de su hacer mismo. No precisa una superestructura filosófica para hacer el bien, ni reflexionar extensamente sobre alternativas mágicas o científicas. El oficio bien hecho es ya una muestra de oficio ético. Trata con personas a las que trata como personas. Esto significa una praxis comunicativa, en que el discurso del doliente se transforma en discurso técnico con el fin de aliviar el sufrimiento, acompañar la soledad de lo mórbido y proveer herramientas para vivir bien.

En su insistencia en el carácter intrínseco a la medicina de lo ético, Weizsäcker coincidió con otro gran pionero de esa época. Fritz Jahr propuso, en 1927, la palabra *Bio-Ethik* para sintetizar el "imperativo bioético", complemento y contrapunto del imperativo categórico kantiano que significaba, junto con el respeto a la vida en todas sus formas, una moral anclada en lo vital mismo, en el *Lebenswelt* que a todos nos acoge con las inercias del hábito, con los supuestos de lo cotidiano, con el poderoso influjo de lo que "se" hace (16). Al valorizar el aporte de Jahr no lo hacemos por la influencia directa que hubiera tenido, pues quizá fue escasa, sino por lo que indica de una preocupación que luego sería reiterada en lo que llamo la "neo-bioética" estadounidense debida, entre otros, a Potter y Hellegers (17, 18, 19). Es interesante comprobar que lo que escribe Jahr es semejante a lo que escribía Weizsäcker en esa misma fértil época de la cultura europea. La intención abarcadora el deseo de integridad (en los muchos sentidos de esta palabra) se encuentran presentes en el *Zeitgeist* de la época.

Para Viktor von Weizsäcker, el "*locus*" y el origen de la eticidad se hallan en la acción misma, en el "acto médico", en el cual, cuando impera la "amistad", se encuentran los principios de la reciprocidad y la solidaridad. La praxis, la acción, recuerda a Goethe. *"Am Anfang war die Tat"* (Al principio estaba el acto). Pero este acto se

convierte (por la "logofanía" de que hablamos antes) en discurso, en bellas palabras, en disciplina del intelecto. La medicina no es una ciencia de objetos, sino una ciencia de acciones, una praxiología, que consiste en acciones buenas, bien hechas, para el bien de las gentes (20).

Tal vez esta afirmación, cuando se examina el contexto histórico, suene desligada de la realidad. Weizsäcker vive uno de los períodos más tormentosos de la Alemania moderna y su postura podría calificarse de conciliatoria con uno de los regímenes totalitarios del siglo XX que más rechazo ha generado tras su disolución (12). Quizá sea una señal de lo escasas que han sido las influencias de su obra en las instituciones y las personas, pero lo cierto es que en esas afirmaciones suyas se esconden importantes problemas y desafíos para la ética médica contemporánea.

Una segunda conclusión. En el acto médico, como en verdad en cualquier acto humano, hay dos vertientes de legitimidad: la fundamentación en razones técnicas y la justificación en relación a principios morales (Begründung y Rechtfertigung, en alemán). Las acciones deben estar fundamentadas en buenas informaciones y al mismo tiempo deben justificarse ante principios éticos. A través de los estadios formativos de la Escuela de Heidelberg, y en su culminación con Weizsäcker y Christian, se aprecia este aspecto "jánico" de lo médico. Por cierto, estamos ante los riesgos inherentes a la falacia naturalista, que nos induce a creer que aquello que está bien fundamentado en pruebas es al mismo tiempo defendible en su legitimidad moral y humana. Esta confusión debe ser disipada en los practicantes del oficio. No todo lo factible técnicamente es permisible éticamente. Tal argumentación es la que ensombrece las disputas sobre el bien de la investigación científica, especialmente cuando abusa de los animales y las personas, pues no es justificable la indignidad aun cuando con ella se comprara el progreso y el bienestar de las generaciones futuras. Esta "conciencia del valor en el hacer", citando a Christian, es por tanto bifronte. Por una parte, el acto debe ser bien hecho. Por otra, debe ser bueno y "hacer buenos" a quienes lo realizan y a quienes experimentan sus efectos. Nuestra tríada, lo propio, lo bueno y lo justo, se aplica a la investigación, a la práctica y a la reflexión (21).

Nunca sabremos con exactitud por qué algunas intuiciones no dejan huellas y otras, en cambio, perduran en la memoria de las generaciones. Casos hay, y no escasos, de obras redescubiertas por la posteridad. Baste citar a Bach para comprobarlo. Uno de los atractivos de la arqueología de las ideas, y nuestra preocupación por la antropología médica de Heidelberg está en esa línea, es rastrear los orígenes de algunos axiomas inconscientes y volverlos a hacer teoremas de la práctica. Esto es, convertir lo que hoy parece obvio en un nuevo problema, fresco como intuición primigenia pletórica de sugerencias como un desafío. Sin duda, las repercusiones prácticas de esta ocupación no dejan de ser importantes, y quizá otros puedan acometer la tarea de dilucidarlas.

Referencias

1.- Lolas, F. Antropología médica. Terceras Jornadas Argentino-Chilenas de Medicina. Instituto de Chile, Academia de Medicina, Santiago, Mayo 1999, pp.143-146.
2.- Laín Entralgo, P. Die Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung. Otto Müller Verlag, Salzburg, 1950.
3.- Lolas, F. La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1995 (2ª edición).
4.- Lolas, F. Proposiciones para una teoría de la medicina. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1992 (Premio de Ensayo Fondo Nacional del Libro y la Cultura, 1993).
5.- Christian, P. Das Personverständnis im modernen medizinischen Denken. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen, 1952.
6.- Herzog, W. Allgemeine klinische Medizin an einer medizinischen Universitätsklinik. En Deter, H-C, (editor) Allgemeine Klinische Medizin. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2007, pp. 133-143.
7.- Lolas, F. Paul Christian und die Heidelberger Schule. Persönliche Darstellung eines Werdegangs. Fundamenta Psychiatrica 15:135-138, 2001.
8.- Buytendijk, F.J.J: Prolegomena van een antropologische fysiologie. Aula-Boeken, Utrecht-Antwerpen, 1965.
9.- Christian, P., Haas, R. Esencia y formas de la bipersonalidad (traducción, prólogo y notas de Fernando Lolas). Monografías de Acta Bioethica N° 1, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, 2009. (Original de 1949).
10.-Christian, P. Vom Wertbewusstsein im Tun. Beiträge aus der allgemeinen Medizin, Enke Verlag, Stuttgart, 1948.
11.-Gahl, K., Achilles, P., Jacobi, R.M.E. Gegenseitigkeit. Grundfragen medizinischer Ethik. Beiträge zur medizinischen Anthropologie. Königshausen & Neumann, Würzburg, 2008.
12.-Lolas, F. La medicina antropológica y el juicio de Nürenberg. El aporte de Viktor von Weizsäcker. Monografías de Acta Bioethica N°5, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, 2010.
13.-Lolas, F. Schmerz und Bioethik. En Schiltenwolf, M. & Herzog, W. (editores) Die Schmerzen. Beiträge zur medizinischen Anthropologie, Königshausen & Neumann, Würzburg, 2011 (pp. 85-91).
14.-Lolas, F. Bioética y antropología médica. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000.
15.-Lolas, F. Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1997.
16.-Jahr, F. Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. Kosmos. Handweiser für Naturfreunde 24(1):2-4, 1927.
17.- Lolas, F. Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. Biological Research (Santiago) 41: 119-123, 2008.
18.-Lolas, F. El "imperativo bioético" de Fritz Jahr y la neobioética estadounidense. **JANO** (Barcelona), No. 1710, pp.10-16, octubre 2008.
19.-Lolas, F. Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. 2ª edición. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000.
20.-Lolas, F. Theoretical medicine: a proposal for reconceptualizing medicine as a science of actions. The Journal of Medicine and Philosophy 21: 659-670, 1996.
21.-Lolas, F., Drumond, J.G. Fundamentos de uma antropologia bioética. O apropiado, o bom e o justo. Edicoes Loyola, Sao Paulo, 2007.

Comentarios

Ac. Norero. Desde la ignorancia de un médico general, gracias por desempolvarnos los estantes. Creo que son muy interesantes muchas de las reflexiones que el Dr. Lolas ha hecho, pero creo que casi todas se dejan llevar por los caminos establecidos porque como están tan recorridos son más fáciles y eso conduce a que el principialismo en este momento sea lo predominante y que uno deje un poco de lado estas otras ideas provocativas pero bastante más difíciles de absorber y de realizar. El Dr. Lolas comentó el fracaso de estas ideas, por la exquisitez que implican y el grado de tiempo y profundidad en la reflexión que debe uno tener para poderlas adoptar de alguna manera. Le agradezco su interesante conferencia.

Ac. Quintana. ¿No cree usted, Dr. Lolas, que esto de que la Escuela de Heidelberg haya tenido esa repercusión, tiene que ver un poco con el movimiento cultural general europeo que se ha identificado como crisis de la raíz cristiana que tenía el continente europeo? Si usted mira la ética anglosajona es realmente principialista y no tiene ninguna orientación de trascendencia del hombre. Si uno mira los escritos del Dr. Gustav von Bergman, él identifica muy bien en el hombre dos partes, cuerpo y alma, él es un gran médico. Me parece a mí que este tema es una enfermedad cultural, por así decirlo. Hay que recordar que la guerra de 1914 fue la incubación de la de 1939, porque fue determinada principalmente por dos anticristianos que fueron Wilson y Clemenceau; comenzó ahí una falta de sentido de trascendencia del hombre y lo que ha mencionado el Dr. Lolas queda como restos de un pasado esplendor, pero que no ha arraigado porque actualmente uno ve, con pena, que Alemania no es la misma que fue antes de la guerra de 1939. Quería preguntar, ¿no cree que son cosas que van paralelas y no es una cosa aislada no más?

Ac. Lolas (Relator). Agradezco su aporte Dr. Quintana, pero lo que más se preguntaba cuando se pensaba la constitución europea es ¿qué es Europa? Ahí no se mencionó precisamente la raíz cristiana, sorprendente y *ex profeso*; creo que su observación apunta tal vez a eso. Tenemos la suerte de tener presente acá al Profesor Dörr y al Profesor Figueroa, que ha venido especialmente a esta reunión. Ambos conocen toda esta tradición, quizás ellos podrían iluminarnos un poco más.

Ac. Dörr. En primer lugar, quiero agradecerle al Dr. Lolas por haberme mencionado; en segundo lugar, felicitarlo por esta estupenda conferencia en la cual él fue capaz de condensar en 45 minutos toda una historia fascinante, la de la medicina antropológica. Quisiera referirme a dos temas, al Dr. Viktor von Weizsäcker en particular y, a la repercusión de la medicina antropológica. Von Weizsäcker, como lo señaló el Dr. Lolas, se adelantó a los tiempos; voy a mencionar una frase de él: "creo que la biología no podrá constituirse en una ciencia formal si se niega a incluir en sus investigaciones la subjetividad propia de todo ser viviente". Esto lo dice aproximadamente el año 1925; hoy día todas las neurociencias están tratando de hacer investigación desde la subjetividad, porque no se puede superar la subjetividad; como él decía, para poder investigar en la vida hay que participar en la vida. Esta supuesta actitud objetiva del observador en medicina y en ciencia en general, es completamente irreal;

ya la física ha demostrado que el hecho de observar algo implica modificarlo, de manera que no podemos separar la subjetividad del sujeto respecto a la realidad. Los descubrimientos de él son realmente impresionantes y veo que cada día, lo que se ha llamado el nuevo paradigma de las ciencias le está dando la razón a Weizsäcker en todos sus postulados. Esa sería la parte luminosa. También hay una parte menos luminosa. Yo no creo que él haya tenido participación alguna en los horrendos crímenes nazis, pero sí fue víctima de una época donde dominaba un pensamiento determinado y donde, por ejemplo, el racismo era normal. Hay una frase suya muy impresionante que pone en duda esa alta categoría ética que tenía, y que dice: "Si está la totalidad de la comunidad en peligro y puede ser salvada eliminando a algunos individuos, entonces éstos deben ser sacrificados, incluso si ellos mismos no contemplan esta necesidad". Esta frase es horrible y está dicha al lado de cosas maravillosas. Él es una persona llena de contradicciones, por un lado defiende a la persona humana, defiende su trascendencia y al mismo tiempo cae en esta servidumbre con respecto a la ideología imperante. Creo que de todas maneras habría que perdonar esa caída que tuvo y tomarlo como un ejemplo de lo difícil que es trascender el propio tiempo. Hegel tiene una frase impresionante al respecto: "Nadie puede saltar por encima de su tiempo, porque el espíritu de su tiempo es también su espíritu".

Lo segundo, es lo que el Dr. Lolas mencionaba como una paradoja, que esa maravillosa idea del paciente como una totalidad, de la importancia en medicina de la bipersonalidad, de la intersubjetividad, no haya tenido la repercusión que merecía. Eso se puede atribuir, más que a ese tema puntual de los crímenes nazis –que nada tuvieron que ver con la medicina antropológica–, al dominio absoluto de la medicina científico-natural, entendida ingenuamente, y que ha llegado a su máxima expresión en estos sistemas de clasificación y diagnóstico en psiquiatría. Estos suponen la existencia real de los síntomas, cuando en rigor, como ellos, no tienen fundamento orgánico, no son sino el producto de una especie de acuerdo. El fenómeno ocurre en la interpersonalidad, por lo tanto, si no se toma en cuenta la subjetividad del paciente y la subjetividad del examinador, no se puede hacer un diagnóstico en psiquiatría. Por otra parte, yo creo que la medicina antropológica sí ha tenido repercusiones hasta hoy. Un ejemplo sería la escuela de psicopatología y psicoterapia sistémicas que nació en Berkeley, en torno a Bateson, a mediados de los años 50. Aquí el acento está puesto otra vez en la interpersonalidad, en el diálogo, en una psicoterapia que abarca la totalidad del paciente, su familia y su mundo y no solo los aspectos instintivos e inconscientes del individuo, como ocurre en el psicoanálisis. La orientación fenomenológico-antropológica en la psiquiatría –también emparentada con la medicina antropológica de von Weizsäcker– tuvo un gran desarrollo en Alemania desde los años 50 en adelante; en los 60 se extendió a Japón y Latinoamérica y en los setenta a Francia e Inglaterra. A partir de los 80 empezaron a aparecer importantes grupos de investigación en esta línea en Estados Unidos. Se han fundado sociedades científicas, han aparecido revistas y en Francia más de la mitad de las cátedras de psiquiatría son de orientación antropológica. Recién estuve en el Congreso Mundial de Psiquiatría. Asisto regularmente a estos eventos y nunca había tenido un público tan

numeroso en mis conferencias. Lo mismo les ocurrió a otros conferencistas de esta misma orientación. Al volver recibí correos electrónicos de colegas de distintas partes, como España, Brasil, Argentina, México, etc., pidiendo tener acceso a mis textos y a otros textos de esta orientación; algunos de ellos emitían juicios muy críticos sobre esta psiquiatría americana, llamada biológica, supuestamente empírica y objetiva. De modo que no todo se ha perdido, Dr. Lolas.

Ac. Armas (Presidente). Un comentario que refleja un poco la época. Se señala al Dr. Eppinger como el que inició la Hepatología como una disciplina separada y por eso la Sociedad Americana de Hepatología imparte el Premio Anual que es la Medalla Eppinger. Recibieron esta medalla Sheila Sherlock, Hans Popper, todos los grandes hepatólogos, hasta que llegó a uno cuyo nombre no recuerdo, que dijo que cómo él iba a recibir la Medalla Eppinger puesto que él era judío y que Eppinger había hecho experiencias en humanos en hidratación con agua de mar. Se generó un tremendo debate, tuvieron que salir a la palestra los que habían recibido gustosos la Medalla Eppinger, a dar explicaciones; fue un muy interesante debate que al final de cuentas lo que concluye es que la enferma era la época, era la humanidad, no eran las personas. No he oído hablar de la Medalla Eppinger después de este episodio.

Cuando nos iniciamos en medicina hubo claros intentos de integrar psiquiatras al trabajo de los clínicos que se desempeñaban en medicina interna. Esto lo conocí en los hospitales San Juan de Dios y Salvador en Santiago La intención era introducir una mirada, ¿Prosperó algo de eso?

Ac. Lolas (Relator). Claramente estamos viendo que no. El servicio que dirigía el Dr. Torreblanca en el Hospital del Salvador fue conocido. De hecho, esa institucionalidad yo nunca la he visto mejor representada que en Heidelberg con una clínica psicosomática, no se replicaba en otros países. En un libro que escribí sobre la Perspectiva Psicosomática en Medicina, en que entrevisté a muchas personas en el mundo, reflexioné sobre la institucionalización. Y aunque me referí a la Psiquiatría de Hospital General, que así se degradó después el tema, nunca vi esta integración real en una misma persona de la contextura antropológica más la capacidad clínica. De hecho, la misma idea que analizamos en un estudio empírico sobre cómo se hacen las interconsultas en un servicio en medicina y por qué los médicos hacen interconsulta a los psiquiatras; es algo que hicimos para indagar sobre cómo íbamos a constituir el servicio de interconsulta en la clínica psiquiátrica del Hospital J.J. Aguirre. Nos dimos cuenta que los criterios que había para pedir una interconsulta eran muy distintos a los criterios que tenían los psiquiatras que se pensaban como los organizadores sistémicos en conjunto; pero esta organización sistémica en conjunto no era respetada por los otros especialistas, quienes señalaban, por ejemplo, "necesito que resuelvan el problema con esta señora conflictiva, y después retírese porque aquí estamos haciendo medicina en serio"; eso se lo escuché a un subdirector de la Clínica Psiquiátrica hace un tiempo. Cuando uno llega a una parte que no era su identidad, ellos por ejemplo, se echan encima al hospital clínico y algo me escuchaban, porque yo había sido profesor de fisiología y por esa vía logré entrar un poco y dar convicción, y a la fisiología la llamábamos psicofisiología porque era

fisiología antropológica con una demanda significativa para el sujeto. Con el Profesor Paul Christian, mi maestro, discutíamos muchas veces entre qué era experimentar **en** sujetos humanos y experimentar **con** sujetos humanos; cuál es la diferencia crucial entre lo que se llama la investigación clínica y la investigación terapéutica y no terapéutica. Investigar **en** sujetos humanos es considerarlos conejillos de indias; y experimentar **con** es mucho más complejo porque está lo que mencionaba el Dr. Dörr, esta inefable relación que no se puede siempre destacar, hay que preguntarle de lado, los sujetos son lamentablemente muy díscolos. A propósito, el Profesor Laín decía que los pacientes se han vuelto impacientes.

Ac. Goic. Creo que Viktor von Weizsäcker fue un hombre muy creativo e intelectualmente muy atractivo. Introdujo una serie de conceptos que han sido muy importantes para la visión que uno tiene de la medicina y que son fácilmente comprensibles para quien lee sus libros. Por ejemplo, sintetiza de una manera brillante la visión holística de la medicina al señalar que: *"nada de lo orgánico carece de sentido y nada de lo psicológico carece de cuerpo"*. También hay que reconocer que es un hombre a veces un poco críptico en sus escritos. Cuesta entender algunas de las ideas que expone; cuando habla, por ejemplo, de la solidaridad de la vida, de la solidaridad de la muerte o cuando sostiene que toda terapia médica en último término es una eutanasia. Es difícil entender qué es lo que quiere decir con esa frase; a veces pienso que es una falla en la traducción al español. Hace algunos años escribí un libro, "Grandes médicos humanistas", tratando de identificar en la historia universal de la medicina a algunos médicos cuyo pensamiento, y sobre todo su vida, haya sido un ejemplo para las nuevas generaciones de médicos. Debo confesar que tenía en mi listado inicial a Viktor von Weizsäcker, pero cuando conocí algunos aspectos de su vida tuve dudas de considerarlo. Nunca he podido entender por qué un hombre que además de médico era filósofo, que tenía una visión humanista de la medicina, tuvo actuaciones dudosas durante el régimen nazi. Si bien no parece haber estado directamente vinculado a los programas de eutanasia del régimen nacional socialista, fue director del Instituto de Neurología de Breslau, en cuya unidad de anatomía patológica se hacía la autopsia de los niños que habían sido asesinados, "eutanasiados" por el régimen. Es difícil creer que no estuviese informado. Lo cierto es que no hubo de su parte una palabra de reproche a esa situación, ni tampoco al régimen. Yo entiendo que las circunstancias históricas pueden complicar a la mayoría de los seres humanos en sus decisiones, en su pensamiento, en sus actitudes frente a los hechos que ocurren en la sociedad que pertenecen; pero uno esperaría escuchar de un médico humanista, algún reproche enfrentado a situaciones que ponen a prueba la fuerza de sus convicciones. Esa es la razón por la que yo lo excluí del libro "Grandes médicos humanistas". No puedo compararlo, por ejemplo, con Albert Schweitzer y su "reverencia por la vida" o con Víktor Frankl, quien estuvo prisionero en un campo de concentración y sin embargo tuvo la fuerza espiritual para ser solidario con los presos que había allí y además elaborar una filosofía médica y humana de esperanza aun en las condiciones trágicas que se vivían ahí. Ese es el reproche personal que le hago a Viktor von Weizsäcker, reconociendo que intelectualmente es un pensador interesante.

Por último quiero agregar que entiendo que la medicina es una antropología y que todo médico, cualquiera sea su especialidad, debiera tener una visión antropológica de su profesión, entendiendo que no son los órganos los que están enfermos, sino las personas. Creo que esa visión no se ha impuesto masivamente, pero sí ha habido varios médicos en nuestro medio, entre ellos el Dr. Lolas, el Dr. Dörr y el Dr. Oyarzún, que han mantenido, divulgado y enseñado este pensamiento, este enfoque antropológico de la medicina.

Quiero felicitar y darle las gracias al Dr. Lolas porque nos ha entregado una estupenda conferencia. Usted tiene una gran capacidad para entregar visiones sintéticas de problemas que son extraordinariamente complejos. Y tiene otro mérito: lo que expone lo sitúa en un contexto histórico, lo que favorece su debida comprensión.

Ac. Armas (Presidente). Cuando el Dr Goic publicó el libro "Grandes médicos humanistas", me pidió que yo hiciera la presentación del libro y eché de menos a Von Weizsäcker, no podía ser que no estuviera y se lo dije a Alejandro. Creo que él se perdió de estar ahí por la época que le tocó vivir.

Dr. Figueroa (Profesor de Psiquiatría en Valparaíso, Maestro de la Psiquiatría Chilena). Me pareció excelente la gran visión de conjunto que hizo el Dr. Lolas sobre la medicina antropológica que venía de la Escuela de Heidelberg. Uno podría añadir, que en esa época hubo como tres corrientes de medicina antropológica; una que mencionó el Dr. Lolas y que tiene que ver con toda la tradición de von Weizsäcker y que culmina con Paul Christian; eso por un lado. En segundo lugar, también hubo una medicina antropológica que fue muy ¿importante? en psiquiatría y que directa e indirectamente también nació en Heidelberg y que tuvo que ver con Karl Jaspers, quien tuvo el mérito de ser médico, luego psiquiatra y finalmente filósofo. A raíz de la condición de Jaspers, se formó toda una psiquiatría antropológica que, más que psiquiatría antropológica, se podría llamar fenomenología antropológica. Aunque él intentó por otros caminos hacer algo absolutamente distinto después de su principio de patología general y de su filosofía que, de alguna manera, es bastante paralela a la de von Weizsäcker. Él personalmente no amaba para nada la psiquiatría antropológica de von Weizsäcker, sino que más bien le criticaba violentamente pero desde una posición filosófica y científica, en que la fenomenología fue muy importante en su caso; más bien fueron sus discípulos los que hicieron toda esta medicina antropológica, toda esta fenomenología antropológica. Esa es la segunda corriente paralela a la de von Weizsäcker y que en el caso de Jaspers –ya que se habló del aspecto nazi de von Weizsäcker– no se puede decir eso porque estaba casado con una judía y fue sacado de la cátedra de filosofía y fue de la universidad.

Hay una tercera corriente que proviene de la filosofía de Heidegger, que es absolutamente distinta a la de von Weizsäcker y a la de Jaspers. Aunque Heidegger fue filósofo, sus discípulos hicieron una medicina antropológica absolutamente diferente. Heidegger, que además ha sido muy criticado por muchas cosas, entre otras, igualmente que von Weizsäcker o por lo mismo, logró crear una corriente bastante interesante, pero que seguramente al Dr. Goic no le gustaría para nada, en la que él es francamente no humanista, porque piensa que el humanismo no es adecuado para la condición humana. La

corriente de Heidegger tuvo algunos discípulos y fue más o menos exitosa. Aquí concuerdo con el Dr. Lolas, también murió en la misma época. Por último, el que realmente siguió la medicina antropológica de von Weizsäcker fue, no por casualidad, Laín Entralgo, quien señaló que había que distinguir una medicina antropológica de una antropología médica. Incluso escribió un famoso libro sobre medicina antropológica y siempre pensó que eso era un capítulo de lo que venía a continuación, que sería una antropología médica. Él quiso hacer esta medicina antropológica basándose en los autores mencionados, von Weizsäcker, Heidegger etc., pero esperó en vano que alguien hiciera una antropología médica, por lo que estaríamos todos en deuda con Pedro Laín Entralgo, porque no la terminó y nadie ha continuado en esa antropología médica que no sería una medicina antropológica, sino una antropología que fundamentara a la medicina.

Ac. Quintana. Como clínico, creo que hay un deseo de la psiquiatría actual, que se ha llamado psiquiatría de enlace, de compenetrarse con la medicina. Me parece que es difícil el tema y los resultados no me parecen tan prometedores. Hay experimentos y escuelas interesantes como la de Oxford que pretenden identificar ciertas alteraciones anímicas con alteraciones fenomenológicas; entonces, el camino es bastante prometedor. Sin embargo, la barrera más importante para los ensayos de las relaciones en la psiquiatría, la medicina, la antropología, es la metodología actualmente de uso universal. En efecto, solamente se aceptan trabajos que tengan una metodología que, al decir de Engel, psiquiatra norteamericano, no difiera mucho de la física del siglo XIX. No se acepta ninguna verdad que no sea con cierta metodología controlada. Tal es así que una idea que me encanta, introducida por von Weizsäcker, es la biografía del sujeto enfermo. Efectivamente uno ve que, en lo que yo me dedico especialmente, a las enfermedades de tipo inmunitario, le precede un factor desencadenante; hay un substrato genético seguramente, pero hay un factor biográfico profundo que ha conmovido a esa persona e invariablemente uno encuentra un factor que ha ocurrido en la vida del paciente que él trata de obviar. Empero, cuando uno lee los trabajos de estas enfermedades se elude eso y se disfraza, cuando más, con algo que tímidamente llaman estrés, que no tiene nada que ver con que se haga una crisis biográfica, que es una cosa distinta. El estrés es una cosa rutinaria que puede ocurrir todos los días pero no tiene mayor profundidad. Primero habría que cambiar la mentalidad de la metodología científica con que se contempla la medicina y salirse un poco de los conceptos que son propios de la física pero no de la medicina. Cuando yo estudié medicina me sentí escandalizado cuando un profesor bastante distinguido dijo: "ustedes ven señores que entre la física y la biología no hay vallas"; creo que eso es un error gravísimo.

Ac. Goic. En el libro al que hice alusión también estuve a punto de excluir a Laín Entralgo, quien fue un activo partidario del régimen franquista. Incluso fue Rector designado de la Universidad de Madrid y director de publicaciones de propaganda del régimen. Sin embargo, años después publicó un extenso libro en el que hace un verdadero acto de contrición, admitiendo que su apoyo al franquismo fue uno de sus grandes errores políticos; que, si bien hubo crímenes horrendos de parte del bando de los republicanos, los que ocurrían del lado del franquismo eran tan horrendos como aquellos. En razón de ese acto de contrición, incorporé en el libro a Laín Entralgo que, sin lugar a dudas, es un gran humanista.

LA ACREDITACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS: PRESENTE Y PERSPECTIVAS[1]

Dr. Vicente Valdivieso D.

Académico de Número

La Agencia de Acreditación de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos (APICE), autorizada por la Comisión Nacional de Acreditación (CNA) el 21 de enero de 2009, tiene a su cargo el estudio de la acreditación de los programas de formación de especialistas ofrecidos por 12 de las facultades de medicina existentes en el país. Sus instituciones socias son ASOFAMECH, ASOCIMED, Colegio Médico de Chile A.G. y la Academia de Medicina del Instituto Chile.

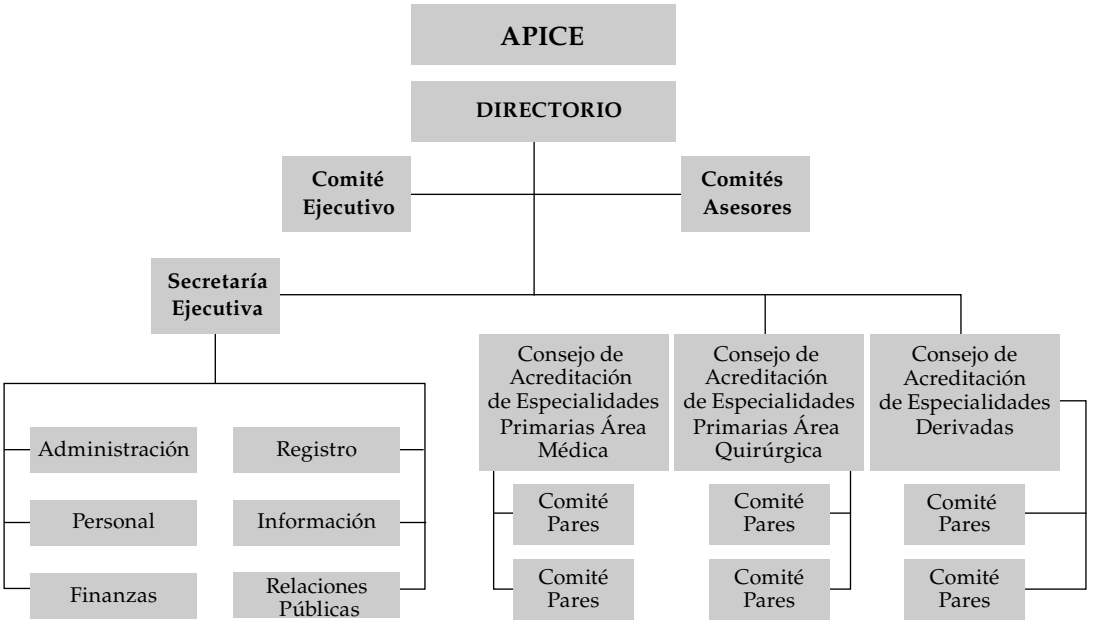
Conviene recordar el marco legal en el que actualmente se desarrolla la acreditación de las instituciones de Educación Superior y sus programas de pre y post grado, de acuerdo a la ley 20.129 "de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior", dictada el año 2006.

Dentro de este marco, APICE es una agencia acreditadora privada, sin fines de lucro, autorizada y supervisada por la CNA, autónoma en su manejo administrativo y en sus acuerdos de acreditación. *Su objetivo principal es garantizar la calidad del proceso formativo en los programas de formación de especialistas médicos.*

APICE inició el estudio de programas de especialización en octubre de 2009, cuando la CNA aprobó los "Criterios Generales de Acreditación" que rigen el proceso y que son aplicables a cualquier programa que solicite su acreditación.

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 2 de noviembre de 2011.

El organigrama de APICE se muestra en la figura 1.



Las principales funciones de sus cuerpos colegiados son las siguientes: el Directorio es responsable de la marcha general de la agencia, aprueba o modifica sus reglamentos y nombra a los miembros de los **Consejos Acreditadores**. Estos últimos son autónomos, y de acuerdo a la ley son los únicos responsables de los acuerdos de acreditación. En ellos se establecen los períodos o tramos de acreditación y se ratifican o modifican los cupos anuales de residentes, establecidos por la facultad solicitante para cada programa. Estos Consejos también nombran a los pares evaluadores responsables de la evaluación externa de cada programa en estudio y resuelven las solicitudes de reposición que presenten las facultades para intentar la modificación del acuerdo –si se ha negado la acreditación– o alguno de sus contenidos, como puede ser el tramo de años otorgado al programa.

Por su parte, la Secretaría Ejecutiva es responsable de la administración, finanzas, registros y relaciones públicas a través de la página Web. Sirve de nexo entre el Directorio, los Consejos Acreditadores, las facultades que solicitan los servicios de APICE y la CNA.

Estudia la propuesta de cada candidato a par evaluador, lo presenta al Directorio y una vez aceptado, lo informa a la CNA para su inscripción. Hasta la fecha, APICE ha registrado en la CNA 240 pares evaluadores, 120 de ellos (50%) han realizado el taller básico de capacitación, el que se ha dictado en 6 ocasiones.

La Secretaría Ejecutiva reúne a los pares evaluadores nombrados por el Consejo Acreditador, y los constituye en Comité para que realicen la evaluación externa del respectivo programa. Hasta ahora se han constituido 38 de dichos comités, con un total de 114 participantes.

Actualmente, 12 facultades de medicina ofrecen un total de 235 programas de formación en 56 especialidades oficialmente reconocidas por CONACEM y por APICE (tabla 1).

Facultad	N° Programas Especialidades Primarias	N° Programas Especialidades Derivadas	Total
U. de Chile	29	38	67
U. Mayor	4	2	6
U. Antofagasta	1		1
USACH	13	4	17
UNAB	3		3
U. Los Andes	12	4	16
PUC	21	34	55
UACH	10		10
U. VALPO	13	11	24
UFRO	12	1	13
UDEC	14	2	16
UDD	7		7
TOTAL	139	92	235

De ellos, 139 son de especialidades primarias y 92 de especialidades derivadas. El 66% de todos los programas existentes es ofrecido por solo 3 facultades: Universidad de Chile (67), Pontificia Universidad Católica de Chile (55) y Universidad de Valparaíso (24).

El proceso de estudio de una acreditación pasa por varias etapas:

a) Inscripción de los programas que se presentarán en el año calendario próximo, suscrita por el decano.

b) Entrega de los antecedentes del programa por la institución solicitante, siendo el principal el informe de autoevaluación.

c) Nombramiento de pares evaluadores por el Consejo Acreditador, constitución del Comité, visita al programa y sus centros formadores y entrega del informe correspondiente.

d) Estudio por el Consejo Acreditador de los antecedentes aportados por ambas fuentes: la institución solicitante y el Comité de Pares Evaluadores.

e) Acuerdo de acreditación del Consejo, incluyendo su tramo (Escala de 3, 5, 7 ó 10 años) y la confirmación (o modificación) del cupo de residentes establecido por la facultad para el primer año.

f) Registro e información del acuerdo al Directorio, a la facultad solicitante y a la CNA, seguido de su publicación en la página Web.

En el plazo comprendido entre octubre de 2009 y octubre de 2011, APICE ha suscrito convenios para 41 programas (17% del total) y ha promulgado 31 acuerdos (tabla 2).

FACULTAD	CONVENIOS	ACUERDOS	REPOSICIONES Y APELACIONES
U. de Chile	3	1	
U. Mayor	6	4	2*
U. Antofagasta	1	1	
USACH	3	2	
UNAB	1	1	
U. Los Andes	1	1	1
PUC	17	9	
UACH	2	4	2
UDD	7	5	2
U. VALPO	0	0	0
UFRO	0	0	0
UDEC	0	0	0
TOTAL	41 (17%)	31 (13,2%)	7

Solo en 3 casos se rechazó la acreditación: de ellos, 2 apelaron a la CNA y uno presentó un recurso de reposición, el que fue aceptado.

Nueve de las doce facultades que ofrecen programas de postitulo han presentado alguno(s) de ellos para el estudio de su acreditación y tres no lo han hecho todavía, las que pertenecen a las Universidades de Valparaíso, Concepción y La Frontera.

Nos parece interesante precisar el rol que juega la CNA en la acreditación de los programas de especialización en Medicina:

a) De acuerdo a la ley 20.129, la CNA puede realizar procesos propios de acreditación de programas de formación de especialistas médicos, por lo tanto APICE no constituye una instancia monopólica.

b) Aprobar los Criterios Generales de Acreditación. Lo hizo en septiembre de 2009 y están plenamente vigentes.

c) Revisar y autorizar los documentos de requisitos específicos para cada una de las 56 especialidades. La CNA no lo ha hecho aún, lo que ha obligado al Directorio de APICE a sancionar los 42 documentos con que cuenta hasta el momento, para permitir su uso en los procesos de acreditación.

d) Resolver las solicitudes de apelación que se le presenten como consecuencia del rechazo de una acreditación por APICE.

Conviene recordar que la acreditación de los postítulos es voluntaria, y que tras el rechazo de una acreditación, la institución solicitante puede volver a presentar el programa dos años más tarde.

El estado actual de los requisitos específicos de las 56 especialidades cubiertas por APICE (26 primarias y 30 derivadas) es el siguiente:

Origen: 31 documentos fueron transferidos por ASOFAMECH y revisados por APICE.

Once documentos han sido elaborados por comités asesores nombrados por el Directorio.

Estos 42 documentos fueron sancionados por el Directorio para su uso y están publicados en la página WEB.

Finalmente, 4 están en elaboración por comités asesores y 10 no han sido redactados aún.

En estos dos años de trabajo la principal dificultad para el funcionamiento de APICE ha sido el retardo en la presentación de programas para el estudio de su acreditación.

Ello es responsabilidad de los decanos y como es obvio, entraba la situación presupuestaria de APICE y frena numerosas iniciativas del Directorio, que no pueden llevarse a cabo por falta de medios.

Esperamos que esta difícil situación se corrija, para poder continuar sin inconvenientes con el importante proceso de acreditación de los programas de formación de especialistas, de tanta utilidad para las escuelas de medicina, sus alumnos y en especial nuestros pacientes.

Comentarios

Ac. Reyes. La claridad de la exposición del Dr. Valdivieso es la habitual en él y ha permitido que nosotros disfrutemos de esta presentación, que nos muestra una actividad absolutamente responsable, eficiente e indispensable. Tengo dos dudas que quiero pedirle al Dr. Valdivieso me ayude a aclarar. Él partió mostrando que este proceso en el postítulo sigue siendo voluntario a diferencia de los pregrados en medicina; entonces pueden surgir en el país programas de formación de especialistas en medicina, en algunas de las especialidades básicas por ejemplo, patrocinado por alguna universidad que no quiera someterse al proceso de acreditación por APICE, ¿es eso posible? Si eso es posible, quién certifica a estas personas como especialistas; por cuanto en ninguno de los documentos que yo he revisado se dice que la certificación de especialistas se otorga a aquellos alumnos que han pasado por un programa acreditado, si el programa no está acreditado por APICE, ¿quién lo acreditó? Entonces las preguntas son ¿sigue siendo voluntario? y ¿esto tiene alguna incidencia en la certificación de aquellas personas que por un programa no acreditado por APICE quieran acceder al título de especialistas en algo?

Lo segundo es un breve comentario; en los últimos años ha estado apareciendo en la prensa un llamado abierto al público de CONICYT para que médicos se presenten como candidatos a programas de formación de subespecialistas en el extranjero, financiados por CONICYT. El año pasado se acercaron a mí funcionarias de CONICYT para pedirme que las ayudara a revisar las condiciones del programa; después que lo revisé me negué a entregar un informe de mi parte porque eso me parecía una situación absurda, por cuanto habiendo en el país programas acreditados de

formación de subespecialistas a los cuales los alumnos acceden en algunas universidades con autofinanciamiento, que CONICYT estuviera haciendo prescindencia de esto es ilógico. En lugar de destinar esos recursos para financiar programas que hay en el país, estaba abriendo esta puerta para ir a titularse como subespecialista en el extranjero. No he tenido más noticias al respecto, y me gustaría conocer su opinión sobre ese programa.

Ac. Valdivieso (Relator). Muchas gracias Dr. Reyes por las preguntas y comentarios. En primer lugar quiero recordarles a ustedes que lo que yo describí está en el área de la calidad de la educación superior; desde ese punto de vista los programas de doctorado, de magíster y de especialistas son todos de acreditación voluntaria y cualquier universidad reconocida por el Estado puede iniciar uno de ellos sin que nadie lo acredite; ¿por qué razón entonces se habla de que los especialistas inscritos en el registro nacional deben provenir de un programa acreditado?, porque si cambiamos de área y nos vamos al área de la salud, existe la Ley de Autoridad Sanitaria que establece que de un determinado tiempo para adelante, actualmente es el 31 de diciembre del año 2012, los que se inscriban en esa nómina de especialistas deberán provenir de dos fuentes: ser reconocidos como especialistas por CONACEM o provenir de un programa acreditado por APICE y/o la CNA. No está entonces dentro de la Ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior ni en su espíritu el que los programas sean obligatoriamente acreditados, pero sí la norma que he descrito está en la Ley de Autoridad Sanitaria.

La segunda pregunta se refiere a la formación de médicos especialistas en el extranjero con recursos de todos nosotros, ofrecidos por una institución pública. No hay absolutamente nada de eso en la Ley Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. La iniciativa pertenece a CONICYT, es ejercida por CONICYT en forma autónoma y nosotros no tenemos relación alguna como agencia acreditadora privada con lo que se hace en CONICYT.

Ac. Uauy. Respecto a lo de CONICYT, quisiera informar que estoy en el comité de becas y de investigación biomédicas; en lo que es beca acaba de iniciarse un llamado a postulación, que se encuentra en el último mes para ser evaluado y fallado, pero son cursos y estadías variables entre 6 meses y 1 año y no es conducente a ningún tipo de título, sino más bien a una estadía de especialización. Dentro del consejo que me pidieron y que yo di, fue que invitaran al Dr. Armas para que de alguna forma hubiera una visión o una supervisión de para qué sirven estas cosas y además que se puedan utilizar, porque a ello postulan las personas con el solo requisito de tener horas en el sistema público; cualquier función que cumplan en él les da derecho a postular. Son postulaciones independientes, se produjeron más de 200 que todavía no han sido falladas. Recién serán falladas a fin de mes de acuerdo a los puntajes, eventualmente eso va ir a un consejo más alto para definir cómo se falla el concurso finalmente. Esto muestra el caos absoluto, porque cada individuo se transforma en un libre agente cuando va a elegir qué va a hacer, cómo lo va a hacer, porque no hay ningún requisito de CONICYT que exija algún grado de organicidad o para qué va a servir eso. Lo digo porque ya fue asignado en el presupuesto y por lo tanto hay que

ejecutarlo; es una catástrofe del punto de vista de perder el curso y no hacerlo en forma dirigida, porque una persona se va a formar con un objetivo determinado en el mejor lugar posible. Están abiertos a recibir sugerencias, pero ya se ejecutó este concurso y ahora hay que fallarlo. Esto demuestra los espacios que hay potencialmente disponibles para darle alguna organicidad a la formación de especialistas; o como en este caso, de formar especialistas con títulos aun de estadías de investigación.

Ac. Valdivieso. Quiero aprovechar la información que el Dr. Uauy ha entregado y que contesta la pregunta del Dr. Reyes. Señalar que una de esas estadías en los sistemas diseñados en la medicina chilena y aplicados a través de las leyes que mencioné no tienen ninguna posibilidad de alcanzar la condición de especialista.

Ac. Norero. Hay una desconfianza absoluta de los sistemas y eso se nota en cualquier reunión que uno analice el problema de la formación de especialistas o de las agencias acreditadoras de los especialistas. Me gustaría que el Dr. Valdivieso se refiera, un poco, a que existe un comité que se llama MASA dentro de la CNA, este comité sigue a las agencias aseguradoras y las sanciona cuando hay algún elemento que no se considera adecuado; pero se ha dejado de lado aspectos tan importantes como los requisitos específicos que tendrían que tener para cada especialidad.

Otro punto que quisiera mencionar es el llamado a concurso de las especialidades médicas que se hizo por el Ministerio de Salud, a través de la normativa 18 que fijó una licitación para todas las universidades y que se puso en igual nivel el llamado a concurso de los especialistas que el llamado de compra de muebles, porque se colocó en la ley de compras de todo el sistema de gobierno. Esto fue muy debatido, pero felizmente, hace 10 días, se llegó a suspender el llamado de 600 y más especialidades a las que cada universidad debía postular a los distintos programas en el Servicio de Salud, con una cantidad de requisitos increíble, se perdía el espíritu que se había tenido siempre tanto para el llamado de las especialidades primarias como de las especialidades derivadas. Pienso que vale la pena comentar esto.

El último punto que deseo expresar, que el Dr. Valdivieso lo ha dicho muy elegantemente, es la pugna que existe entre las distintas instituciones que conforman tanto APICE como la CNA, en los conflictos de intereses que se están acusando mutuamente. Creo que el sistema está en una crisis bastante profunda, por lo que sería conveniente que el Dr. Valdivieso se refiriera también a ello.

Ac. Valdivieso (Relator). La Dra. Norero quiere que yo entre al área chica y yo no soy delantero, soy defensa; lo digo porque si contestara ordenadamente la pregunta de la Dra. Norero y decorándola con todas las anécdotas que me ha tocado vivir en dos años, no quedaría nadie en el auditorio porque sería largo. Lo que la Dra. Norero dice es muy cierto, pues el sistema está en crisis; hay 9 agencias de acreditación autorizadas por la CNA, de las cuales 4 son efectivamente sin fines de lucro, a diferencia de las otras 5; prominentes miembros de distintas universidades son dueños de estas agencias en lo personal, no en lo institucional y se dan algunas costumbres que nadie habría tolerado; de ahí la respuesta de este grupo dentro de la CNA de supervisión cada vez mayor de las agencias y de sanciones. Entre las costumbres

ha estado, por ejemplo, el que una agencia tutoree un programa y le vaya diciendo cómo se debe hacer para presentarse a la acreditación y finalmente lo acredita ella misma; de ahí nació también la costumbre, a mi juicio, tremendamente perniciosa de acreditar programas por un año, de acreditar escuelas por un año. Si no se introducen cambios verdaderos en un plazo como el que nosotros sugerimos (mínimo de tres años), ¿qué se va a poder hacer en un año? Lo que le interesa a mucha gente, es que la acreditación de sus programas aparezca en la prensa y que permita a los alumnos acceder al crédito con aval del estado. No es la calidad el criterio que está comandando la acreditación en el área que le corresponde, y ello es extrapolable a cualquier otra área en la educación superior.

Ac. Goic. Dos preguntas y un comentario. La primera pregunta se relaciona con los postgrados; me refiero a aquellos programas que conducen a grados académicos superiores, esto es, de magíster y doctor (Ph.D). La Comisión Nacional de Acreditación (CNA) es quien los acredita, no los acredita o los acredita por determinados años. Las instituciones tienen la posibilidad de, primero, elevar una solicitud de reconsideración y si eso no resulta, recurren a una apelación. El ente que resuelve las apelaciones, equivalente a una suerte de Corte Suprema, es el Consejo Nacional de Educación (CNE), al cual yo he pertenecido en los últimos años. Entiendo que los programas de magíster y de doctorado médicos o biomédicos también están sometidos a este mismo proceso, que los postítulos no lo están y que las apelaciones terminan en la propia CNA. Esta es la pregunta: ¿No existe una instancia de apelación superior en el caso que haya rechazo a una acreditación de estos programas del área biomédica?

La segunda pregunta refiere a los años de acreditación, materia que el Consejo Nacional de Educación ha hecho presente reiteradamente a la CNA. Ésta puede acreditar instituciones o programas entre 1 y 7 años. Lo que ocurre es que no está explicitado qué criterios se utilizan para decir si la acreditación es por 1, 3 ó 7 años, por lo que en el CNE uno se encuentra, por ejemplo, con una institución que apela porque la acreditaron por 3 años y ellos creían que debía ser por 4 años o más. La verdad es que uno no tiene ningún criterio objetivo para decir sí, tienen razón. Ahí hay una nebulosa que es indispensable dilucidar, en el sentido de fijar algunos criterios específicos para acreditar por más o por menos años.

El comentario tiene que ver con la terminología. Trabajé 6 años en la reforma curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y uno de los temas que le dimos mayor importancia fue el de la evaluación. Uno se da cuenta que es un tema muy complejo y difícil de llevar a la práctica. En esa época yo encontré un excelente artículo sobre evaluación de competencias elaborado por la Brown University School of Medicine, una pequeña universidad norteamericana del Estado de Nueva York, en que definían 9 competencias de una manera maravillosa; señalaban en qué consistía la competencia, los parámetros de evaluación y los niveles de ejecución, es decir, si estaban en un nivel básico, un nivel intermedio o un nivel mayor. Pero uno se daba cuenta que llevar a la práctica esa evaluación de esas competencias en distintos niveles, era una tarea casi imposible. Entiendo estos esfuerzos por ir explicitando

cada vez más en profundidad las evaluaciones como un ejercicio intelectual que te permite comprender mejor los procesos evaluativos, pero en la práctica uno tiene que traducirlos en una forma sintética y operacional cuando está evaluando residentes o estudiantes, lo que no es sencillo y depende de las capacidades del docente. Por otra parte, están muy de moda términos que provienen más bien del campo administrativo. En el CNE nos encontramos a menudo con expresiones como "currículum por competencias", "misión institucional" o " visión institucional", etc. Creo que la nomenclatura tradicional de conocimiento, habilidades intelectuales y destrezas, es equivalente a lo que hoy día llaman competencias. Pienso que uno puede usar el término que quiera pero no hay que enredarse en los términos, hay que ir al fondo del asunto que es conocer qué sabe el estudiante enfrentado a un caso real –un enfermo–, cómo se desempeña en su interrogatorio, en su examen físico, en la relación médico-paciente, cómo raciocina respecto al diagnóstico, cómo hace el diagnóstico diferencial, cómo hace las sugerencias terapéuticas, etc., esa es la evaluación; lo demás se sitúa en el campo de la teoría que me parece perfecto que se haga. Pero quiero llamar la atención en que se va profundizando en cosas que después no se traducen en evaluaciones reales. El estudio que hicimos con un grupo de docentes de alta jerarquía sobre la Reforma curricular, entre ellas la Dra. Radrigán, en aquel tiempo Directora de la Escuela de Medicina, es un volumen de 500 páginas y de varios años de esfuerzo que contiene un análisis conceptual de los complejos problemas que se enfrentan en educación médica. El punto es de qué manera eso se traduce en procedimientos de evaluación en la vida real y cotidiana.

Ac. Uauy. Quería solicitar una aclaración respecto a la certificación de especialistas. Una cosa es acreditar un programa y otra cosa acreditar un especialista. La duda es si los programas tienen la tuición de acreditar el especialista y ahí termina, porque claramente el conflicto de interés es que a los programas les interesa que a sus evaluados les vaya bien, tiene que haber una instancia independiente de ese programa que evalúe a los especialistas producidos por todos los programas con la misma vara incluyendo las competencias y destrezas; eso, me ha tocado vivirlo afuera, es un proceso muy detallado donde se van agregando, a medida que mejoran las cosas, las competencias más exigentes porque es parte de regular la producción de especialistas y la calidad de ellos, lo que está sujeto a una tuición prácticamente pública. Me gustaría saber quién define ¿quién está listo para obtener el título de especialista?, ¿es la misma institución que lo formó o un ente independiente, profesional, que aplica los estándares igual para todos y con la más alta exigencia? Por ejemplo, los Board americanos, que son tomados por los países en desarrollo como un estándar al cual aspirar en lo conceptual y en algunas destrezas que pueden ser evaluadas mediante exámenes. El sistema, a la antigua, de ir de visita a otro servicio y ser evaluado, también existe a nivel de las subespecialidades porque tiene mayor exigencia el ver cómo funciona la persona.

Ac. Valdivieso (Relator). Respecto a una de las preguntas del Dr. Goic, la ley es vaga en lo que se refiere a acudir al Consejo Nacional de Educación para una reapelación; depende de cómo lo entiende el interesado; la ley no tiene reglamento sobre

esta materia, en realidad no le puedo contestar la pregunta. Respecto de las competencias que están de moda, son muchas las universidades, por lo menos una docena, que han hecho el trabajo, al que se refería el Dr. Goic, de esa universidad pequeña de Estados Unidos; tal vez la más llamativa, más fácil de seguir y más clara es Dundee en Escocia, donde el tema de las competencias está muy claramente definido y muy claramente utilizado en la acreditación. Estando de acuerdo con el Dr. Goic en cuanto a la proliferación de términos por sobre la proliferación de soluciones prácticas, da la impresión que no hubiéramos avanzado; pero mirando lo que han hecho los canadienses y estudiándolo con detalle, se ve lo que se ha avanzado en otras partes. Ellos llevan 15 años convenciendo a sus programas de postítulo (alrededor de 700) para que estas competencias, que aparecen periféricas al médico como técnico, sean incluidas en la acreditación de los programas. El Royal College de Canadá puede asegurar con mucha satisfacción que en estos 15 años lo ha logrado y que la acreditación de los programas va mucho más allá de la potencialidad que los programas tienen para formar especialistas, lo que decía el Dr. Uauy recién, que lo que efectivamente resulta en sus especialistas formados es lo que a nosotros nos debiera interesar. Creo que el uso, en países como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Escocia y Holanda, del resultado de una determinada competencia para medir algo tiene buen pronóstico. Otra cosa distinta es que ese pronóstico sea bueno en el medio en que nosotros nos desempeñamos, porque muchas veces una manera de ignorar nuestras pobrezas intelectuales es atribuirle a ideas nacidas en otras partes el carácter de eminentemente teóricas, y por lo tanto inaplicables en la práctica.

En relación a los años de acreditación, estos fueron objeto de un documento interno muy interesante de la CNA para los programas de postgrado tanto de doctorado como de magíster. Nosotros estudiamos ese documento en el Directorio de APICE y adoptamos los tramos de acreditación que la CNA sugería, de 3, 5, 7 y 10 años; para cada uno de esos tramos una comisión del Directorio estudió las necesidades que tiene un programa para entrar en cada uno, son tramos claramente definidos. Ese documento está disponible y si el Dr. Goic lo requiere se lo enviamos en cualquier momento. Entre otras personas, participó ahí muy activamente la Dra. María Eugenia Pinto.

Ac. Cruz-Coke. Deseo felicitar al Dr. Valdivieso por su excelente presentación. Él muestra una situación completamente diferente a la que me tocó vivir hace 20 años, cuando fui miembro del Consejo Superior de Educación antes de que existiera la palabra acreditación. Nos reuníamos para discutir proyectos presentados en los que se solicitaba la autonomía de las universidades, teníamos un poder inmenso y muchas veces rechazamos o eliminamos universidades chicas en provincia. Recuerdo que una vez mandamos a un profesor de la Escuela de Ingeniería de la Chile a que fuera a revisar una universidad en provincia, volvió horrorizado y dijo "están locos, no enseñan cálculo dos", y la rechazamos inmediatamente. Después de esa época comenzó a aparecer el concepto de acreditación. Por lo que nos dijo el Dr. Valdivieso, todas las facultades de medicina se van a ver obligadas no solamente en la enseñanza de pre y post grado, sino que también ellas mismas a seguir controlando

a sus especialistas. Actualmente la situación de los especialistas es muy grave, ya que todos los años llegan nuevos aparatos, nuevas técnicas, entonces el médico que hace 5 años se recibió de especialista se encuentra con una tecnología completamente diferente. La situación en el postgrado en educación, sobre todo en el sector público, es muy grave, lo discutimos unos años atrás, ¿cómo el servicio de salud que no tiene suficientes especialistas contrata a gente que no lo son? La pregunta que deseo hacerle al Dr. Valdivieso es ¿cree usted que estas organizaciones privadas en acreditación que tienen una serie de problemas, obligarán a la Universidad Católica, a la Universidad de Chile o a la Universidad de Santiago a tener un control sobre los académicos y sobre la enseñanza de la medicina, que puede llegar a durar hasta 10 años para obtener el título de médico y luego el título de especialistas va a tener que ser más controlado por la universidad? En el fondo, los médicos van a tener una educación permanente durante su ejercicio profesional.

Ac. Valdivieso. Respondiendo al Dr. Uauy sobre quién da el título, el programa universitario; con qué derecho, con el que le da el reconocimiento legal de la institución, el que le da la ley y ella se supone que incluye una buena evaluación del producto. Nosotros sabemos que no es así, también sabemos que un programa no puede ser acreditado solo por las potencialidades que tiene para formar un especialista, como intenté demostrarlo en una diapositiva. Me parece que dentro de las acreditaciones debiera estar también el obtener información acerca del desempeño global de los especialistas que salen de ese programa acreditado.

La prolongación de la educación a la que se refiere el Dr. Cruz-Coke, es inevitable y absolutamente indispensable. Los fundamentos conceptuales en que se basan muchas de las tecnologías que hoy se usan son ignorados por los médicos que solicitan esas tecnologías. No saben cuáles son las limitaciones que tiene un determinado examen, sea de laboratorio, sea de imagen y la idea que nació del sector salud para resolver esto es la recertificación de los especialistas; la recertificación no la quiere tomar ninguna escuela de medicina; la ha tomado CONACEM para cumplir con la Ley de Autoridad Sanitaria, que señala que cada 7 años los médicos deben ser recertificados mediante exámenes o por acumulación de antecedentes que demuestren su interés por seguir al día en la especialidad que ejercen.

Ac. Ferrer. Como profesor de la Universidad de Chile en el Hospital El Salvador tuve numerosos becados quienes terminaban su beca y reconocían el título de especialista en neurología, era un programa en el que tenían que pasar por psiquiatría, por neuro-anatomía, etc. Cuando terminé en el Hospital El Salvador y me trasladé al Hospital Militar se siguió la misma formación entre profesor y alumno en una condición muy próxima y se formaron también especialistas que cumplieron también este período de formación en psiquiatría, neuro-patología, etc. Terminaban formándose en un período bastante largo, entre 6 a 8 años; estos médicos se presentaron después para acreditar su título de especialistas y fueron a distintos hospitales de las Universidades de Chile y Católica, quienes les reconocieron el título de especialistas en neurología. La duda es si todavía eso se mantiene.

Acerca de varios especialistas del Hospital Militar que se han formado en el extranjero por largo tiempo y que han ejercido funciones en el Hospital Militar, voy a personalizar, por ejemplo, en el Dr. Palma, que se formó en Suecia y no tiene el reconocimiento de especialista. Hay una notable neuroradióloga en el Hospital Militar que se formó en Francia y tampoco tiene el reconocimiento de especialista, ¿qué se hace en esos casos, que han trabajado muchos años en la especialidad?

Ac. Valdivieso. Está CONACEM que se dedica a certificar personas, así como nosotros nos dedicamos a acreditar programas.

La recertificación que mencionaba recién está en el ámbito de CONACEM y también la va a ejercer. Dentro de las categorías que certifica CONACEM, está la formación en el extranjero, la que pasa por los mismos exámenes teóricos y prácticos que el adiestramiento en práctica en Chile, modalidad que está disminuyendo la frecuencia año a año. Creo que el trabajo que ha hecho CONACEM respecto de esta materia ha sido de enorme importancia, porque ha contribuido a ordenar muchísimo el mapa de las especialidades en Chile. Desgraciadamente, ni con el gobierno anterior ni con éste, CONACEM ha logrado ser reconocido como la entidad certificadora a la que se refiere la Ley de Autoridad Sanitaria; eso depende del Ministerio de Salud; los encargados de los recursos humanos en el Ministerio de Salud son enemigos de cualquier tipo de certificación o cualquier tipo de acreditación, porque lo que les interesa es cumplir con una tarea numérica del punto de vista asistencial, en que el factor calidad parece secundario; lo digo porque es una garantía explícita de la Ley del AUGE que hasta ahora no se cumple.

Ac. López. Quería felicitar al Dr. Valdivieso porque el tesón, el interés y la inteligencia que pone en este trabajo me parecen extraordinarios. Quiero hacer un llamado al optimismo, a pesar de que hay problemas y desconfianza, la que también está presente en la publicidad; si algo funciona mal una vez, se dice todo anda mal en tal lugar; por ejemplo, hubo un problema en CONACEM y se dijo todo CONACEM está mal, está desprestigiado; hubo dos apelaciones en APICE y dijeron todo está funcionando mal en APICE. Lo menciono porque hay personas que lo dicen con mucha facilidad y liviandad. Pero este es un proceso complejo y en él vamos aprendiendo todos. El programa de diabetes que yo logré presentar, que siguió el proceso de acreditación, me enseñó muchísimo y el proceso de acreditación de Medicina Interna de la Universidad de Chile, le enseñó muchísimo a la Facultad de Medicina, de cómo debe trabajar y controlar lo que se hace; lo que creemos que está bien hecho, debemos estar seguros de que está bien hecho. Todo esto nos está ayudando a mejorar y yo los invito a confiar un poco en las instituciones. Somos un país que hacemos leyes muy bonitas pero no nos preparamos para aplicarlas; entonces el AUGE nos halló sin especialistas, sin manera de controlar la calidad y también estas leyes nos encontró con problemas de calidad. Pero creo que estamos mejorando y de verdad pienso que el Dr. Valdivieso merece un aplauso de todos nosotros.

Ac. Armas (Presidente). El cambio en educación médica ha sido fantástico, si pensamos en la época nuestra, cuando se formaba un especialista que se entregaba a un profesor para que le hiciera el programa que él quisiera, que no estaba escrito y que nadie tomaba exámenes. De esa situación a lo que estamos viviendo hoy ha habido un cambio fantástico y no hay ninguna duda de que este cambio va a influir en la calidad de los programas. He estado viendo en el servicio y departamento donde trabajo cómo están haciendo una revisión de lo que se hace en el programa, después que pasó la comisión del APICE para acreditarlos; porque lo que les dijo el APICE los tiene en un proceso de revisión, que sin duda va a permitir que el programa sea mejorado. Que APICE es inestable y tiene fragilidades, ninguna duda que las tiene y dos amenazas son las que se divisan. Una es que se establezca una agencia diferente juntando a los que no se atreven a presentarse al APICE o los que han sido en alguna medida reprobados por APICE, creo que ya hubo una intención. La otra, si no se presentan programas al APICE, se va a morir por carencia, va a colapsar económicamente. De manera que el sistema tiene fragilidad pero tenemos que tratar de apoyarlo con todos los medios.

Le agradezco mucho al Dr. Valdivieso la presentación, creo que ha sido iluminadora, tengo muchas ganas de leerla con calma porque apareció mucha información. Ha sido una muy bonita reunión.

LA HERENCIA DE HIPÓCRATES[1]

Dr. Alejandro Goic G.

Académico de Número

¿Están vigentes hoy día –en lo esencial– el pensamiento, los juicios, los preceptos éticos y los cimientos de la práctica clínica de Hipócrates y sus discípulos?

La respuesta no es indiferente para la medicina actual y su ejercicio, así como para sus incertidumbres, en tanto compromete aspectos sustantivos de la profesión médica en su vertiente clínica y ética.

Lo cierto es que, en el ejercicio de la medicina, los principios y valores éticos generales y abstractos se hacen carne en la particularidad de cada enfermo. Fueron los escritos hipocráticos los que me inspiraron y condujeron a reflexionar, primero, sobre el contenido valórico del Juramento hipocrático[2]; y, años después, a escribir los libros *El fin de la medicina,*[3] *Grandes Médicos humanistas*[4] *y Conversaciones con Hipócrates*[5]. Esta trilogía, en lo fundamental, constituye una reflexión sobre la ética en la práctica de la medicina clínica, que surge de la experiencia con la atención de enfermos en distintos escenarios asistenciales a través de muchas décadas.

Fue principalmente en el libro *Conversaciones con Hipócrates* donde busqué una forma coloquial de comunicar las ideas hipocráticas. Para ello recurrí a una ficción y a una estructura dramática que permitiera una lectura y comprensión más fácil de temas de ética clínica, de suyo delicados y complejos. Escogí la forma de un diálogo con Hipócrates como interlocutor. Algunos de los juicios que allí aparecen responden a referencias explícitas, en tanto que, otras, fueron inferidas del contexto general de su visión médica.

Un paso indispensable fue explorar en la literatura general y, en particular, en los *Tratados hipocráticos*,[6] las opiniones expresadas por los médicos hipocráticos respecto a la medicina y su práctica. Para ello utilicé la versión de los *Tratados* publicada en ocho volúmenes por Editorial Gredos, bajo la conducción del Dr. Carlos García Gual, catedrático de la Universidad Complutense de Madrid.

---

1 Conferencia presentada en sesión ordinaria de fecha 7 de diciembre de 2011.

2 Goic A. *El Juramento hipocrático: ¿Una veneración ciega?* Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. l993; 115: 140-47.

3 Goic A. *El fin de la medicina*. Mediterráneo: Santiago de Chile. 2000.

4 Goic A. *Grandes médicos humanistas*. Mediterráneo: Santiago de Chile. 2004.

5 Goic A. *Conversaciones con Hipócrates*. Mediterráneo: Santiago de Chile.

6 García Gual C, Lara Navas Ma.D, López Férez JA, Cabellos Álvarez B. *Tratados hipocráticos. Vol I-VIII.* 2009. Editorial Gredos: Madrid. 1983-2003.

Algunos escritos de los extensos *Tratados hipocráticos* se refieren a asuntos generales del saber médico, otros a la ética en medicina y a aspectos técnicos propios de la práctica clínica. En la mayoría de los casos, los médicos hipocráticos hacen alusión más o menos extensa sobre algunos temas, por ejemplo, sobre el arte de la medicina o la idoneidad profesional; en otros casos, hay afirmaciones taxativas pero que no son mayormente explicitadas, como, por ejemplo, respecto a la eutanasia, el aborto o el secreto profesional.

El propósito del presente ensayo es mostrar directamente el pensamiento médico y ético y la práctica clínica de los médicos hipocráticos, mediante citas seleccionadas y textuales del contenido de los *Tratados hipocráticos.* Esto nos permite apreciar objetivamente su relevancia en relación a aquellos aspectos que consideramos sustantivos del ejercicio de la medicina clínica actual: el arte de la medicina, la idoneidad profesional, la relación del médico con su enfermo, el respeto por la vida humana, los límites de la medicina, la responsabilidad médica en el comienzo y el fin de la vida humana, la ética y el humanismo en medicina.

Convencionalmente, y para mayor claridad, he ordenado las citas pertinentes en tres bloques temáticos: sobre el arte de la medicina, sobre la práctica clínica y sobre los límites de la medicina. En cada uno de ellos se incluye una amplia gama de asuntos que hasta hoy día nos preocupan y que hace más de dos milenios fueron abordados con perspicacia y sabiduría por los médicos hipocráticos.

I. Sobre el arte de la medicina

"La medicina hace tiempo que tiene todo lo que necesita para ser un arte y ha descubierto un punto de partida y un método con el que se han conseguido a través de los años muchos y valiosos descubrimientos. Y los demás se irán consiguiendo en el futuro si, el que está capacitado y conoce lo ya descubierto, parte de ahí en su investigación".[7]

"Todo arte que no lleve en sí afán de lucro y falta de compostura es hermoso si desarrolla su actividad con un método científico; pero si no, se vuelve desvergonzadamente popular"[8].

"El arte consta de tres elementos, la enfermedad, el enfermo y el médico".[9]

"El médico es un servidor del arte".

"El paciente ha de enfrentarse a la enfermedad con ayuda del médico".

"El caso es que las enfermedades que escapan al examen de los ojos quedan sometidas al examen de la inteligencia."[10]

7 *Sobre la medicina antigua*. Tratados hipocráticos I. Op. cit. pp. 138-39.
8 *Sobre la decencia*. En: Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 197.
9 *Epidemias*. Tratados hipocráticos V. Op. cit. p. 63
10 *Sobre la ciencia médica*. En: Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 119.

"Hay algunas artes que son fatigosas para quienes las poseen, pero útiles para los que se sirven de ellas; bien común para los profanos, pero molestas para quienes tratan con ellas. Precisamente, una de las artes de tal clase es lo que los griegos llaman medicina. Efectivamente, el médico ve cosas terribles, toca partes desagradables y, de las desgracias ajenas, saca como fruto tristeza personal. Los enfermos, en cambio, gracias a la ciencia escapan de las mayores desgracias, de enfermedades, tristeza, dolores y de la muerte".[11]

"Pues si hay amor a la humanidad, también hay amor a la ciencia".[12]

Sobre el origen de las enfermedades:

"Acerca de la enfermedad que llaman sagrada (Epilepsia) sucede lo siguiente. En nada me parece que sea algo más divino y ni más sagrado que las otras, sino que tiene su naturaleza propia como las demás enfermedades, y de ahí su origen".

"Pues bien, porque el aire tiene fuerza en las demás cosas acaba de decirse. Mas para los seres mortales es causante de su vida y también de sus enfermedades, cuando están enfermos".[13]

"Hay que sostener que no cabe esperar que las afecciones se produzcan por ningún otro motivo, sino por el siguiente: a saber, cuando el aire resulta demasiado abundante o escaso, o especialmente compacto; o, cuando infectado de impurezas malsanas, entra en el cuerpo".[14]

"Así, pues, cuando el aire contiene impurezas que son hostiles a la naturaleza humana, entonces enferman los hombres; a su vez, cuando el aire resulta inapropiado para alguna otra clase de seres vivos, ésta se pone enferma entonces".[15] [16]

Las emociones:

"Miedos, vergüenza, pena, placer, cólera y otros sentimientos por el estilo; de esa forma le responde a cada uno de ellos la correspondiente parte del cuerpo en su actuación; en tales ocasiones, se producen sudores, palpitación del corazón y reacciones parecidas".[17]

"Conviene que la gente sepa que nuestros placeres, gozos, risas y juegos no proceden de otro lugar sino de ahí (del cerebro), y lo mismo las penas y amarguras, sinsabores y llantos. Y por él, precisamente, razonamos e intuimos, y vemos y oímos, y distinguimos lo bello, lo feo, lo bueno, lo malo, lo agradable y lo desagradable, distinguiendo unas cosas de acuerdo con la norma acostumbrada, y percibiendo otras cosas de acuerdo con la conveniencia; y por eso, al percibir los placeres y los desagrados según los momentos oportunos, no nos gustan (siempre) las mismas cosas."[18]

11 *Sobre los flatos.* Tratados hipocráticos II. P. 131.
12 *Preceptos.* Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 313
13 *Sobre los flatos.* Tratados hipocráticos II. P. 137
14 Op. Cit. p. 137.
15 Op. Cit. p. 138.
16 Este párrafo y los dos anteriores pueden interpretarse como una intuición genial sobre la causa de las enfermedades por agentes externos presentes en el medio ambiente.
17 *Sobre los humores.* Tratados hipocráticos II. Op. Cit. p. 110.
18 *Sobre la enfermedad sagrada I.* Tratados hipocráticos. Op. cit. p. 415.

"También por su causa enloquecemos y deliramos, y se nos presentan espantos y terrores, unos de noche y otros por el día, e insomnios e inoportunos desvaríos, preocupaciones inmotivadas y estados de ignorancia de las circunstancias reales y extrañezas".

La formación del médico:

"Debe pues aquel que vaya a aplicarse a un conocimiento auténtico del arte de la medicina estar en posesión de lo siguiente: capacidad natural, enseñanza, lugar adecuado, instrucción desde la infancia, aplicación y tiempo".[19]

"Porque el aprendizaje del arte de la medicina es como la eclosión de los frutos de la tierra".

"Lo primero que necesita es capacidad natural ya que, teniendo ésta en contra, todo resulta baldío".

"Además de todo esto debe añadir, por largo tiempo, una aplicación constante al trabajo, a fin de que el aprendizaje, haciéndose naturaleza propia, produzca buenos y abundantes frutos".[20]

La experiencia médica:

"La falta de experiencia es mal tesoro y pobre despensa para los que la tienen, tanto de noche como de día; se ve privada de alegría y felicidad y es nodriza de cobardía y temeridad. Pues la cobardía significa incapacidad y la temeridad desconocimiento del arte".[21]

La gratitud a los profesores:

"Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores ... y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciera falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato...".[22]

La sabiduría en medicina

"En la sabiduría se dan el desprendimiento, la modestia, el pundonor, la dignidad, el prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de la superstición, excelencia divina".[23]

"Hay que conducir la sabiduría a la medicina y la medicina a la sabiduría".[24]

19 *Ley.* Op. cit. p. 93.
20 *Ley. Tratados hipocráticos I.* Op. cit. p. 93
21 *Ley. Tratados hipocráticos I.* Op. cit. p. 94
22 *Juramento. Tratados hipocráticos* I. Op. cit. pp. 77-78.
23 *Sobre la decencia.* Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 202
24 *Sobre la decencia.* Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 202.

II. Sobre la práctica clínica

La idoneidad profesional:

"Hay, en efecto, profesionales, algunos son malos pero otros son excelentes; y esto sería imposible si no hubiera en absoluto un arte médico o éste no hubiese investigado ni descubierto nada, ya que todos los médicos serían entonces igualmente inexpertos e ignorantes y todo lo relativo a la enfermedad estaría regido por el azar".[25]

"El arte de la medicina es el único que en las ciudades no tiene fijada una penalización, salvo el deshonor, y éste no hiere a los que han caído en él. Pues son éstos, parecidos a los actores extras en las tragedias; así como éstos tienen figura, manto y máscara de actor pero no son actores, también muchos médicos lo son de nombre, pero en la práctica muy pocos".

"Pues, ¿qué habría de malo si obtuvieran su merecido los que practican mal la medicina? Pero el caso es que sufren las consecuencias los enfermos que no tienen la culpa, a los que la violencia de la enfermedad no se les habría manifestado en grado suficiente si no se hubiera añadido a la inexperiencia del médico".[26]

La relación del médico con el paciente:

"Las relaciones entre el médico y sus pacientes no son algo de poca monta".[27]

"A cualquier casa que entrare, acudiré para asistencia del enfermo fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres".[28]

Los médicos deben "ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño[29].

"Es necesario que el médico sea justo en cualquier trato, ya que la justicia le será de gran ayuda".

"Es preciso que el enfermo oponga resistencia a la enfermedad junto con el médico".[30]

"Es fundamental, en mi opinión, que el que habla de este arte diga cosas inteligibles para los profanos, ya que no le compete ni investigar ni hablar de algo distinto a las dolencias que él mismo padece y sufre. Ciertamente que a él, por ser profano, no le resulta fácil comprender sus propias enfermedades, cómo se producen y cesan y por qué causas crecen o disminuyen; pero si es otro el que lo ha descubierto y se los explica, les es comprensible porque cada uno, al escuchar, no tiene más que recordar lo que le sucede a sí mismo".[31]

25 *Sobre la medicina antigua*. Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 137.
26 *Preceptos*. Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 310.
27 *Sobre el médico*. Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 176.
28 *Juramento*. Tratados hipocráticos I. Op. cit. pp. 77-78.
29 *Epidemias*. Tratados hipocráticos V. Op. cit. p. 63.
30 *Epidemias*. Tratados hipocráticos V. Op. cit. p. 63.
31 *Sobre la medicina antigua*. Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 139.
Los párrafos transcritos muestran que los médicos hipocráticos no excluían a los enfermos, ni en la relación con ellos ni en su proceso de sanación.

"Es preciso que el hombre que es inteligente, dándose cuenta de que la cosa merecedora de más importancia para las personas es la salud, sepa por su propio juicio prestarse a sí mismo ayuda en las enfermedades y sepa también diagnosticar lo que los médicos dicen y administran sobre su cuerpo, y sepa cada una de estas cosas en la medida que es natural a un profano"[32]

"Trato agradable para los enfermos, como actuar con limpieza en lo que se refiere a la bebida, a la comida o a lo que él vea; con suavidad en lo que se toca. Otros ejemplos de trato agradable: lo que no daña mucho o es fácil de arreglar, como el frío, en caso de que sea necesario; las visitas, los discursos, la actitud, el vestido; con vistas al enfermo, el arreglo del cabello, las uñas, los olores".[33]

"En la visita ten presente la forma de sentarte, la compostura, el porte de autoridad, la parquedad de palabras, la actitud serena, la atención constante, la dedicación, la réplica a las objeciones, el dominio de ti mismo ante las dificultades que surjan, la severidad para dirimir la situación en momentos de alarma y la prontitud para actuar".[34]

"Parecería un gran testimonio para la existencia de la ciencia médica que quien practica correctamente la medicina no desistiera de exhortar así, aconsejándole a los enfermos no sufrir ninguna perturbación en su espíritu en el afanarse por llegar al momento de la curación".[35]

"Algunos enfermos percatados de que su enfermedad no les inspira confianza, dan crédito a la bondad del médico y pasan a tener salud"[36].

El secreto profesional:

"Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré, teniéndolo por secreto".

La historia clínica:[37]

"En lo que respecta a las enfermedades, las reconocemos a partir de los siguientes datos, teniendo en cuenta la naturaleza humana universal y la particular e individual, la de la dolencia, la del paciente, las sustancias que se le administran, quién se las administra –si a partir de esto el caso se presenta de solución más fácil o más arduo–, la constitución atmosférica general y la de los astros y cada terreno en particular, y lo que respecta a los hábitos, el régimen de vida, las ocupaciones y la edad de cada uno, con sus palabras, gestos, silencio, pensamientos, sueños, insomnios, pesadillas, cuáles y cuándo, y sus tics espasmódicos, sus picores, sus llantos, junto con sus paroxismos, deposiciones, orinas, esputos, vómitos y todo aquello que indica las mutaciones de la enfermedad y sus depósitos en un sentido crítico o

32 *Sobre las afecciones.* Tratados hipocráticos III. Op. cit. p. 141.
33 Tratados hipocráticos. Op. cit.
34 *Sobre la decencia.* Tratados hipocráticos. Vol I. op. cit.
35 *Preceptos.* Tratados hipocráticos I. p. 315.
36 *Preceptos.* Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 313.
Este párrafo puede interpretarse como la intuición de los hipocráticos del efecto psico-terapéutico de la figura del médico.
37 Técnicamente la denominamos anamnesis, próxima (o enfermedad actual) y remota.

mortal: sudor, tensión, escalofríos, tos, estornudos, hipo, respiración, eructos, ventosidades, silenciosas o ruidosas, hemorragias, hemorroides. Hay que atender a todo esto y a lo que con estos síntomas se indica".[38]

"El médico ha de decir lo sucedido, conocer lo que pasa y predecir lo que va a suceder"[39].

El examen físico:

"Es una tarea el examinar un cuerpo. Requiere vista, oído, olfato, tacto, lengua, razonamiento".[40]

"En las enfermedades agudas hay que observar atentamente esto: en primer lugar el rostro del paciente, si es parecido al de las personas sanas y, sobre todo, si se parece a sí mismo. Esto sería lo mejor y, lo contrario de su aspecto normal, lo más peligroso."

"Puede presentar el aspecto siguiente: nariz afilada, ojos hundidos, sienes deprimidas, orejas frías y contraídas, los lóbulos de las orejas desviados, la piel de la frente dura, tensa y reseca, y la tez de todo el rostro amarillenta u oscura".[41]

"Una respiración apresurada señala que hay dolor o inflamación en las partes de más arriba del diafragma".

"Una profunda respiración y con largos intervalos indica delirio".

"Conviene advertir todos los abscesos por estos síntomas: en primer lugar, la fiebre no remite, sino que se mantiene más ligera de día y más intensa por la noche… y las uñas de las manos se curvan y los dedos se ponen calientes, sobre todo en las puntas…".[42]

El diagnóstico:

"El caso es que las enfermedades que escapan al examen de los ojos, quedan sometidos al examen de la inteligencia".

"Ejercicio de la inteligencia, de la memoria, del olfato, de los instrumentos".

"El médico, ya que no le ha resultado posible ver lo que causa el daño, ni enterarse de oídas, lo aborda con su razonamiento".

"Para emitir un diagnóstico hay que considerar, además, el tipo de cada enfermedad y su fuerza, la naturaleza del individuo y la dieta de alimentos y bebidas del enfermo".

Descripción de una enfermedad innominada:

"Y habiendo sido la tendencia total a las características meridionales y con sequía, al principio de la primavera, después de la constitución anterior, que había sido opuesta y de

38 *Epidemias.* Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 23. Este párrafo contiene casi todos los elementos que deben ser investigados por el médico para obtener una buena historia clínica o anamnesis próxima y remota.

39 *El pronóstico.* En: Tratados hipocráticos I. Op. cit. pp. 319-350.

40 *Epidemias.* En: Tratados hipocráticos V. Op. cit.

41 Esta descripción del rostro es lo que en medicina se conoce hasta hoy como *"facies hipocrática"* o *"facies peritoneal"*.

42 Las alteraciones de las uñas aquí descritas forman parte de las alteraciones del extremo distal de los dedos que hasta hoy se denominan en medicina *"dedos hipocráticos"*.

carácter septentrional, a unos pocos les sobrevenían causones,[43] *incluso en éstos muy benignos, y pocos sufrían hemorragias; pero no morían a causa de éstos. E hinchazones junto a los oídos a muchos, en un solo lado o en ambos, a la mayoría sin fiebre y sin verse obligados a guardar cama; pero hay quienes tenían un ligero calor (febril). Se extinguieron en todos sin causar daño y en ningún caso supuraron como las que ser originan por otros motivos. Y su carácter era: fláccidas, grandes, difusas, sin inflamación, indoloras; en todos desaparecieron sin señal. Se producían éstas en adolescentes, en jóvenes, en los que están en la flor de la edad, y de éstos especialmente los que frecuentan la palestra y los gimnasios. Pero en mujeres, en pocas se producían. Y toses secas en muchos, que tosían y no expectoraban nada; voces roncas. No mucho después, pero incluso en algunos después de un tiempo, inflamaciones con dolor en los testículos en un solo lado, y en algunos en ambos. Fiebre a unos, pero a otros no. Esto resultó penoso para la mayoría. Pero, por lo demás, se hallaban libres de enfermedades como para no necesitar acudir a la oficina del médico."*[44]

El pronóstico:

"Que el médico se ejercite en la previsión me parece excelente. Pues si conoce de antemano y predice ante los enfermos sus padecimientos presentes, los pasados y los futuros, y si les relata por completo, incluso los síntomas que los pacientes omiten contar, logrará una mayor confianza en que conoce las dolencias de los pacientes, de manera que las personas se decidirán en encomendarse a sí mismas al médico. Y así dispondrá del mejor modo el tratamiento, al haber previsto lo que va a ocurrir a partir de la situación actual".[45]

"Aconsejo además que los médicos sean prudentes al máximo en los restantes aspectos de su ciencia y también en las predicciones mencionadas, sabiendo que si uno tiene éxito en la predicción, sería admirado por el paciente inteligente, pero, si se equivoca, además de ser odiado, quizás incluso parecería estar loco".[46]

El tratamiento:

"Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender; del daño y la injusticia le preservaré".[47]

"No haré uso del bisturí ni aun de los que sufren del mal de piedra; dejaré esa práctica a los que la realizan".

"El médico debe conocer la cualidad de todos los alimentos y las bebidas con las que nos mantenemos, qué propiedades tiene cada una, tanto si proviene de su misma naturaleza, como si es debida a la ocasión forzada y a la técnica del hombre".

43 Causón: a) calentura fuerte que dura algunas horas y no tiene malas resultas. b) Fiebre alta y ardiente.

44 *Epidemias.* Libro I. 1. Tratados hipocráticos. Ibídem.

Una notable descripción clínica de lo que hoy denominamos parotiditis o "paperas" y de una de sus más frecuentes complicaciones.

45 *El pronóstico.* Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 330.

46 *Predicciones.* Tratados hipocráticos II. Op. cit. p. 228.

47 "La concepción del hombre como individuo se corresponde de modo notable con las ideas básicas de la medicina hipocrática, en que el individuo con todas sus peculiaridades se presenta como protagonista y medida de toda actuación médica" (Ma. Dolores Lara Nava, Juramento, Introducción).

"No puede el ser humano mantenerse solo comiendo, sino tiene, además, que practicar ejercicios. Pues presentan influencias opuestas entre sí comidas y ejercicios, pero se complementan con vistas a la salud. Porque los ejercicios físicos producen naturalmente un gasto de lo acumulado, mientras que los alimentos y bebidas restauran lo vaciado".

Solicitud de ayuda a otros médicos:

"No carece de decoro un médico que, al encontrarse en apuro con un enfermo, en un momento dado y quedarse a oscuras por su inexperiencia, solicite que vengan otros médicos para conocer lo referente al enfermo en una consulta en común y para que sean sus colaboradores en procurar ayuda".[48]

Los honorarios profesionales:

"No incurrir en un exceso de inhumanidad sino atender a las condiciones de vida y los recursos del paciente, y que a veces se practique gratis la medicina, trayendo a la memoria el recuerdo de un favor o el prestigio presente. Y si llegara la ocasión de atender a quien es extranjero y pobre, ayúdese sobre todo a los de tal condición, pues, si hay amor a la humanidad, también hay amor a la ciencia".[49]

La prevención de enfermedades:

"Bien está cuidar de los enfermos a causa de su salud: y preocuparse de los sanos por evitar la enfermedad. E, incluso, preocuparse de los sanos, en atención a la prestancia física".

Respeto por la vida humana:

"No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco mortal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente, tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo".[50]

La proporcionalidad de los actos médicos:

"A los enfermos, si lo que se les da de forma proporcional al cuerpo, el cuerpo lo consume totalmente poco a poco y no está ni falto ni lleno; pero si uno se equivoca en la medida oportuna, ya en un sentido ya en otro, hay daño en ambos casos".[51]

III. Los límites de la medicina

"Pero el hecho es que los enfermos mueren, unos fallecen antes de llamar al médico a causa de la violencia de su enfermedad, otros enseguida después de haberlo llamado, algunos sobreviviendo un día y, otros, un breve tiempo más, antes de que el médico se enfrente a combatir

48 *Preceptos.* Tratados hipocráticos I. Op. cit. p. 314. Es lo que hoy día los médicos denominamos "interconsulta".

49 *Preceptos.* Tratados Hipocráticos vol. I. Op. cit. p 312.

50 *Juramento.* En: Tratados hipocráticos. vol I. Editorial Gredos: Madrid. 1983. pp. 77-78.
Un pronunciamiento categórico en contra de la eutanasia y el aborto probablemente por influjo de las doctrinas pitagóricas, contradiciendo la posición que predominaba en la época.

51 *Sobre las afecciones*. Corpus hippocraticum. Vol. III. 171.
Establecen aquí un concepto central en medicina que hoy conocemos como "principio de proporcionalidad terapéutica".

con su ciencia la enfermedad que sea. Hay que conocer, pues, las características naturales de estas dolencias, en qué medida están por encima de la resistencia de los cuerpos humanos y, al mismo tiempo, si hay algo divino en estas enfermedades y aprender a prever estos casos".[52]

La medicina persigue: *"apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina".*[53]

"Hay algunos que hacen reproches a la medicina también por motivo de los que no quieren tratar a los ya dominados por la enfermedad, diciendo que se medican aquellos casos que por sí mismos se curarían, pero los que necesitan de importante socorro no los toman en sus manos y que sería preciso, si fuera una ciencia la medicina, que los medicara a todos por igual".[54]

"Pues si alguno reclama a la ciencia lo que ni puede la ciencia, o a la naturaleza lo que no produce naturalmente, desconoce que su ignorancia es más afín a la locura que a la incultura".[55]

"Y si a pesar de que el médico trate correctamente, el paciente es vencido por la magnitud de la enfermedad, la culpa de esto no es del médico; pero, si por no tratar correctamente o no saber es vencido por la enfermedad, lo es del médico".[56]

"Desde luego que el devolver la salud a todos los enfermos es imposible".

"Cuando una persona sufre algún mal que es superior a los medios de la medicina, no se ha de esperar en modo alguno que éste pueda ser superado por la medicina".

"El hierro cura lo que los remedios son incapaces de curar. Y el fuego cura lo que no alcanza a curar el hierro. Lo que no se cura con remedios, con el hierro, ni con el fuego, debe considerarse como incurable".[57]

"Los hombres expertos en el arte, por ejemplo, el piloto y el médico eminentes, saben distinguir en su arte entre lo posible y lo imposible, y se hacen cargo de lo posible, abandonando lo imposible".[58]

Todos estos notables juicios que hemos reproducido textualmente fueron escritos por los médicos hipocráticos hace 2500 años. Ellos nos ayudan a encontrar respuesta a la pregunta inicial de si las herramientas clínicas básicas y los preceptos éticos de Hipócrates están o no vigentes en la actualidad y cuán determinantes son para el modo como entendemos y ejercemos la medicina.

Talvez, el juicio de dos eminentes estudiosos de la cultura griega resumen de un modo magistral el legado social, cultural y espiritual de la escuela hipocrática.

52 *El pronóstico.* Corpus hippocraticum. vol I. Op. cit. pp. 329-330.
53 *Sobre la ciencia médica*. Corpus hippocraticum. vol I. Op. cit. p. 111.
54 *Sobre la ciencia médica*. Tratados hipocráticos. vol I. p 115.
55 Op. cit.
56 *Sobre las afecciones*. Corpus hippocraticum. vol III. Op. cit. p. 151.
57 *Aforismos. Tratados hipocráticos.* vol. I. IV. Sección séptima. Op. cit. p. 296.
58 Estos párrafos se pueden interpretar como una advertencia sobre lo que hoy denominamos el empecinamiento terapéutico.

Así, según el filósofo y filólogo Werner Jaeger:

"Aunque no hubiese llegado a nosotros nada de la antigua literatura médica de los griegos, serían suficientes los juicios laudatorios de Platón sobre los médicos y su arte para llegar a la conclusión de que, al final del siglo V y el siglo IV a.C., representaron en la historia de la profesión médica un momento culminante de cotización social y espiritual. El médico aparece aquí como representante de una cultura especial del más alto refinamiento metódico y es, al propio tiempo, la encarnación de una ética profesional ejemplar por la proyección del saber sobre un fin ético de carácter práctico, la cual, por tanto, se invoca constantemente para inspirar confianza en la finalidad creadora del saber teórico en cuanto a la construcción de la vida humana."[59]

Por su parte, el Dr. Heinrich Haeser,[60] un distinguido historiador de la medicina, sintetizó con elocuencia lo esencial de la herencia de la escuela hipocrática a la medicina universal:

"Aunque los escritos hipocráticos no hubieran hecho nada más durante más de dos mil años que despertar y mantener vivos, en incontables individuos, el sentido de dignidad del arte médico y el honor de la profesión, por esa sola consideración, merecerían ser bendecidos por las generaciones posteriores".

Comentarios

Ac. Cruz-Coke. Agradezco la exposición del profesor Goic sobre los principios fundamentales de la medicina hipocrática. Ha sido presentada en forma muy concreta. Conozco todos sus trabajos anteriores sobre este tema. En realidad, el tema de la medicina hipocrática comenzó a ser considerado en Chile hace unos 40 años, cuando en nuestro medio se tradujo el juramento hipocrático y surgieron los problemas éticos. Se dieron cuenta que la ontología hipocrática era fundamental para el progreso de la medicina actual, debido a los grandes progresos de las ciencias. La ciencia moderna ha permitido en los últimos 200 años descubrir y curar enfermedades y prolongar la vida humana de un promedio de 25 años en el tiempo de Hipócrates a un promedio actual de 70 años. Hipócrates no compartía los actuales principios de las ciencias modernas, los que han sido identificados con el principio de la no contradicción, el principio de la identidad. Hipócrates sostenía el principio de totalidad. Decía: "si el hombre fuera único jamás sufriría"; la enfermedad era considerada como algo dependiente del tamaño de las molestias del enfermo y que se trataba de atacar con cualquier medio, no con medios técnicos. La ciencia moderna establece la posibilidad de transformar casos singulares en leyes universales. Más ahora con todos los grandes progresos tecnológicos de la física y la química moderna, prácticamente se ha producido un completo cambio en la orientación de la medicina. Actualmente, tenemos el gran problema que los médicos son bien educados en el arte de la medicina pero, al surgir las especialidades y las tecnologías, les cambió completamente la

59 Jaeger W. *Paideia*. México: Fondo de Cultura Económico. 1995.
60 Haeser H. "*Lehrbuch der Geschichte der Medicin*". vol 1: 210. En: Heidel WA. Hippocratic Medicine: 39.

visión de la medicina y ésta se transforma en tecnológica, alejando al médico de los principios ontológicos de Hipócrates.

Ac. Uauy. En relación al comentario del Dr. Cruz-Coke, él ha hecho un esfuerzo por presentar esto como dos polos; creo personalmente que, verlo así, es tomar la ciencia presente como un espejismo pero no la medicina. En la medicina es uno de los lugares donde ha habido la mejor ciencia y tecnología y sigue siendo lo mismo. En ese sentido, creo que la medicina es ciencia y arte; la ciencia ha ido mutando y uno podría quedar deslumbrado de que con esta ciencia vamos a retomar la medicina para reformularla; creo que en la práctica no se da eso. Donde hay buena ciencia y buena medicina se preserva un principio hipocrático.

Ac. Bravo. Muchas gracias, Dr. Goic. No cabe duda de la relevancia e importancia de todos los principios hipocráticos. De hecho, la experiencia nuestra es que, cuando se les enseñan estos principios a los alumnos al ingreso, todos quedan muy interesados; a todos les gusta, encuentran que realmente revela lo que ellos quieren. Sin embargo, durante el transcurso de la carrera, cuando uno evalúa años después, todo esto en la práctica se va perdiendo, desgraciadamente; no es porque desaparezcan los principios sino que la práctica los lleva a olvidarse un poco de todo lo que veían al comienzo de la carrera, como ilusión de lo que realmente querían hacer. Hay algunos estudios que se han hecho con nuestros alumnos y uno ve cómo en el transcurso de la carrera van perdiendo el sentido hipocrático y pareciera que es en la práctica clínica donde esto ocurre.

Ac. Dörr. Felicito al Dr. Goic por esta presentación, porque con ella nos ha transmitido la profunda emoción de constatar que hace 2500 años un grupo de médicos en torno a su maestro, Hipócrates, llegó a ideas de una validez eterna, porque no hay ninguna palabra, ninguna frase de los textos presentados por el Dr. Goic con la cual uno no pueda estar de acuerdo. En relación a los cambios a los que se refería el Dr. Cruz Coke, en efecto, la medicina se ha tecnologizado, pero hemos perdido al mismo tiempo muchas de las virtudes que tenía la medicina hipocrática, sobre todo en lo que se refiere a la relación médico-paciente.

Quisiera comentar algunos puntos específicos de la conferencia del Dr. Goic. Uno es el tema de la epilepsia. Ésta había sido siempre considerada como un mal sagrado o demoníaco, pero Hipócrates afirma con decisión que se trata de una enfermedad como cualquier otra y que tiene su causa en la naturaleza. En los siglos posteriores se olvidó esta visión hipocrática y volvió a interpretarse la epilepsia como un "morbus sacer" (enfermedad sagrada), hasta que a fines del siglo XIX y principios del XX se la consideró como una enfermedad mental, una de las enfermedades endógenas junto a la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva. Incluso se le atribuyó un biotipo distinto al de las otras dos, el atlético-displásico. Fue recién en los años 20 cuando se demostró, gracias al electroencefalograma, el origen orgánico de esta enfermedad, el mismo que Hipócrates había planteado 25 siglos antes. Ahora, lo importante desde la perspectiva histórica es que esta separación entre pensamiento mágico y pensamiento científico fue hecha también por Jesucristo hace 20 siglos. En

la tradición semítica las enfermedades eran atribuidas al pecado: quien enfermaba tenía que haber cometido alguna falta o trasgredido alguna norma. En una escena memorable del Evangelio, los fariseos le presentan a Cristo a un ciego de nacimiento y le hacen una pregunta sin solución en el marco de la cosmovisión semítica: ¿Quién pecó en el caso de este hombre, él o sus padres? Y Jesucristo es claro al responder: Ni él ni sus padres. Y luego, en un texto que no recuerdo con exactitud, da a entender que la enfermedad es algo natural, pero que siempre lleva en sí algo de misterio, porque está puesta ahí para que se manifieste a través de ella la gloria de Dios. Y él entonces sana al ciego de nacimiento.

Hay otros puntos que también me impresionaron en la presentación del Dr. Goic. Uno es el de la responsabilidad penal del médico que no actúa éticamente o que no dispone de los conocimientos que debería tener para atender a sus pacientes. Esta llamada "judicalización" de la medicina, que empezara hace 50 años en Estados Unidos y recién hace unos 20 en Chile, ya había sido planteada por Hipócrates hace 2500 años. Pero en la visión hipocrática no sólo se trata de respetar los principios éticos de la medicina, sino que abarca también una serie de condiciones que el médico debe cumplir, como vestirse bien, tener las uñas limpias, tener un buen olor, un buen lenguaje, etc., etc. Cuando uno ve a los jóvenes estudiantes de hoy vestidos con jeans y zapatillas de tenis siente verdadera nostalgia por la dignidad del médico hipocrático.

Quería referirme, por último, a otros dos puntos. El primero tiene que ver con la trascendencia que le otorga Hipócrates a la observación atenta de los signos, pues ella constituye la base absoluta de toda forma de medicina. Lo mismo va a plantear Aristóteles en el marco de la filosofía: ante todo la empiria, pues, como dirá Goethe muchos siglos más tarde, "toda verdadera empiria es ya una teoría". El otro punto que quisiera tocar es el de la distinción que hace el médico hipocrático entre lo posible y lo imposible. ¡Cuán importante es esto para el paciente, pero también para el médico! ¡Cuántas veces sufrimos ante la imposibilidad de hacer algo por el enfermo! Y esto conecta con el tema de cómo decirle al paciente la gravedad de su mal y su pronóstico. Es un tema muy discutido. En varias clínicas muy conocidas de Santiago está de moda comunicarle al paciente con toda crudeza la gravedad de su mal y la proximidad de su muerte. Para mí eso es un error garrafal. La verdad puede ser dicha, pero en una forma muy general y gradual, porque el paciente siempre conserva la esperanza y el médico no se la debe destruir. La información ha de concentrarse en la continuación del estudio de la enfermedad y en su tratamiento: haremos ahora este examen, luego tal otro, después aquél, etc.; el tratamiento dependerá del resultado de los exámenes, pero hay varias posibilidades, primero ésta, luego la otra, y por último, ésta de más allá. Esto hace que el tiempo del paciente adquiera una estructura y que no se le plantee con esa crudeza el límite absoluto de la muerte, porque es simplemente una crueldad, tan crueldad como la que implica la pena de muerte. La razón de que ésta no sea practicada en la mayor parte de los países civilizados es justamente esa: que el ser humano no debe conocer el día de su muerte. Esta prohibición ya se encuentra difundida en varios mitos griegos; más aun, el no saber cuándo uno se va a morir es una de las características fundamentales del ser humano.

Lo que nos ha presentado hoy el Dr. Goic sobre la medicina hipocrática es una lección para todos los médicos, un texto que no solo habría que leerlo, sino que rezarlo.

Ac. Las Heras. Quiero hacer un breve comentario a propósito de lo que el Dr. Dörr acaba de señalar y que yo estoy en total desacuerdo. Cuando hice mi doctorado en Canadá en el año 1974 era costumbre en las clínicas universitarias decirles a los pacientes la enfermedad que tenía, si había un mal pronóstico y las posibilidades de sobrevida que poseían; entre otras razones porque el paciente requiere organizar su vida, puede tener situaciones económicas, familiares que resolver y si uno no le dice la verdad en el momento, es posible que no le dé tiempo para solucionar y se le puede generar una situación compleja. En ese sentido, entiendo las razones humanitarias que él expresa y que quizás tengan un efecto positivo en el pronóstico del paciente porque le da esperanzas; pero, por otro lado, hoy hay una situación, muy moderna, lo que significa el mundo de las familias, los negocios, etc., por lo tanto es muy importante que sepa con claridad, antes, cuál es su pronóstico.

Ac. Valdivieso. Me agrego a las felicitaciones por la presentación del Dr. Goic. Realmente ha sido de extraordinaria profundidad y se refiere a una época, como lo hizo ver el Dr. Dörr, en que la razón –hasta lo que se podía usar en ese tiempo con la ciencia que se disponía– reemplaza en gran medida a la mitología y en gran medida también a algunas concepciones religiosas muy antiguas que ya existían al respecto. Enseguida, la humanización, que uno se puede imaginar que experimenta la medicina de ahí para adelante, en el trato de las personas y en la relación cercana entre el médico y el enfermo, cada uno desde su propio y especial punto de vista. Hay algo que quería comentarle al Dr. Goic: cuando se refiere al famoso aforismo de la ocasión fugaz, entiendo que cada vez que enfrentamos a un enfermo hay una ocasión y a veces esa ocasión no la vemos, y no me estoy refiriendo solo a los enfermos agudos de los servicios de urgencia que el salvar la vida, o prolongarla más bien, en ese momento pasa a ser lo determinante, sino que me estoy refiriendo a que cada enfermo bien observado del punto de vista clínico, puede presentar posibilidades que si al médico se le pasan en ese momento y no van a permitir un manejo humano ni razonable de ahí para adelante. Creo que en la medicina actual la presentación adecuada y excelsa de lo que yo entiendo por ocasión fugaz debiera estar presente también.

Ac. Armas (Presidente). Dr. Goic, felicitaciones. Fue una preciosa presentación; es mucho más para leerla que para oírla porque tiene demasiado contenido. Es evidente de que en los siglos transcurridos la medicina no es la misma, es sustancialmente distinta, el desarrollo de la técnica, los tiempos disponibles, el problema de los dineros, completamente distinto el ambiente en que se trabaja hoy día al que se trabajaba en esa época, pero hay temas tan centrales que se mantienen: la primacía en el enfermo, la necesidad de informar al paciente como corresponde, el reconocer las limitaciones propias, reconocer las mayores capacidades de otros; yo diría que los cimientos están. En la mayor parte de la carrera de medicina los estudiantes están en el ámbito que yo me muevo, la medicina interna, semiología, internado, las clínicas, etc.; entonces, las críticas que hace Mireya Bravo de que los estudiantes van perdiendo interés, me siento un poco responsable porque van perdiéndolo en un ambiente

en que nosotros estamos. Pero yo creo que no van perdiéndolo, quizás se va deteriorando; pero eso es un problema del tutor, eso no se va a enseñar leyendo, eso lo va a enseñar el tutor al lado de la cama del enfermo. Dentro de lo que nos expuso el Dr. Goic hubo una referencia a enseñarles a estar en el lugar adecuado; nosotros tenemos que hacer los lugares adecuados; el tutor no está para enseñar solo ciencia y técnica, el tutor está para enseñar la relación y la valoración de la persona enferma. Con el tiempo, me he dado cuenta que yo fui tutor y fui director de departamento, improvisé un poco, y a un tutor no le dábamos adiestramiento de cómo serlo. Creo que los valores hipocráticos es lo que nos puede enseñar y el tutor debe estar al lado de la cama o al lado del enfermo en el consultorio; que ese tutor tenga un adiestramiento en qué y cómo lo debe enseñar. Gracias, Dr. Goic.

Ac. Goic. Agradezco los comentarios. Creo que no hay ninguna contradicción entre la ciencia y la consideración del enfermo como persona. Ustedes saben que hay dos frases dichas en distintas épocas, que grafican este problema: la expresión "no hay enfermedades sino enfermos"; en el siglo XVII Sydeham diría todo lo contrario: "no hay enfermos sino enfermedades". Yo he estudiado los *Tratados hipocráticos* y no he encontrado la primera frase en esos términos textuales; obviamente que los médicos hipocráticos tenían una visión del enfermo como persona, como individuo, pero la expresión misma no es de Hipócrates. Esto me llevó hace algunos decenios a escribir un artículo tratando de explicar esta aparente contradicción. Creo que no hay ninguna contradicción. Una cosa es la ciencia, el saber especializado y la tecnología y, otra, el sujeto que está enfermo, que sufre no solo su enfermedad sino que también, a veces, los arrebatos de los médicos, como es el uso excesivo y muchas veces injustificado de la tecnología. Hay un médico norteamericano, Francis Peabody, que dijo "no hay contradicción entre la ciencia, el saber ser científico y el enfoque humanista de la medicina". A mí me parece que, lo que aquí se trata, es el olvido de un hecho fundamental, por lo que observamos hoy día en la práctica médica. A veces, algunos médicos no asumen que están enfrentando, no a un órgano enfermo ni a un hueso quebrado, sino que a una persona que está sufriendo –en sentido literal– una enfermedad. La obligación nuestra no es sólo corregir la fractura y colocarle yeso, sino que preocuparnos de lo que significa para el enfermo ese accidente que le trae una serie de consecuencias en su vida personal y familiar. En suma, no hay ninguna contradicción entre las dos facetas de la medicina mencionadas.

Pienso que lo que se ha llamado la deshumanización de la medicina, apunta al tema que ha surgido aquí en la discusión, en último término, significa que a veces los médicos separan al enfermo de su enfermedad. Este hecho fue lo que me llevó a escribir un nuevo libro que espero salga a la venta el próximo año y que he llamado "El enfermo escindido". Yo creo que es la propia medicina, por las necesidades de su ejercicio, de su progreso, de comunicación con sus pares y con los enfermos, la que lleva el germen de esta escisión, en razón de que hemos necesitado ponerle un nombre a las enfermedades, las entidades clínicas, que hemos tomado como una realidad objetiva, distinta y separada del sujeto que sufre una enfermedad, desconociendo su carácter solo instrumental.

A veces, tengo la sensación de que estas distinciones conceptuales no son debidamente acogidas en la práctica médica. Yo no estoy ejerciendo la medicina, pero uno es médico que, como el bautismo, "imprime carácter"; uno es médico desde que se recibe hasta que se muera, ejerza o no la medicina, porque aun cuando esté retirado recurren a uno los familiares, los amigos y conocidos y le consultan o piden opinión. Dos experiencias recientes. Una mujer consulta por dolores en el coxis que era su molestia principal; fue donde un ginecólogo, quien le hizo diversos exámenes, como ginecológico, ecografía intravaginal, etc.; luego, la derivó a un gastroenterólogo, quien le pidió nuevos exámenes, incluida una colonoscopía. Como persistía su molestia, por iniciativa propia, fue a ver a un médico acupunturista, quien fue el único de los tres médicos que le examinó la columna, encontrando un dolor agudo al palpar el coxis; ni el ginecólogo ni el gastroenterólogo lo hicieron, inexcusable en una paciente cuya molestia principal era dolor en el coxis.

Ejemplo dos: una señora, de hábito asténico, madre de cuatrillizos, colecistectomizada, evidentemente ansiosa, tuvo un episodio doloroso en el hipocondrio derecho, lo que la llevó a hospitalizarse en una clínica. Además, se quejaba de sabor metálico en la boca. Le hicieron un escáner de pulmón, ecografía abdominal y todos los exámenes sanguíneos; no se solicitó examen de orina. Le diagnosticaron reflujo gastroesofágico; una endoscopía alta no lo describía. Una pariente mía me pidió que la viera y le diera una opinión; la examiné y lo primero que encontré fue una marcada ptosis renal –tomé el riñón derecho entre mis dos manos–; no digo que sea el motivo de su dolor, pero todo hace presumir que no deben haberle palpado el abdomen. Le solicité un examen de orina y una radiografía de esófago, estómago y duodeno para estudiar reflujo gastroesofágico: no lo hay.

Entonces, algo está mal en el sentido siguiente: es correcto que se utilice la tecnología y todos los exámenes necesarios, pero no olvidar algo como primario es: saber interrogar adecuadamente y examinar minuciosamente al paciente y, además, indagar su estado emocional, sin perjuicio de pedir todos los exámenes necesarios. Eso es lo que nos enseña la medicina hipocrática: cómo se interroga y se examina en detalle al paciente. Este es el andamiaje médico de la medicina hipocrática que mantiene su vigencia y que, lamentablemente, hoy día muchos médicos no la utilizan correctamente y cometen errores o abusan del patrimonio de los pacientes.

DISCURSOS DE INCORPORACIÓN Y DE RECEPCIÓN DE ACADÉMICOS

DESDE CRISTALES A AUTOINMUNIDAD. CUATRO DÉCADAS DE REUMATOLOGÍA EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE[1]

Dr. Sergio Iacobelli G.

Académico de Número

Primera parte

Sr. Presidente de la Academia de Medicina, Srs. académicos, señoras y señores.

Estoy profundamente agradecido por la distinción que se me ha otorgado, al invitarme a integrar esta corporación. Este honor para mí es aún mayor, al ocupar la vacancia que dejara el profesor Dr. Julio Meneghello.

Él fue nuestro profesor de pediatría a fines de los cincuenta en el Hospital Arriarán y mi recuerdo vívido de él es verlo sentado junto a la cama de un niño enfermo, haciéndonos paso sobre el caso clínico que se presentaba, con lucidez, entusiasmo y claridad. Sin embargo, se nos escapaba en ese entonces el papel central que estaba desempeñando en el cambio radical de la pediatría en Chile.

El Dr. Meneghello fue un hombre extraordinario que por más de medio siglo contribuyó desde la academia y el servicio público a investigar con rigurosidad, formar con dedicación inagotable a cientos de profesionales y sobre todo a promover iniciativas de alto impacto en la supervivencia de muchas generaciones de niños chilenos y latinoamericanos.

La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, que llevó a una unificación de la atención de salud en Chile, se vio extraordinariamente potenciada por los contenidos programáticos que aportaron personas que trabajaban simultáneamente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y en el Servicio Nacional de Salud.

El gran inspirador de esa tendencia fue el médico pediatra, Dr. Julio Meneghello, quien describía muchos años después el origen de sus motivaciones. Decía que "nuestra historia se remonta hacia fines de la segunda guerra mundial, cuando surgió un movimiento universal, generalizado y de toma de conciencia de los aspectos biopsicosociales de la pediatría. A partir de entonces se pudo delimitar sus tres campos de influencia inseparables: asistencia, docencia e investigación".

Él describe los postulados del grupo que encabezaba del modo siguiente:

---

1 Discurso de incorporación pronunciado en sesión pública y solemne de fecha 18 de agosto de 2011.

Más interés por lo importante que por lo raro.
Más interés por las personas que por los casos.
Tanto interés por la prevención como por la curación.
Tanto interés por los padres y la familia como por el niño o niña.

El equipo del Dr. Meneghello desarrolló su acción a través de dos estructuras: el Centro de Adiestramiento e Investigación Materno Infantil y el laboratorio de investigaciones pediátricas. De este modo se integró, en un solo equipo humano, el trabajo docente y de investigación de la universidad con el trabajo asistencial del SNS, frente al gran desafío de la supervivencia de los niños.

Con el trabajo intenso de este grupo, se definieron los parámetros a estudiar, los que resultaron muy sólidos en sus conclusiones. A partir de esto, en la década de los sesenta, los Drs. Jorge Rosselot y Francisco Mardones, estrechos colaboradores del Dr. Meneghello, impulsaron una verdadera revolución en la supervivencia infantil en Chile. Esta aproximación a la investigación operacional en salud no existía en Chile y tampoco se había dado en otras partes del mundo en forma tan rigurosa y sistemática, tan relacionada con la realidad socio-económica y tan profunda en sus contenidos y metodología.

Todo este esfuerzo mantenido en el tiempo llevó a una muy exitosa disminución de la mortalidad infantil en Chile, desde 136,2 muertes por 1000 nacidos vivos en 1950 a 9,4 en 2000. Es especialmente notable la reducción de la mortalidad por neumonía y por infección intestinal.

El Dr. Meneghello fue un gigante de la pediatría chilena. Su legado académico, en la forma de un texto de estudio de pediatría, es un referente nacional y latinoamericano de la especialidad. En las próximas semanas saldrá la 8ª edición de este texto ya clásico de medicina infantil, conocido precisamente como "El Meneghello".

A mi modo de ver, y esto es relevante para esta Academia de Medicina, el legado del profesor Meneghello representa la encarnación del saber profundo, científico y probado en el tiempo, encarnado en el servicio de la comunidad y a favor del bien común.

Segunda parte

Al terminar la residencia de medicina interna, a mediados de los años sesenta, debíamos hacer un período de trabajo en provincia y junto con el Dr. Pablo Lira y su Sra. Carmen Tocornal, nos fuimos a Punta Arenas. Allá llegó en 1967, de vuelta de su beca en EEUU, el Dr. Antonio Reginato. Él venía de estar un año con el Dr. Hollander en Filadelfia y volvía entusiasmado con la irrupción en la medicina interna de un nuevo concepto, el de las artritis inducidas por cristales.

El Dr. Hollander junto con el Dr. McCarty, que era su residente, habían descrito en Filadelfia los cristales de Urato, responsables de la artritis de la Gota y el Dr. McCarty describió los cristales de Pirofosfato de Calcio, responsables de la Condrocalcinosis Articular, todo entre 1959 y 1962.

A fines de los años 50, los doctores Zitnan y Zitaj de Checoeslovaquia habían publicado datos sobre una nueva enfermedad que ellos llamaron Condrocalcinosis familiar y el Dr. McCarty, descubridor de los cristales de pirofosfato que él llamó Pseudogota, unió las dos entidades al percatarse que la Condrocalcinosis Articular familiar descrita por los doctores checos era producida por el depósito de cristales de pirofosfato de Calcio, descritos por él.

En realidad la descripción de la Condrocalcinosis articular familiar había sido hecha por el Dr. Manuel Losada y publicada en la Revista Médica de Chile el año 57, pero pasó desapercibida.

El entusiasmo del Dr. Reginato era muy comprensible, al haber estado los años 65-66 en Filadelfia, y además muy contagioso. Con él aprendí a reconocer el cuadro clínico de esta variedad de artropatías, a identificar los cristales en el líquido articular y luego a reconocer la Condrocalcinosis radiológica.

Mi beca posterior a trabajar con el Dr. McCarty, ahora en la Universidad de Chicago en 1970, pareció la consecuencia lógica de todo este trasfondo.

Esos dos años en Chicago fueron muy fructíferos. Creo que el aporte más importante en el que colaboré fue la descripción de una forma destructiva articular inducida por cristales de Pirofosfato, publicada en el Annals of Internal Medicine, que después fue corroborada por autores holandeses. Además realicé trabajo de laboratorio que ayudó a ir despejando el metabolismo del pirofosfato.

En Chile en tanto, el Dr. Reginato junto con el Dr. Fernando Valenzuela publicaban en la más importante revista de Reumatología del mundo, el estudio sobre Condrocalcinosis familiar en la isla de Chiloé. Colaboré posteriormente con ellos en 1974 y luego el 78 en expediciones de trabajo clínico en Chiloé, al mismo tiempo que publicaba en Arthritis and Rheumatism, mis datos sobre actividad de pirofosfatasas en el líquido sinovial.

Hacia fines de los setenta se empezó a conformar nuestro grupo de trabajo en la Universidad Católica de Chile, con la llegada del Dr. Santiago Rivero, formado en Inmunología Clínica en México, bajo la dirección del Dr. Donato Alarcón Segovia y luego con la Dra. Loreto Massardo que se formaría posteriormente en Inglaterra.

Con ellos empezamos a trabajar en la epidemiología del Lupus Eritematoso en Chile, datos que fueron de los primeros en Latinoamérica. En 1985 publicamos nuestros hallazgos sobre la disnea *sine materia* en el Lupus, trabajo que fue el más citado proveniente de Chile en esa época.

A mediados de los ochenta se nos hizo evidente que el progreso de la investigación en Reumatología iría de la mano con la investigación básica en nuestras enfermedades. Felizmente, a mediados de los ochenta, tuvimos la oportunidad de agregar a nuestro grupo al Dr. Alfonso González, quien volvía después de un postdoctorado de 5 años en la New York University. Con él empezó una muy fructífera colaboración que nos ha hecho estar presente en la frontera del conocimiento en nuestros

campos de investigación en Artritis Reumatoide y especialmente en Lupus Eritematoso Sistémico.

Así fue como aportamos estudios en la influencia de los genes HLA en la susceptibilidad y gravedad de la Artritis Reumatoide. En el Lupus, nuestra publicación en el Journal of Experimental Medicine sobre los anticuerpos anti P ribosomal en 2007, ha sido destacado como un notable hallazgo en la patogenia de las manifestaciones neuropsiquiátricas de esta enfermedad.

A partir del 2006 se incorporó como profesor asociado el Dr. Alexis Kalergis, biólogo con doctorado en inmunología y profesor en la Facultad de Ciencias Biológicas de esta Universidad. Esto nos dió nuevos impulsos, ahora directamente en Autoinmunidad, lo que nos ha valido nuevas publicaciones internacionales sobre el Lupus.

Desde los años ochenta y en los años sucesivos, se fueron incorporando nuevos reumatólogos al ahora Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología. El Dr. Miguel Gutiérrez, actual jefe del departamento, la Dra. María Eugenia Martínez, la Dra. Marcela Cisternas, la Dra. Paula Burgos, el Dr. Francisco Silva y la Dra. Josefina Durán han engrosado las filas de nuestro grupo. Con la ayuda de todos hemos formado decenas de reumatólogos que están trabajando a lo largo de Chile y aún en el extranjero.

…Y así fueron pasando estos cuarenta años.

Muchas gracias.

RECEPCIÓN DEL PROF. DR. SERGIO IACOBELLI GABRIELLI, COMO MIEMBRO DE NÚMERO EN LA ACADEMIA DE MEDICINA DEL INSTITUTO DE CHILE[1]

Dr. Vicente Valdivieso D.

Académico de Número

Desde hace muchos años, una pregunta ronda y se discute en las escuelas de medicina de todo el mundo: ¿puede un profesor impartir docencia clínica de excelencia y desarrollar simultáneamente una investigación original y productiva que alcance reconocimiento internacional? Sin duda que en nuestra generación esta hazaña ha sido muy difícil de lograr, y posiblemente lo sea cada día más.

Hoy tengo el honor y la alegría de recibir en nuestra Academia a un profesor que ha ejercido, y en alto grado, las dos actividades universitarias a las que se refiere la pregunta… y varias otras que también ha cumplido con generosidad y creatividad.

Sergio Iacobelli Gabrielli nació en 1938 y pasó su infancia en una propiedad rural cercana a San Felipe, que siempre ha recordado con cariño. Fue hijo de don Osvaldo, gran médico internista que trabajó en el valle de Aconcagua por cerca de 40 años y que por dos décadas dirigió el Hospital San Camilo de esa ciudad. Los Iacobelli provienen de Amelia, pequeña localidad cercana a Asís en la región de Umbría. Sergio y sus hermanos pertenecen a la segunda generación en Chile. Ellos constituyen una gran familia, un ejemplo más del valioso aporte de Italia a nuestro país.

Terminada su educación secundaria en el colegio San Ignacio de Santiago, donde fue un alumno muy destacado, Sergio ingresó a nuestra escuela de medicina en 1955, recibiendo su título de médico en 1962. Luego realizó una residencia en medicina interna en nuestro hospital y cumplió su período de posbeca en Punta Arenas con su gran amigo, el Dr. Pablo Lira. Como Uds. escucharon, conoció allí al Dr. Antonio Reginato, quien orientó definitivamente su vocación hacia la reumatología.

De vuelta en la escuela, en 1968 se despertó súbitamente en Sergio un notorio interés por las enfermedades respiratorias, sección del hospital que visitó tan asiduamente que terminó por conquistar a su encantadora secretaria, la Srta. Valentina del Piano, con quien se casó en 1970. Ya hablaremos de algunas consecuencias de tan sabia como apasionada decisión.

Poco después, el flamante matrimonio viajó a los EEUU y Sergio inició su formación en reumatología en la Universidad de Chicago, donde pasó dos años aprovechando al máximo la tutoría del gran profesor, clínico e investigador, el Dr. Daniel Mc Carty.

---

1 Discurso pronunciado en sesión pública y solemne de fecha 18 de agosto de 2011.

De regreso en Chile, se reincorporó a la escuela en el servicio de medicina del hospital Dr. Sótero del Río, e inició allí la atención y la docencia de su especialidad, dentro del contexto de la medicina interna. Hasta entonces no existía en nuestra escuela ningún profesor que hubiese elegido la reumatología como su campo de interés. A diferencia de muchos de nuestra generación, Sergio tiene el mérito de haber iniciado esta empresa sin precursor ni maestro local.

En 1974 se produjo la "departamentalización" de la escuela de medicina y nació la sección de reumatología, que en 1984 pasó a ser el Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, que Sergio fundó y dirigió hasta el año 2003.

Como profesor de clínica, es considerado unánimemente por los miembros de su departamento y por los especialistas que ha formado, como su maestro. Conversando con algunos de ellos, me describieron su talento para atender a los pacientes y, simultáneamente, enseñar como guía y modelo. La aparente simplicidad con la que obtiene la información semiológica mediante una comunicación profundamente humana, humilde y a la vez sensata, termina trasmitiéndose a sus alumnos. En Sergio la clínica forma parte de su estructura personal y está siempre dispuesto a ejercerla en cualquiera circunstancia con una energía y entrega que no parecen tener límite. Es muy reticente para solicitar exámenes complementarios, porque a menudo la sola exploración clínica y su gran experiencia le permiten predecir sus resultados. Vive conectado al progreso de su disciplina, pero no muestra enciclopedismo alguno: se apresura a reconocer lo que no sabe y ofrece averiguarlo si le es posible… y lo hace.

Su relación con los residentes es muy cercana. Al involucrarlos en la búsqueda del diagnóstico y del tratamiento, construye con ellos una asociación que termina imprimiéndoles su sello personal, sin atropellar su autonomía.

Desde hace 40 años Sergio viaja todos los lunes en la mañana al Hospital Sótero del Río, donde lo espera el cariño de sus enfermos y el respeto y la admiración de sus alumnos. De vez en cuando deja caer alguna de sus observaciones atesoradas por años: son sus "perlas clínicas", como le gusta llamarlas.

Su carrera docente ha sido impresionante: 30 años a cargo del curso de pregrado de reumatología y desde 1994 a la fecha del curso de inmunología clínica; y en el posgrado, 20 años como jefe del programa de formación de reumatólogos. Ha contribuido a formar a más de 30 de ellos, que ejercen a lo largo de Chile y en Latinoamérica.

El Dr. Iacobelli fue Presidente de la Sociedad Chilena de Reumatología, pero más allá de los cargos representativos, ha destacado su permanente afán por difundir los progresos de su especialidad y ayudar a mejorar su práctica. Ha respondido con generosidad a todas las invitaciones, sin desdeñar ningún auditorio por lejano o pequeño, en Chile o en el extranjero.

Su carrera como investigador ha sido igualmente notable y Uds. ya la han escuchado. Ella tiene sus raíces en una curiosidad que no descansa y que fue estimulada por los grandes profesores de ciencias básicas de nuestra escuela. También contribuyeron a su inquietud intelectual sus compañeros de curso, una promoción

excepcional de la que surgirían más tarde notables académicos, tanto en ciencias básicas como en clínica. Varios de ellos han jugado un rol fundamental en el desarrollo de nuestras facultades de medicina y de ciencias biológicas.

Desde la creación de su departamento, Sergio persiguió sin tregua ni desmayo la integración básico-clínica de su disciplina, consiguiendo que destacados investigadores de biología celular e inmunología se entusiasmaran con sus proyectos, aportando ideas y tecnología moderna a la búsqueda de mecanismos que explican las manifestaciones clínicas de enfermedades reumatológicas y autoinmunes. Así obtuvo la aprobación, como investigador responsable, de 8 proyectos FONDECYT, participando además en 5 como colaborador. Es también investigador principal de un proyecto de líneas complementarias y co-investigador del Instituto Milenio, además tiene 35 publicaciones internacionales en revistas de primer nivel y 42 publicaciones nacionales, que demuestran la calidad de esta tarea, que continúa hasta hoy. Gracias a ella ha obtenido múltiples premios, entre los que destacan el de esta Academia, que lo distinguió en 1999 por la línea de investigación en Lupus Eritematoso; y su nombramiento como Master del American College of Rheumatology, que le fuera entregado el año 2008. Recientemente la Facultad de Medicina de nuestra universidad le distinguió con el grado de Profesor Emérito. Además de los logros que les he contado, este honroso nombramiento premió la valiosa actuación de Sergio como Secretario Académico de la escuela, cargo que desempeñó por más de diez años, entre 1976 y 1986. Como Ministro de fe y depositario de la confianza de los profesores, fue universalmente respetado, en una época de serios conflictos internos. Su juicio ponderado y sereno contribuyó a acercar posiciones y buscar las mejores soluciones para garantizar el progreso de nuestra escuela.

El Dr. Iacobelli es un gran amante de la naturaleza. En los años recientes se ha dedicado con gran entusiasmo a subir los cerros de la cordillera central con viejos amigos del hospital Sótero del Río. También goza los veranos rodeado de hijos y nietos en su casa del lago Caburga. Aquí aparece acompañado de Valentina y de una azalea que crece y florece como solo se ve en nuestro sur.

Cuando su familia le celebró los 70 años, uno de sus hijos, de profesión publicista, identificó genialmente a cada personaje del clan Iacobelli-Del Piano con la figura de una matriuska. Se los presento: Sergio, nuestro flamante académico; Valentina, su encantadora señora; Francisco, ingeniero civil informático, trabaja en Chicago y tiene tres hijos; Valentina, psicóloga, madre de 4 hijos; Juan Ignacio, experto en sonido y estudios de grabación; Sergio, publicista y autor de estas matriuskas, trabajó por un tiempo en Brasil y está de regreso; Pedro, historiador, vivió becado en Australia y está continuando sus estudios en Japón; Teresita, actriz, que viene llegando de una temporada profesional en la India; y Bernardita, periodista, que trabaja en capacitación laboral para una ONG.

Como Uds. pueden ver, son personajes inquietos, muy variados, originales y amigos de recorrer el mundo.

Cuando se revisan las actividades de Sergio Iacobelli a lo largo de sus 49 años de médico y profesor universitario, ellas asombran por su variedad y por la calidad de sus resultados.

El Salmo 125 se refiere concisa y magistralmente al contraste entre las penurias de la siembra y la alegría de la cosecha. En una parte dice:

> " Los que sembraron entre lágrimas
> Cosechan entre cantares…."

Muchos de los presentes conocemos de cerca las grandes dificultades que suelen afectar a quienes pretendan sembrar en el campo universitario de nuestro país. Pero los resultados obtenidos por Sergio nos llenan de optimismo, pues la tierra es fértil, la semilla sana y la libertad académica el mejor de los fertilizantes. Sergio está viviendo la hora feliz de recoger los frutos, que han sido y continúan siendo abundantes.

¡Es entonces tiempo de cosechar entre cantares!

Dr. Sergio Iacobelli, ¡bienvenido a la Academia de Medicina del Instituto de Chile! ■

SEMINARIO
DESAFÍOS ACTUALES DE LA BIOÉTICA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Dra. Mireya Bravo Lechat[1]

El 28 de septiembre de 2011, la Academia Chilena de Medicina reunió a un grupo de expertos en bioética con líderes médicos del quehacer clínico, para estimular la reflexión y deliberación sobre algunos conflictos bioéticos que se presentan en el ejercicio actual de la medicina. El encuentro se efectuó en Santiago y asistieron 151 médicos. Los relatores y coordinadores de talleres fueron personas de indudable reconocimiento en la bioética nacional.

El programa incluyó conferencias y talleres. A continuación es muy grato para la Academia publicar el programa desarrollado en esa oportunidad y las conferencias dictadas.

Programa	
Presiden: Dr. Rodolfo Armas y Dra. Mireya Bravo	
Bienvenida y presentación del seminario	Dr. Rodolfo Armas
Exposiciones:	Autores
"Bioética: pasado, presente y futuro"	Dr. Fernando Lolas
"Los comités de Bioética en Chile: su rol y realidad de funcionamiento"	Dr. Ricardo Vacarezza
"Desafíos en los campos clínicos: docencia de la Bioética"	Dr. Patricio Michaud
Preguntas y comentarios a expositores	
Preside : Dr. Alejandro Goic	
"Criterios para la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas"	Dr. Juan Pablo Beca
"Decisiones en pacientes con capacidad disminuida"	Dr. Miguel Kottow
Preguntas y comentarios a expositores	
Talleres :	Presiden:
- *Problemas éticos al final de la vida*	Dr. Armando Ortiz
- *Ética de la relación clínica: Secreto médico. Confidencialidad. Comunicación de la verdad*	Drs. Iván Pérez y Sergio Valenzuela
- *Cuándo y cómo limitar tratamientos*	Drs. Alejandro Goic y Carlos Echeverría
- *Medicina Paliativa*	Drs. Paulina Taboada y Aurelio Carvallo
- *Conflictos de intereses en el quehacer médico.*	Drs. Mauricio Besio y Rodrigo Salinas
Presiden: Dra. Mireya Bravo y Dr. Rodolfo Armas	
Conclusiones de los talleres	
Cierre: Dra. Mireya Bravo	

1 Directora del Seminario: Desafíos Actuales de la Bioética Clínica, organizado por la Academia Chilena de Medicina, 28 de septiembre de 2011.

EXPOSICIONES

BIOÉTICA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO. UNA PERSPECTIVA PERSONAL[1]

Dr. Fernando Lolas Stepke[2]

A modo de preámbulo

Mi primer contacto con la palabra bioética ocurrió en 1986. Volvía yo de un viaje de estudio a Alemania y me detuve en Buenos Aires para presentar una obra que habíamos preparado con un grupo de psiquiatras en el marco de la Feria del Libro. Conocí allí a José Alberto Mainetti, de quien tenía referencias por haber visto la revista "*Quirón*" en la biblioteca del Instituto de Historia de la Medicina de Heidelberg. Con Mainetti visité la Universidad Nacional de La Plata, en la que había establecido una cátedra de humanidades médicas. Ya había publicado trabajos de recopilación de textos y un estudio sobre el cuerpo humano que puede considerarse una contribución latinoamericana a la historia de las ideas (1).

Mainetti organizaba cada año, en el mes de noviembre, un coloquio de bioética al cual concurrí muchas veces. Allí, en 1988, compartí con Diego Gracia las ideas germinales de lo que después serían los programas de maestría que la Universidad Complutense de Madrid ayudó a instalar en distintas universidades latinoamericanas.

En 1994 se formó el Programa Regional de Bioética, gracias a un acuerdo entre la Universidad de Chile, el gobierno chileno y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tuvo su sede en Santiago y trabajó en conjunto con el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la universidad, establecido en 1993 (2), mientras fui vicerrector de asuntos académicos y estudiantiles. El Programa de OPS, en la forma señalada, duró hasta el año 2010, experimentando diversos cambios de denominación y adscripción administrativa durante su existencia. Fue parte de la División de Salud y Desarrollo Humano, como unidad fue componente de *Information and Knowledge Management* y terminó integrando un grupo destinado a políticas de salud. Su continuidad se logró gracias a la evaluación favorable de los organismos consultivos y a los servicios prestados a entidades gubernamentales y privadas. Las diferentes adscripciones, con su consiguiente reformulación de cometidos y funciones, ilustran la incertidumbre administrativa respecto de los alcances, metas y tareas

1 Conferencia presentada en el Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011.

2 Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad de Chile. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Miami, USA, Director Centro Interdisciplinario de estudios en Bioética de la Universidad de Chile, Miembro Comité Internacional de Bioética UNESCO.

- Durante la preparación de este artículo, el autor recibió apoyo de la Fundación Alexander von Humboldt y del Grant NIH-Fogarty R25-TW6056-9.

de un grupo de trabajo en un área no bien comprendida y cuya legitimidad debió establecerse demostrando carácter utilitario (3).

La importancia del factor cualitativo en mejora de la calidad de los servicios y funciones debió ser destacada en numerosas ocasiones, al igual que la capacidad del consorcio universidad-gobierno chileno-OPS, para generar producción académica y sensibilizar a los agentes sociales. Una meta importante fue "informar" las políticas públicas mediante la reconsideración de sus implicaciones morales y crear una masa crítica de profesionales familiarizados con el discurso bioético en el continente. Se establecieron programas de maestría en distintas universidades latinoamericanas, se generó producción bibliográfica (series Estudios en Bioética y Bioética Social) incluyendo la revista *Acta Bioethica*, ahora indexada en relevantes bases de datos con buen índice de impacto, el Boletín *Bioética Informa* que registró la evolución de los temas bioéticos durante más de una década (4) y se asesoró a ministerios de salud en materias relevantes (informaciones en www.bioetica.uchile.cl y en www.actabioethica.cl) El consorcio presentó informes bienales y contribuyó a seminarios, congresos y programas académicos, además de obtener financiamiento para formación avanzada en ética de la investigación del *Fogarty Internacional Center* de los *National Institutes of Health* de Estados Unidos. Muchos programas de maestría generados en el decenio 2000-2010 se mantuvieron en sus instituciones (Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Universidad Nacional de Cuyo en Mendoza, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Universidad de Chile) y otros recibieron apoyo para su desarrollo e instalación ulterior. Los sitios *web* mencionados contienen los informes bienales.

En el año 2007, el CIEB fue designado Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Bioética, uno de los tres existentes en ese momento en el continente (junto con Miami y Toronto).

Mis observaciones sobre aspectos del discurso bioético en el ámbito institucional se justifican para explicitar la perspectiva desde la cual hablo. Ella es indispensable para una evaluación final, especialmente en un área de contornos tan difusos y de límites tan porosos como ésta. En realidad, en el contexto latinoamericano se ha hablado de bioética en los más diversos y hasta antagónicos contextos, con fortuna más o menos brillante o lamentables resultados.

La palabra bioética

Independientemente de su impacto inmediato, escaso, hoy reconocemos en Fritz Jahr (1895-1953) al creador de la palabra *Bio-Ethik*, en un artículo de la revista *Kosmos* de 1927. Su intención era proponer una disciplina académica que corporizara un "imperativo bioético" consistente en respetar la vida en todas sus formas (5). Complementa, amplía y somete a crítica el imperativo categórico de Kant y sugiere formas de relación entre seres vivos, al tiempo que pide exactitud terminológica, responsabilidad personal y social y propone una suerte de agenda de trabajo futuro.

Se repite con frecuencia el origen en Estados Unidos en la década de 1970, atribuyendo mérito a Van Rensselaer Potter y André Hellegers, al igual que la fundación de instituciones señeras en ese país como el *Kennedy Institute* de la Universidad de Georgetown, el *Hastings Center* y otras (6) (7). La historia institucional ha sido contada muchas veces y es relevante señalar que tiene matices. Suele indicarse, por ejemplo, que muchos asuntos que luego fueron "temas" bioéticos existían antes de la consolidación terminológica, como los comités hospitalarios, que aparentemente tuvieron su origen en Seattle en 1962, o la doctrina del consentimiento informado, que antecede con mucho a la instauración de la neo-bioética estadounidense.

Puede afirmarse que el neologismo causó impacto y se convirtió en moda. Permitió repetir banalidades como la de que es una unión entre *bios* y *ethos* y, con algo más de agudeza, que recaptura el espíritu de las "dos culturas" de C.P. Snow. Muchas actividades que solían identificarse como ética médica, humanidades médicas, ética de la investigación, defensa de derechos humanos, y otras, pasaron a ser rebautizadas como bioética en una evidente adaptación a la moda terminológica. Aparecieron "bioeticistas" en muchos lugares de Latinoamérica, a menudo invocando para sí un carácter pionero, organizando siempre "primeros" congresos o "primeros" seminarios y declarando hegemonías de diversa naturaleza. En Europa el término fue menos afortunado en las décadas finales del siglo XX, e incluso, gracias a ciertos espíritus exaltados, generó antipatías y resistencias.

Hoy puede considerarse un término de uso vulgar. Da pábulo a denominaciones institucionales, se ofrece como bien de mercado junto con cursos, diplomas, servicios, organizaciones y libros. Se ha lastrado por una inevitable polisemia que torna borrosos sus límites, afirma reputaciones en campos tan disímiles como la protección de los torturados políticos o las causas ecologistas. Puede considerarse, con todo, una adición positiva al lenguaje, toda vez que permite, en su porosidad, trabajos de interés realizados por intelectuales solventes. En realidad, si se examinan otros vocablos originados en la academia, puede comprobarse que algunos han sido afortunados y sobreviven precisamente gracias a su carácter variopinto.

Variedades de bioética

Aunque es conocimiento corriente entre quienes se interesan por este asunto, es conveniente repetir que existen diversas formas de bioética, algunas más legítimas que otras.

Por de pronto, la versión de Potter concebía la bioética como un puente hacia un futuro de salvación biológica y como una disciplina que, estimulando el respeto y el cuidado por la vida en el planeta, permitiera la supervivencia de la especie humana. Otros, quizá con más fortuna publicitaria, la reformularon como una versión avanzada de la ética médica. Su anclaje en los sistemas de investigación en salud y en los servicios sanitarios testimonia que ésta ha sido la connotación más relevante a lo largo de la historia institucional y académica (8). De hecho, los aspectos ecológicos y de biología general han sido a veces relegados a segundo plano, lo que llevó al propio

Potter, en sus publicaciones más tardías, a preferir la denominación "ética global" en lugar de bioética.

Desde el punto de vista de los niveles de análisis, cabría distinguir una *macrobioética*, abocada a los problemas generales de la biósfera y el ambiente, una *microbioética*, destinada a examinar las relaciones interpersonales en las díadas médico-enfermo o investigador-sujeto y, entre ambas, una *mesobioética*, orientada a dilucidar problemas societarios en el plano de las instituciones, la salud pública y la vida social.

Hay variantes de la bioética con temáticas específicas, como la bioética feminista, que suele condensarse en aproximaciones al papel de los géneros en las discusiones generales, o bioéticas confesionales, como las personalistas, católicas u otras, que la utilizan como instrumento de consolidación, esclarecimiento y propagación de un ideario preestablecido. Bajo diversas acepciones, existen lazos con las disciplinas psicológica, antropológica y económica, las cuales pueden ser englobadas en una suerte de bioética cultural, que tiene –o tendría– algo que decir en las discusiones políticas en los planos de gestión táctica de las naciones o en las orientaciones estratégicas de las legislaciones.

Por cierto, en cuanto a designaciones complementarias, el campo queda abierto para toda suerte de invenciones. Así, la eco-bioética cultivada por algunos trata de diferenciarse de los grupos que han abusado de la palabra bioética sin necesariamente contener novedades.

Hay quienes propugnan formas tercemundistas de bioética y las llaman bioética profunda o de intervención. La creatividad verbal en este dominio no suele ir aparejada con una contribución sustancial y solamente contribuye a subrayar orientaciones ideológicas y a difuminar los contornos de lo que, en rigor, todavía no constituye una disciplina formal.

Proceso, procedimiento y producto

Suelo referirme a esa compleja trama de ideas, relaciones y personas que hoy es la bioética, sugiriendo concebirla como un *proceso social* caracterizado por la incredulidad y la estupefacción de la gente ante desarrollos inesperados o indeseados de la ciencia y la tecnología en sus aplicaciones a los asuntos humanos. No de otro modo cabe considerar los efectos del juicio de Nüremberg a los médicos nacionalsocialistas, del caso *Tuskegee* y de tantos otros, como asimismo la generación del informe *Belmont*, la declaración de *Helsinki*, las normas y pautas de CIOMS, UNESCO y *Good Clinical Practice*. Se trata de procesos gatillados por hechos concretos que provocaron malestar o llamaron la atención del público. La mayoría de los textos fundacionales de la bioética son respuestas a acontecimientos descubiertos o comprendidos en un contexto particular. Podría afirmarse que son reinterpretaciones (en procesos de "resemiotización") de coyunturas sociales que posibilitaron nuevas miradas.

Como *procedimiento técnico* puede considerarse el establecimiento de deliberación en el seno de instituciones sociales creadas por el ideario democrático. Los

comités y comisiones, que arriban a conclusiones sobre temas conflictivos, sugieren que en el diálogo se encuentran, o podrían gestarse, soluciones a problemas perennes de la convivencia. La existencia de grupos de personas transformados en comités no asegura en modo alguno que se haya avanzado en una mejor labor o que sus decisiones sean mejores o más justas. A veces tales grupos, formados por un espíritu de imitación respecto de la cultura estadounidense, desconocen los motivos de su existencia, se han formado por presiones externas o decisiones administrativas y pueden ser mal usados como fuente de influencia o poder. La necesidad de normar y regular su constitución, funcionamiento, importancia o relevancia, lleva a una polifonía de experticias que reiteran triviales admoniciones y causan rechazo por parte de grupos o personas afectados por sus decisiones (como los científicos profesionales, por ejemplo). En algunos casos se tiene la impresión de que los comités son "soluciones en busca de problemas", pues su creación no obedece a sentidas demandas de las comunidades médica o científica sino a una cosmética social destinada a cumplir requisitos administrativos, mostrar eficiencia o satisfacer intereses individuales (9).

Finalmente, como *producto académico*, la bioética ya ocupa un lugar entre los saberes transables en el mercado universitario o profesional y en los servicios de consultoría. Puede constituir fundamento de prestigio institucional, por la aspiración de instituciones a veces modestas de exhibir sensibilidad moral, o avanzada institucionalidad, al ofrecer cursos avanzados que no siempre cuentan con personal o fundamentos idóneos. La oferta es abrumadora. La palabra "bioética" en los títulos de cursos, diplomados, programas y centros se ve con frecuencia y ha multiplicado su presencia de modo explosivo, aunque parece estabilizarse. Como decíamos, muchas veces se trata de reformulaciones de actividades ya existentes y no significan novedad o aportes originales.

Tras cada una de estas dimensiones del fenómeno "bioética" existen condicionantes sociales que ameritan estudio. Por ejemplo, la disyuntiva entre profesionalizar el ejercicio de la bioética o considerarla un saber auxiliar que debe infundirse en toda actividad. Al constituirse una comunidad de prácticas (cualquiera que ellas sean), que se supone coextensiva con una comunidad de ideas, se plantean asuntos propios de estas formaciones sociales. Empiezan los deseos de prestigio, las aspiraciones al liderazgo, la presión por publicar y obtener notoriedad y las conductas propias de las relaciones humanas competitivas. En más de alguna ocasión he señalado la conveniencia de examinar la "ética de la bioética" en Latinoamérica. La constitución de discurso y práctica de algo que aparentemente constituye un campo de trabajo que brinda –o puede brindar– dinero, prestigio o poder, no escapa a las inevitables deformaciones de los oficios. Observamos malas prácticas, intolerancias, sectarismos, descalificaciones y dudosas actividades.

También, en el plano académico, las típicas deformaciones del plagio, la falsificación y la adulteración de resultados y publicaciones. Lo cual indica que no porque alguien diga practicar bioética se comporta siempre éticamente.

En camino hacia las competencias bioéticas

Ignorando las manifestaciones de profesionalización, a veces injustificadas o simplemente inadecuadas, puede decirse que en nuestro continente tenemos usuarios de un discurso bioético. La problemática asociada a una masa crítica razonable y a una contribución original al acervo mundial está aún por estudiarse, pero puede decirse que hoy no hay ningún país del ámbito latinoamericano en el cual no se haya escuchado hablar de bioética, con esperables matices y diversa profundidad. Su adaptación está inevitablemente marcada por el contexto del continente y sobran por ello unas pintorescas llamadas a "hacer" bioética latinoamericana. En su ingenuidad y en su reclamo "antiimperialista" y "contracultural", ellas no hacen sino reafirmar el carácter inmaduro o de consigna de quienes las formulan. Si personas haciendo estos reclamos no existieran, habría que inventarlas. Constituyen un sano recordatorio de cuánto falta para asimilar las demandas de una academia solvente en una noosfera globalizada.

Tras más de una década visitando diversos países, asesorando instituciones, resolviendo conflictos de varia apariencia y escuchando las más peregrinas propuestas, he llegado a diversos convencimientos. Superado el uso malintencionado del término (en su carácter simbólico y cosmético), asumidas las consecuencias de existir un grupo humano con todas las debilidades y fortalezas que eso supone, el aporte final del discurso bioético debiera traducirse en algunas competencias sociales deseables.

La primera de ellas es hacer efectivo el ideario del diálogo libre, abierto y tolerante. Por cierto, asumir los papeles sociales de cada agente o actor social no siempre es sencillo. Pero es evidente que los profesionales, los políticos o los ciudadanos en general tienen ascendiente debido a diversos factores. Algunos dependen de cualidades personales de liderazgo o capacidad. Otros, de la posición social o económica. Hay quienes, como los profesionales, dependen de los conocimientos acreditados como relevantes por la comunidad. En la consecución de objetivos individuales y comunitarios, hacer realidad el diálogo productivo probablemente no depende de más o menos alfabetización en documentos y teorías sino en la comprensión cabal de lo que significan las doctrinas y teorías puestas al servicio de la convivencia. En este punto, comprendida la flexibilidad del discurso bioético, debe constituir un complemento y contrapeso al discurso jurídico y legitimar las distintas racionalidades que operan en una comunidad. Hay heterogeneidad en cuanto a intereses, expectativas, deseos, y ello es parte de las realidades que debe enfrentar la posmodernidad ilustrada. En este punto, una adecuada utilización del discurso bioético debiera producir competencias apropiadas.

Quizá la competencia bioética de saber integrar las identidades de persona, género, creyente, científico, miembro de un grupo étnico o religioso, deba situarse en segundo lugar. Cada deliberación y cada cambio de impresiones llevan a una confrontación entre las convicciones personales y las consecuencias de las acciones. Max Weber distinguía entre una *Gesinnungsethik* y una *Verantwortungsethik*, una ética de las convicciones y una ética de la responsabilidad. En el seno de los comités y de

cualquier cuerpo deliberante se producen "momentos deontológicos" (guiados por convicciones personales que imponen deberes acatados por quienes las comparten) y "momentos teleológicos" (caracterizados por un análisis de finalidades y consecuencias). A menudo, privilegiar uno de estos puntos de vista puede depender del papel social individual, real o sentido. El formulador de políticas sociales, el planificador, el responsable de la salud comunitaria debe considerar las consecuencias sociales en un grado mayor que sus preferencias personales cuando labora para la comunidad. El creyente, en cuanto creyente, puede manifestarse como un extraño moral frente a creyentes de otras persuasiones en la medida que no vulnere los derechos universales de opinión y expresión. Por cierto, como acreditan las continuas reyertas públicas sobre temas como el aborto, la eutanasia, la asistencia equitativa y otros, bajo ningún concepto pudiera decirse que esta competencia bioética entre en el número de lo que podría llamarse "alfabetización popular". Las masas, las instruidas y las ignorantes, se comportan exactamente igual que si no hubiera herramientas de discusión y diálogo y trasladan a la esfera de lo personal las tensiones ideológicas de su entorno.

La identificación y formulación adecuada de conflictos es una competencia que debe aprenderse y puede enseñarse. En el clima de principialismo que impera en Latinoamérica suele identificarse un conflicto cuando dos o más principios, aunados en un resultado, producen efectos o consecuencias discrepantes. Así, la beneficencia puede a veces anteponerse a la autonomía y el resultado es el paternalismo de algunas profesiones, como la médica. Si bien esta postura utilitarista, derivada de un principialismo más o menos simple, puede servir para identificar conflictos, no cabe duda que un cultivo adecuado de virtudes morales permite indicar cursos de acción apropiados o, lo que sería mejor, identificar aquellos núcleos no conflictuales ni conflictivos en los que existe acuerdo, a veces implícito. Confundir "fundamentación técnica" con "justificación moral" suele ser una actitud frecuente en tecnocientistas. Algo factible se convierte en algo permisible bajo esta óptica. Hay que considerar que la formulación de principios ha de ser razonada (racional) y razonable (sensata). Este ejercicio es algo distinto de la explicitación de tales principios en casos hipotéticos o de su aplicación en situaciones concretas. Los planos jurídico y político no deben ignorarse, pues modulan las formulaciones, inciden en las explicaciones y afectan las decisiones.

Algunos temas relevantes

De nuevo, identificar áreas, temas y tendencias depende de la "ubicación" de quien lo hace como individuo o miembro de algún colectivo. Es indudable que la experiencia vital puede matizar los juicios y las posturas. Por eso, la importancia relativa de cada afirmación debe considerar al hablante y su circunstancia.

Puede decirse que en Latinoamérica vivimos una "transición bioética", semejante a la transición epidemiológica, según la cual viejas enfermedades del subdesarrollo coexisten con "nuevas" enfermedades de la sociedad civilizada o pudiente. En tal sentido, los problemas "microbioéticos" de la relación entre personas (médicos y

enfermos, investigadores y sujetos, planificadores y ejecutores, financiadores y aplicadores) y los problemas "macrobioéticos" de ética ambiental, ecoética y relación con otras especies, acompañan a los problemas "mesobioéticos" ("entre" los anteriores), relacionados con la estructuración institucional de las comunidades para afrontar los desafíos de la vida en común (educación, salud, bienestar). Puede sugerirse que son éstos los que mayor esfuerzo demandarán en el futuro del continente latinoamericano. Las inequidades en el acceso al conocimiento y la salud, el goce pleno de los beneficios de la civilización, la justicia necesaria en la formulación e implementación de políticas, el control de la corrupción pública y privada son temas que deben estar presentes en cualquier agenda relacionada con la tecnociencia y sus aportes a la vida social (10).

Ello no significa minimizar el análisis permanente de la integridad en la investigación científica, el consentimiento informado en las decisiones de expertos y profanos, la auscultación de los fundamentos filosóficos y morales de las prácticas sociales y la comunicación y alfabetización científicas. Se trata solamente de destacar que la preocupación bioética discurre por temáticas diversas al tenor de situaciones y coyunturas sociales. Y que, como cabría esperar de cualquier movimiento intelectual, el bioético oscilará entre diversas temáticas, con ponderaciones dependientes del clima social global, de los intereses particulares de las elites dominantes y de los desafíos concretos a que se enfrenten las sociedades. Para mí, la prospección de núcleos conflictivos será una tarea muy importante, pero no muy evidente para quienes practiquen la bioética en el futuro. Es recomendable una actitud ética *proactiva*, esto es, adelantarse a los problemas examinando el ejemplo de otras sociedades que ya los han tenido, y en todo caso preferible a una postura *reactiva*, que trata de responder a los problemas cuando ya se han presentado. Esta bioética anticipatoria es, como he dicho en otros sitios, un ejercicio de imaginación moral (11). Debemos hablar y pensar por los que no tienen voz, porque no se las han dado nuestras sociedades o porque aún no han nacido. Las generaciones futuras no solamente debieran gozar de bienes tecnológicos sino de una conciencia vigilante de quienes les precedieron, legándoles un ambiente saludable, una sociedad equilibrada sin corrupciones y unas desviaciones de lo humano que al menos estén conocidas y controladas. Ese derecho de los "aún no nacidos" no solamente se extiende a los que están por nacer, sino a las futuras cohortes de individuos humanos y no humanos.

Cuando hablo de sustentabilidad y sostenibilidad éticas aludo a lo que estas palabras sugieren de estabilidad y viabilidad económicas, pero en el plano de las decisiones morales (12). Además, uso una propiedad de la lengua castellana, en la cual sostenibilidad alude a la permanencia en el tiempo y sustentabilidad al buen argumento. Necesitamos decisiones y políticas públicas éticamente sustentables con buenas razones y sostenibles con apropiados medios económicos o sociales. Esta es una razonable actitud prospectiva.

Cualquier otra es palabrería vana. He hablado ante decenas de auditorios entusiasmados con la bioética, que luego enfrentan sus expectativas con la negativa de instituciones y gobiernos a considerarla una actividad útil. Eso se refleja en que la

pertenencia a comités y comisiones no cuenta como trabajo real en los sistemas académico y sanitario, en que los comités deben funcionar sin infraestructura mínima y en que insumos para trabajo razonable faltan o son inadecuados. Todo el mundo, especialmente los funcionarios y burócratas, aseguran tener a la ética entre sus más preciadas adquisiciones, pero cuando llega el momento eso no se refleja en los presupuestos, que son conceptualmente la expresión concreta de las prioridades. En nuestro mundo de apariencias, ello ha llevado a que personas de buena voluntad o deseosas de perfil público positivo se adueñen de lo bioético e impidan una armoniosa institucionalización anclada en el respeto social.

Es probable que ningún intento de presentar el futuro de la bioética esté completo sin alguna proposición educativa. Aquí encontramos los habituales virtuosismos de los pedagogos, que se supone saben enseñar mas no siempre saben qué enseñar. Métodos para fomentar actitudes, competencias, habilidades, destrezas, generar autonomía intelectual, producir conocimientos, todo eso, y más, se encuentra en la jungla de publicaciones sobre educación en bioética. Como otras de este género, no todas se caracterizan por profundidad u originalidad. La bioética, como designación de contenidos, ya encuentra lugar en los programas de estudios de profesionales de ciencias de la salud, de ciencias biológicas y de otras áreas. En Latinoamérica, la cantidad de programas de postgrado o postítulo que ostentan el término en su denominación es enorme. La última vez que hice un recuento, el número superaba los cuatrocientos, la mayoría como maestrías, diplomados o programas de especialización. Su carácter varía ampliamente, desde algunos con más de ochocientas horas de trabajo hasta otros, más livianos, que se imparten como actividades de fin de semana o cursillos que no ocultan su función recreacional. La importancia del factor económico en estas actividades de divulgación no debiera desestimarse.

Independientemente de que debo confesar mi participación al instalar numerosos programas y producir sugerencias para su desarrollo en diferentes instituciones (13) (14) (15) (16), mi reflexión de síntesis no puede ignorar un hecho que merece examen. Casi en cualquier sitio que he visitado en los últimos quince años, desde los más sofisticados hasta los más humildes desde el punto de vista académico, la petición es ayuda para instalar un programa de maestría o de especialización. En el último tiempo, las ideas apuntan a doctorados. Mi respuesta, al comienzo, era de estímulo irrestricto. De hecho, como partícipe de tantas iniciativas, me congratulaba al pensar que generaríamos una masa de graduados conocedores del tema y poseedores de herramientas conceptuales y prácticas para desarrollar comités, asesorías y trabajos. A la vuelta de unos años, comprendí que había algo incompleto o, mejor aún, inconcluso. El ciclo de absorción de una especialidad académica no se acaba con la promoción de algunos egresados. Debe pensarse en su asimilación real a las prácticas universitarias o asistenciales. Y es ahí donde vuelvo a mi argumento previo: no tenemos reales posibilidades de empleo para estos graduados en bioética porque, con todo el manido recurso a su importancia, nuestras instituciones no saben cómo y dónde situarlos y mucho menos consideran que debe remunerarse su actividad en cuanto tal, puede haber deseo e incluso necesidad de bioética pero no hay demanda

real de ella. Pues cuando hay demanda, hay formas de financiar aquello que se desea o necesita. Así, tenemos graduados y diplomados que siguen haciendo lo que hacían antes de sus cursos, sin que sus nuevas competencias o conocimientos sean honrados con reconocimientos reales (poder, prestigio o/y dinero).

No quiero adelantar juicios. Solamente mostrar experiencias. Pero que quede para quienes piensan la bioética en nuestras latitudes el desafío de formular algunas propuestas. Porque si bien reconocemos la importancia de este conjunto de temas y de su forma de abordarlos, su estructuración final exige aún mayores precisiones.

Una observación respecto de las instituciones sociales engendradas por el discurso bioético. Hoy tenemos comités de ética hospitalaria, comités de ética de la investigación y comités de ética profesional (en sociedades científicas y en agrupaciones legalmente constituidas). Sus funciones son diversas, como asimismo es diverso su peso político y social. La estructura de cuerpo deliberante es la que se juzga apropiada para fomentar el diálogo.

Pero, obviamente, juzgar la "eticidad" de acciones puede ser también materia de asesorías bien conducidas. El campo de reflexión es aquí inmenso porque muchas veces se olvida que los comités son un medio, no un fin en sí mismo. En algunas ocasiones, me he encontrado con personas que piensan que formando un grupo, bajo la denominación de comités de ética, el problema está resuelto. Como en el caso de las leyes, cuya existencia no asegura su respeto, los comités no aseguran, por su solo existir, que las cosas funcionen bien. Materia para reflexiones en el futuro.

De predecir el futuro no puede hablarse. Sí de los deseos y las expectativas que cabe abrigar. Por de pronto, quizá sea conveniente un núcleo de pensadores que profesionalicen el quehacer y el discurso bioéticos. Pero más importante es que las competencias bioéticas se integren a todas las prácticas sociales, especialmente a aquellas que se codifican como profesiones.

Referencias

1 Lolas, F. El discurso bioético. Una anécdota personal. *Quirón* (La Plata) 25:28-30, 1994.
2 Lolas, F. Bioética en la Universidad de Chile. *Anales de la Universidad de Chile*, Sexta Serie Nº 8: 13-18, 1998. (Número especial de Anales dedicado a BIOÉTICA).
3 Lolas, F. Towards a value-based public health in Latin America and the Caribbean. The work of PAHO bioethics program. En Lolas, F (editor). *Dimensiones éticas de las regulaciones en salud,* Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, Monografías de ACTA BIOETHICA N° 3, Santiago de Chile, 2009 (pp. 389-401).
4 Lolas, F. Bioética en América Latina. Una década de evolución. *Monografías de Acta Bioethica Nª4*, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, 2010.
5 Lolas, F. Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research* (Santiago) 41: 119-123, 2008.
6 Lolas, F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1998 (2ª edición, Mediterráneo, 2000 y numerosas reimpresiones) (hay ediciones en inglés y portugués).
7 Lolas, F. *Temas de Bioética*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2000.
8 Lolas, F. *Bioética y Medicina*. Editorial Biblioteca Americana, Santiago de Chile, 2002.

9 Lolas, F. Comités de bioética en la investigación psiquiátrica. Una respuesta en busca de preguntas. *Salud Mental* (México) 26 (4): 25-29, 2003.
10 Lolas, F. Public health and social justice. Toward ethical sustainability in healthcare and research. *Acta Bioethica* (Santiago) IX (2): 189-194, 2003.
11 Lolas, F. Bioethical narratives: Toward the construction of social space for moral imagination. *International Journal of Bioethics* 7(1): 53-55, 1996.
12 Lolas, F. Bioethical sustainability. Towards a value-based epistemic community in the life sciences and healthcare. In UNESCO (París). *National Bioethics Committees in action*. UNESCO, París, 2010 (pp.113-115).
13 Fracapani, M., Lolas, F., Fazio, M.C. La calidad educativa en la formación de postgrado en bioética. El Programa de Maestría en Bioética de la Universidad Nacional de Cuyo. *Acta Bioethica* (Santiago de Chile) 11:203-215, 2005.
14 Outomuro D, Lolas F. La Bioética como desafío en la formación médica. Hacia una medicina basada en la persona. *Jurisprudencia Argentina* 2009; Vol. 1, n ° 8, pp. 89-92.
15 Garbi Novaes, R., Garrezz Novaes, L., Guilhem, D., Lolas, F., Silveira, C., Guiotti, M. Insercao dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola pública no Distrito Federal, Brasil. *Acta Bioethica* 15(2): 202-211, 2009.
16 Education in Bioethics. Roundtable position paper, VIIth Session of the International Bioethics Committee of UNESCO, Quito, Ecuador, November 7, 2000.

LOS COMITÉS DE BIOÉTICA EN CHILE: SU ROL Y REALIDAD DE FUNCIONAMIENTO[1]

Dr. Ricardo Vacarezza Y.[2]

Bioética en estudios clínicos

La investigación científica en seres humanos es una actividad cuyo propósito es adquirir conocimiento generalizables o contribuir a su adquisición, para lo cual deben compatibilizarse el fin primario de la medicina (procurar el bien del paciente) con la generación de nuevos conocimientos y el bien e interés de la sociedad (1).

Hay 3 aspectos sobre los que, desde el punto de vista ético, es necesario actuar:

- Regulación de las prácticas
- Formación de los investigadores
- Elaboración de una política de la investigación.

1.- Son numerosos los documentos internacionales que pretenden normar y regular las prácticas. Citaremos solo los más importantes:

- Código de Nürenberg 1947
- Declaración de Helsinki 1964, con las siguientes revisiones: Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Sudáfrica 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002 y Seúl 2008
- Comisión Nacional para la Protección de Sujetos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. Informe Belmont 1978
- Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS) 1982-1996
- Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles 1996
- Conferencia Internacional de Armonización ICH (Agrupa a EEUU, Europa y Japón). Establece las buenas prácticas clínicas
- Nuffield Council on Bioettics. London 2002.

En la consideración de los documentos internacionales, es necesario tener presente que los textos y las normas no siempre tienen una sola lectura, y que sus significados pueden ser múltiples, lo que los expone a una comprensión inadecuada y a la tergiversación, intencionada o no, o al desconocimiento. Es lo que ha ocurrido con el

---

1 Conferencia presentada en Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011.

2 Profesor de Bioética, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Secretario Comité Ético Hospitalario, Hospital Salvador. Miembro del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Miembro Grupo de Ética de la Sociedad Médica de Santiago.

polémico artículo 29 de la Declaración de Helsinki, que en gran parte es responsable de las numerosas revisiones que ha sufrido dicha declaración.

No es el objetivo de esta presentación ahondar en las numerosas normas y directivas que regulan la investigación científica, pero creo conveniente señalar algunas que guardan relación con el tema central.

Pauta 8 CIOMS. El investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén "razonablemente" balanceados (uno de los problemas de las declaraciones internacionales que ha dado lugar a las mayores controversias es el empleo de palabras ambiguas como razonables, probados, aprobados, etc.).

Se entiende que proporcionar un beneficio implica necesariamente hacer un balance entre lo positivo y lo negativo y que ese balance sea positivo, lo que le da validez a la investigación.

Para E. Emmanuel, no existe un marco determinado sobre cómo se deben balancear los beneficios, especialmente los beneficios sociales.

Sin embargo, esta evaluación es indispensable hacerla, y son los investigadores y los CEC, los encargados de hacerlo.

Así lo establece la Pauta N° 2 de la CIOMS: "Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación ética científica".

La evaluación de riesgo y daño se ha convertido en uno de los cometidos más centrales de los comités de ética de la investigación.

La relación que establece el CEC con los sujetos de investigación es semejante a la relación médico-paciente, y en este vínculo debe vigilar que se cumplan los principios y deberes que lo rigen. Si un CEC actúa con ligereza, quiebra esa relación de confianza, e incluso puede ser acusado de negligencia.

2.- Formación de los investigadores:

"Sin investigadores éticos, no hay investigación ética".

Ningún comité de ética reemplazará las cualidades éticas del investigador.

Lo establece Helsinki en su artículo 11: "En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la autonomía, la intimidad y la confidencialidad de las personas que participan en investigación.

El documento "Ética de la Investigación relativa a la atención sanitaria en los países en desarrollo", del Nuffield Council on Bioethics, en su N°10-17 establece que: "Los patrocinadores de investigaciones nacionales e internacionales deben garantizar la formación y capacitación en la ética de la investigación de todos los profesionales que participan en la investigación…"

3.- Políticas de investigación:

Al respecto señalaremos solo lo establecido en la pauta 10 de la CIOMS "Debe garantizarse que la investigación responde a las necesidades y prioridades de la población en la que se realiza".

Lo anterior constituye uno de los principales dilemas para los CEC, por cuanto la investigación que proponen los grandes consorcios farmacéuticos internacionales corresponde más a sus intereses comerciales que a las "prioridades de la población en que se realiza".

El Artículo 17 de Helsinki insiste en ello: "La investigación médica… solo se justifica si responde a las necesidades y prioridades de salud de esa población o comunidad, y si existen posibilidades 'razonables' de que esa población o comunidad se beneficie con esa investigación".

La pregunta es: ¿Existe en Chile una política de investigación que cumpla con esta normativa?

Para terminar, mencionaremos algunas de las condiciones que requieren los CEC para su buen funcionamiento:

- Planta física adecuada
- Personal administrativo
- Reconocimiento de la autoridad
- Independencia
- Manejo de los ingresos
- Condiciones para efectuar seguimiento de los estudios.

Y algunos temas que deben definirse, tales como:

- Normas de acreditación para nuevos comités
- Funcionamiento en red
- Resguardo de los pacientes en caso de muerte o incapacidad parcial o permanente
- Posibilidades de sanción a los investigadores.

Referencias

1. Valdivieso A. Ética de la Investigación Clínica. Boletín de la Escuela de Medicina PUC Vol. 27; N°8 1998 - 27-33.
2. Charlotte Bousseau. Aspectos Éticos a considerar en la investigación científica y epidemiológica. MINSAL - Julio 2001.
3. F. Lobos y D.Autumoro. Bioética y Salud Pública.
Investigación en salud. Dimensión ética. CIEB. Universidad de Chile 2006 - pág. 105.

Comités de ética hospitalaria (ceh)

Actualmente hay un acuerdo a nivel de reglamentos y de normas de llamarlos Comités de Ética Asistenciales (CEA).

Algunos autores consideran como primer antecedente de los comités de ética hospitalaria, al comité constituido en 1962 por Baldia Seribner en Seatle para decidir qué pacientes renales crónicos accederían a hemodiálisis, cuando las máquinas de hemodiálisis eran escasas.

Sin embargo, el primer comité hospitalario de ética que se conoce fue creado en la Morris View Nursing Home (New Jersey USA) en 1976, para decidir continuar o no el tratamiento en el célebre caso de Karen Ann Quinlan, una adolescente en coma profundo y conectada a respirador mecánico (1).

En 1979 la "Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento", que elaboró el Informe Belmond, recomienda la creación de los comités de ética hospitalarios.

En 1987 se promulga en EEUU una ley que obligaba a los hospitales a constituir comités de bioética (2).

El CEH o CEA se define tradicionalmente como un grupo interdisciplinario de personas que, dentro de una institución sanitaria, ha sido especialmente establecido para aconsejar a los profesionales de la salud en sus decisiones sobre las cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica (3).

Me interesa en forma particular la definición de Jacob Bronowski, quien sostiene que son grupos de profesionales en diferentes áreas y de representantes de la comunidad, ideológicamente pluralista y científicamente pluridisciplinaria, cuya función primordial es ser la conciencia ética de la institución a la cual pertenecen (4).

Señalo especialmente "conciencia ética de la institución" porque este concepto lo liga estrechamente al de "Ética de las Instituciones Sanitarias" propuesto por Adela Cortina y por Pablo Simón (5).

En Chile, la resolución exenta N° 134, del MISAL de febrero de 1994, aprueba las normas generales sobre los comités de ética de los servicios de salud.

Los diversos servicios de salud fijan la nómina de los hospitales que deben tener comités de ética. Estos comités mantienen la dependencia de las direcciones de los hospitales.

En abril de 2001, los 28 servicios de salud firman un compromiso de gestión en que separan los comités ético científicos de los comités de ética hospitalarios, y se fija como meta nacional para ese año, constituir una red nacional de comités de ética hospitalarios y comités ético científicos.

Los CEH se caracterizan por ser pluridisciplinarios, pluralistas, independientes, y mixtos y se fijan sus funciones como consultivas, educativas, normativas y "otras".

Las funciones consultivas se refieren al análisis de conflictos éticos en casos clínicos, que afecten a los médicos, al personal de enfermería o a los familiares de los pacientes.

Se han propuesto diferentes sistemas de análisis de dichos conflictos éticos (6) (7), pudiendo considerarse además la enseñanza que deja el análisis de situaciones semejantes ya solucionadas y paradigmáticas de la historia.

La función educativa se refiere a la formación y capacitación de los miembros del propio comité, del resto del personal profesional y no profesional del establecimiento y, eventualmente, de la comunidad.

En los hospitales docentes, los miembros del comité deben participar activamente en los programas de educación para los estudiantes de medicina y otras profesiones.

La función normativa de los CEH (CEA) debiera centrarse sobre aspectos tales como el manejo del paciente terminal, el proceso de consentimiento informado, el problema de los Testigos de Jehová, el manejo de la ficha clínica, etc.

No se recomienda como funciones de los CEH el analizar temas relacionados con negligencias médicas, conflictos interpersonales o problemas gremiales.

En cuanto a las características de los integrantes de los CEH, las más importantes son: que tengan interés en la materia ética y tiempo para dedicarle, que tengan idoneidad científica técnica y personal, que sean representativos y respetados por los miembros del estamento al que pertenecen y tener presente que no se trata de constituirse en un comité de "notables".

Ciertamente los CEH enfrentan dificultades para su funcionamiento, entre ellas:

- Para formar un grupo interdisciplinario y pluralista, equilibrado y reconocido por sus pares.
- Para mantener una continuidad de trabajo, si no se cuenta con recursos y facilidades para ello.
- Para alcanzar el equilibrio entre la necesaria capacitación de sus miembros y la necesidad de asumir funciones propias de un CEH.
- Para mantener la independencia de las autoridades administrativas, cumpliendo simultáneamente las funciones de asesoría que le competen.
- Para no aparecer ante el resto de los profesionales del establecimiento como una instancia que dificulta las decisiones o el control del trabajo profesional.

Finalmente conviene señalar que quizás sea la prudencia la virtud principal de estos comités, y que deben limitar sus objetivos a sus auténticas posibilidades de trabajo.

Referencias

1. In the Matter of Karen Quinlan.
   University Publications of America - 1976.
2. Jacob Bronowski. Comités de Bioética. En Bioética, Ciencia y Humanismo. Marta Cantavella - Publicaciones de la U. Rómulo Gallego - 2000 - pág. 475.
3. Cranford y Cols. US Governement Office – 1985.
4. Jacob Bronowski. Comités de Bioética. En Bioética, Ciencia y Humanismo. Marta Cantavella - Publicaciones de la U. Rómulo Gallego - 2000 - pág. 469.
5. Pablo Simón. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la Bioética - Rev. Calidad Asistencial 2002; 17 (4): 247-59.
6. Diego Gracia. Bioética Clínica - Ética y Vida 2. Edit. El Buho Ltda. Pág. 85 a 98.
7. Paulina Taboada. Ética Clínica: Principios básicos y modelos de análisis Bol. Esc. De Med. PUC - 1998; 27:7:13.
8. J.C. Tealdi. Los Comités Hospitalarios de Ética, seis años después. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Tomo I, pág. 132.

DESAFÍOS EN LOS CAMPOS CLÍNICOS: DOCENCIA DE LA BIOÉTICA[1]

Dr. Patricio Michaud Chacón[2]

Agradezco la invitación a participar en este seminario y quiero comenzar felicitando a la Academia de Medicina y en forma especial al doctor Rodolfo Armas y la doctora Mireya Bravo, por esta iniciativa. Alguien en nuestro país tiene que preocuparse de la bioética con una visión global, que no se identifique con una institución en particular, ni con posturas religiosas o ideológicas, ya que en su esencia, lo que se busca es una deliberación pluralista y multidisciplinaria. Esta Academia tiene el prestigio y la independencia para hacerlo. También lo es y lo ha intentado la Sociedad Chilena de Bioética.

A modo de introducción, quisiera recordar al doctor Arturo Atria, de quien tuve el honor de ser considerado un amigo. De él aprendí muchas cosas de medicina, pero muchas más como persona. Fue un gran hombre y hoy, después de algunos años de habernos dejado, hago este reconocimiento ante ustedes, porque cuando en alguna reunión se planteaba un problema él decía: "¿por qué no hacemos unos gargarismos sobre este tema?"; lo que yo quiero hacer hoy día, como él nos sugería, es hacer algunos gargarismos con relación a la docencia de la bioética, en los campos clínicos.

Quisiera comenzar citando un texto de Adela Cortina, que con relación a la bioética indica lo siguiente: "La Ética, en su tarea reflexiva, topa en cada ámbito de aplicación con peculiaridades que le obligan a auto diferenciarse en campos diversos, por muy conectados que se encuentren entre sí, la obligan a bailar con parejas distintas aunque sea sobre el trasfondo de una melodía común. En este vals, por lo que en este momento nos importa, suele darse a la Bioética por pareja aquellos fenómenos de los que se ocupan las llamadas ciencias de la salud"(1).

Yo agregaría a esta reflexión que para la medicina clínica, la pista donde se baila este vals de ética y medicina es el campo clínico.

Lo que pretendo plantear es que bioética y clínica son como los ingredientes de una torta que llamamos ejercicio de la medicina, y no se trata de dos cosas separadas o que la bioética sea algo que le ponemos como adorno.

La medicina clínica y ética médica son dos cosas que a veces, erróneamente, suelen considerarse como entes apartes, pero son inseparables. A manera de ejemplo sería como considerar a la semiología un anexo de la clínica.

---

1 Conferencia presentada en Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011.

2 Médico Internista-Endrocrinólogo; Docente invitado, Postgrado Bioética. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina Universidad de Chile; Director Sociedad Chilena de Bioética. Miembro del Comité de Bioética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La medicina clínica y la bioética comparten varias cosas, por ejemplo, el método de análisis de casos. En clínica partimos por la anamnesis y el examen físico; en bioética por lo mismo, solo que le denominamos los hechos. Luego, en clínica pasamos a un análisis para proponer un diagnóstico y terapia. En bioética entramos también en un análisis, pero de los valores comprometidos, las posibles alternativas de solución y considerar sus consecuencias.

Pero el hecho más importante al que quisiera referirme es que así como la medicina se aprende al lado de los enfermos, la ética también. En una oportunidad le oí decir a Diego Gracia algo muy cierto: "la ética se hace 'al pie del cañón' y a partir de los problemas, no de soluciones ni de libros".

Por lo anterior, me parece que el gran desafío del campo clínico es que junto con la enseñanza de la medicina clínica, se debe enseñar y hacer bioética.

La formación en medicina requiere de la entrega de conocimientos, habilidades y actitudes. Las dos primeras son parte de la formación "técnica" y son muy importantes, pero no lo es menos lo concerniente a las actitudes, eso es la ética. En los planes curriculares de bioética hay cursos para dar los fundamentos y comenzar a familiarizar a los alumnos con habilidades, como el análisis ético de casos clínicos. Esto se puede hacer en el aula, incluso recreando situaciones o recurriendo a medios como películas, que se prestan para un análisis ético. Pero las actitudes se aprenden al lado del enfermo y por modelos, y estos son los docentes. Poco se saca con enseñar en clases teóricas la relación médico-paciente, si esta enseñanza no se ve reflejada en actitudes en los campos clínicos.

Como señalaba Gregorio Marañón, necesitamos no solo buenos médicos, sino que es igualmente importante tener médicos buenos (2).

Los buenos médicos son los "científicos", es lo que algunos identifican como la "excelencia académica", que es necesaria pero no suficiente si no va acompañada de la bondad médica, del médico humanitario, y para ello hay que estar permanentemente construyendo ese puente, entre la cultura de las ciencias y la cultura de las humanidades, que Potter denominó como bioética.

Winston Churchill decía que "las actitudes son más importantes que las aptitudes". El ingreso a las escuelas de medicina valora la prueba de "aptitud académica". La obligación docente de los campos clínicos es aportar además las actitudes, esto en bioética es fundamental, sobre todo con relación a la actividad clínica.

Por esto, quisiera referirme primero a este desafío de la docencia de la bioética en los campos clínicos y al desarrollo de actitudes.

Una aclaración previa, llevo casi 50 años en la medicina clínica y en campos clínicos y no quisiera que nadie pensara que me estoy refiriendo a alguno de ellos en particular, porque de hecho he conocido varios y creo que, con más o menos diferencias, tienen problemas semejantes. Lo segundo, y comenzado por mí es que en este tema todos tenemos "techo de vidrio".

En una publicación se señala lo siguiente: "en un Hospital Clínico de una región chilena se puede contabilizar hasta 21 alumnos que entran en relación con un enfermo diariamente (6 alumnos de 4º año de medicina en la mañana, 6 de tercer año en la tarde, 5 alumnas de enfermería, dos internos de química y farmacia y ocasionalmente 4 alumnos de técnico paramédico) (3).

La medicina hay que enseñarla con seres humanos, no se puede hacer de otra forma, pero como también ha sido comunicado por Beca y col. (4) en otro estudio en nuestro medio, la mayoría de los enfermos comprenden esto y están dispuestos a colaborar, el problema es no abusar de esta buena disposición de ellos.

El gran desafío ético de la docencia es de mostrar con actitudes que cuando alguien se enferma no deja de ser persona y por consiguiente no pierde su dignidad.

Una normativa ministerial ha denominado campo clínico o de formación Profesional y técnica a los lugares donde se forman los profesionales del sector salud (5).

Cuando un paciente debe ingresar a un campo clínico a veces le pedimos que no solo deje afuera sus implementos personales, sino también sus valores, como la dignidad, el pudor, la privacidad, la confidencialidad, entre otros. Además, muchas veces lo privamos de su autonomía y con esto restringimos su libertad. Victoria Camps (6), refiriéndose a la libertad, dice que "en sus orígenes es un concepto más político. En cambio, la autonomía es la versión ética de la libertad".

El primer paso en la enseñanza de la bioética en clínica es el respeto a la autonomía, que se inicia cuando vamos con alumnos a ver un enfermo. ¿Lo saludamos por su nombre?, ¿nos presentamos?, ¿le explicamos a ese paciente lo que vamos a hacer?, ¿le pedimos su colaboración y permiso para hacerlo?, ¿le estrechamos la mano? Hay que enseñar que en el ejercició clínico hay que humanizar las manos, puesto no son solo un instrumento para la palpación y la percusión, son también para acercarse, demostrar respeto y dar afecto.

Que un enfermo, al ingreso, firme un documento en el que se le informa que es un hospital docente, no da derecho para "usarlo" con fines docentes, sin su consentimiento. Por otra parte, la norma ministerial antes mencionada dice que en los campos clínicos de hospitales públicos, los pacientes tienen el derecho a "negarse a ser atendido por académicos y alumnos sin expresión de causa" (5). Que esto ocurra o no, depende de nosotros; respetando su dignidad, los enfermos comprenden que no están siendo abusados, sino que están colaborando con el bien común.

Respetando la autonomía, le enseñaremos a los alumnos que el médico no es un sujeto paternalista, ni menos un carcelero.

En una ocasión, estando en una sala de cirugía, llegó un cirujano al lado de un paciente y le comunicó lo siguiente: "Conseguimos hora de pabellón, por lo que mañana lo operamos". El enfermo lo miró un poco angustiado y le preguntó "¿y tiene que ser mañana?", porque quisiera conversarlo con mi familia primero. La lamentable respuesta del médico fue: "eso es problema suyo, si usted no quiere operarse

tengo que darle el alta, usted sabe lo necesitados que estamos de camas y no le puedo asegurar cuándo lo voy a poder hospitalizar de nuevo".

Detrás de esto hay un atropello a la libertad, ya que se está ejerciendo una coacción; este sujeto ya no es libre y además no se le está escuchando.

¿Se respeta la autonomía cuando al paciente se le dice "hágase", o "le vamos a hacer este examen o este procedimiento"?, y no se le explica qué es lo que lo que le estamos pidiendo y por qué se lo estamos pidiendo.

Se insiste mucho en el consentimiento informado como respeto a la autonomía del paciente. En el campo clínico es donde hay que enseñar que el consentimiento informado fluye espontáneamente cuando hay una buena relación clínica, cuando se establece un vínculo de confianza mutua con el paciente. Lamentablemente, esto se ha ido perdiendo y poco se insiste a los alumnos en el valor e importancia de ello.

El consentimiento informado se originó como una necesidad en la investigación, donde lo ideal es que el investigador no sea el médico tratante, por lo que no existe un vínculo previo, pero lentamente se ha ido traspasando a la clínica y erróneamente se piensa que haciendo firmar un papel, por una parte se está respetando la autonomía del enfermo y por otra liberando de responsabilidades judiciales a la institución o sus profesionales. Me pregunto: ¿comentamos esto con los alumnos en el campo clínico?

Es ahí, en el campo clínico, donde hay que enseñar la bioética, aplicando los conocimientos que se han entregado en la teoría.

Lamentablemente se piensa que se respeta la ética emitiendo documentos, con declaraciones de principios, que tienen muy buenas intenciones, pero si esto no va acompañado de actitudes en la práctica diaria, las declaraciones y los códigos no sirven de nada.

No sé cuál será la experiencia de ustedes, pero la mía no ha sido muy buena en la acreditación de instituciones de salud. Hay gran preocupación porque debe haber un archivador con papeles para todo, incluyendo algunos de consentimiento informado para varias cosas, no importa que sea letra muerta, pero está el papel, con todos los timbres del caso. En los campos clínicos tenemos que mostrar humanización a los alumnos de las profesiones de la salud, más que archivadores y papeles.

Personalmente pienso, y puede que esté equivocado, que con esta desesperación normativa y casi compulsiva de hacer formularios de consentimientos informados, más que favorecer, se va dañando la relación médico-enfermo, destruyendo este vínculo con el paciente y deshumanizando la medicina, transformándola casi en un contrato de prestación de servicio.

En los campos clínicos está el desafío de mostrar y enseñar que lo importante es el proceso, no el papel que se firma.

El respeto a la libertad no es la única actitud que los docentes deben enseñar, sino también el respeto al pudor, a la confidencialidad, a la información, entre otras.

Respecto del pudor, en una ocasión me tocó ver a un docente con un grupo de alumnos enseñando la marcha de un hemipléjico. Escogió a una enferma y le dijo que caminara de espaldas al grupo hacia la puerta de la sala, quería mostrar, entre otras cosas, cómo se conservaba el braceo del lado sano; sin embargo, la paciente iba preocupada con esa mano, de sujetarse la camisa por la espalda para que no se le abriera. Pero este docente le dijo: "Señora, no se preocupe, deje la mano suelta, aquí todos somos doctores".

El hecho de ser médicos, que por lo demás era una mentira, ¿significa que el enfermo tiene que perder su pudor?, ¿que en una sala podemos desvestir sin el debido respeto, a veces no solo el cuerpo de una persona, sino que incluso su mente, con el relato de su historia en presencia de otros pacientes, sin el debido recato y sin ni siquiera pedirle permiso y solicitarle su autorización? Estas no son las actitudes correctas.

En una ocasión me encontraba en un servicio de urología y llegó a la sala, donde había varios enfermos, un médico joven. No sé si sería interno o residente, se acercó a la cama de un paciente y a toda voz le dice: "Usted sabe que tiene un cáncer de próstata, mañana lo vamos a operar, pero no se preocupe que le va a ir bien, el único problema es que va a quedar impotente". Conociendo la idiosincrasia de nuestra población, me pregunto qué habrán pensado o comentado sus compañeros de sala. Otra vez el problema de los modelos y las actitudes.

Cuántas cosas se hablan y se comentan alrededor de la cama del paciente y a veces se entera de ello toda la sala. Desde el punto de vista docente, lo que se hace al lado del enfermo puede enseñar mucho más que una presentación en una reunión clínica, pero hay que tener cuidado con lo que se dice. No es oportuno informar durante una visita, en voz alta, que está cesante, que es alcohólica, que es soltera, que viene por un aborto, informar de las enfermedades que ha tenido, algunas de las cuales pueden tener connotación de discriminación social. Esto pertenece al ámbito de lo privado.

Otra actitud a enseñar, es que el paciente tiene derecho a ser el primero en saber qué pasa con él. Con cierta frecuencia, alrededor de la cama hacemos comentarios usando términos técnicos, que incluso se pueden prestar para confusión y mala interpretación de quienes los escuchan y no dominan ese lenguaje. El enfermo tiene derecho a saber qué pasa con él, cómo va su enfermedad y no a enterarse por un tercero y además este derecho se hace extensivo a sus familiares.

Hace poco recibí un chiste que tiene un gran fondo de verdad. Un médico estaba en su sala y le avisan que tiene una llamada telefónica en la central de enfermería. Va a atender y el interlocutor le pregunta ¿Doctor, usted está atendiendo al señor González de la cama 5? La respuesta del médico es afirmativa, tras lo cual recibe una nueva pregunta: ¿Quería saber, doctor, cómo ha estado y si es efectivo que es posible que lo den de alta en estos días?

El médico un poco molesto consulta ¿Usted es familiar del señor González?, el interlocutor contesta, "no doctor, yo soy González y lo estoy llamando de acá de la sala por mi celular, resulta que ustedes pasan todos los días conversan con palabras raras, pero a nosotros no nos dicen nada, y resulta que mi compañero de la cama del lado me dijo hoy día: '¿sabes González?, me pareció oír que luego te iban a dar de alta'". Una vez más el problema de las actitudes y los modelos.

Hace poco una enferma me relató que llevó a su hermano muy grave a una clínica, fue derivado al servicio de radiología y luego de una larga espera sale un médico joven y le dice: "señora, su hermano tiene una gran hemorragia cerebral y lo más probable es que va a morir"; esta persona con gran entereza, y probablemente porque estaba en una clínica privada, lo encaró: ¡pero doctor, cómo me puede dar así esta información¡.

La respuesta fue: "señora, yo vengo llegando de EEUU y así se hace allá". El lamentable modelo de la prepotencia médica y de la técnica deshumanizada. Vuelvo a citar a Marañón, quien refiriéndose a características de la técnica señala que "una condición de la técnica con respecto al hombre, es que cuando lo necesita para nada tiene en cuenta su categoría moral. Al técnico se le exige solo la técnica y el mejor maquinista lo es, aunque sea un presidiario" (6). Si descuidamos las actitudes, vamos transformando la medicina en una técnica deshumanizada.

Otra cosa que se debe enseñar en el campo clínico es si decir o no la verdad y a cómo entregar las malas noticias. Solo quería comentar que mentir para algunos puede ser discutible, pero lo que sí parece indiscutible es que la verdad no se puede decir en forma brutal. En el campo clínico hay que mostrar y enseñar la virtud de la prudencia.

Son muchos los ejemplos que se podrían citar y que por lo demás todos ustedes han vivido. Espero que estos gargarismos sirvan de motivación para una mayor profundización y discusión en un taller de este seminario.

Ahora quisiera referirme brevemente a otros desafíos en la enseñanza de la bioética, con relación a problemas que suelen mencionar pero comentar poco en clases teóricas y que la práctica clínica pone en evidencia.

Por ejemplo, el de la justicia sanitaria y la distribución y uso de los recursos. Cuando se trata de reclamar por falta de recursos, ahí estamos, pero cuando pedimos uno y otro examen y los famosos perfiles, tan de moda, y también un TAC y una resonancia, ¿analizamos con los alumnos sobre si son realmente todos necesarios y en forma simultánea? Conversamos el hecho de que aunque el enfermo no los pague, es el Estado o el seguro o quien sea quien asume ese costo y se están gastando dineros que son y van a ser siempre insuficientes para la atención en salud. Comentamos esto ¿o nos aparece nuevamente ese fantasma de la excelencia académica que se ha ido rindiendo ante la tecnología? Con relación a esto, me comentaba un estudiante que le pidió a un distinguido especialista si le podía auscultar un paciente, porque no estaba seguro de un soplo que escuchaba. La respuesta fue: "no te compliques, pídele una ecografía". Una vez más el problema de los modelos.

Otro problema es si deliberamos, sobre una paciente que se hizo un aborto, no solo sobre este tema sino en el por qué llegó a eso, analizamos la situación de esa persona con su entorno social, con sus valores y principios. En otras palabras, deliberamos ahí, "al pie del cañón", sobre el por qué las personas toman ciertas decisiones o nos hacen ciertas solicitudes, o nos quedamos en la letra muerta del código.

Los modelos debieran enseñar con sus actitudes, es el respeto a la dignidad de quienes trabajan con nosotros. Recuerdo un médico que salía del pasillo y gritaba ¡enfermera! u otro que trataba despectivamente a los auxiliares o empleados de servicio.

No podemos trabajar solos, por eso hablamos del equipo de salud, pero no siempre en nuestras actitudes mostramos que, si bien tenemos distintos roles, todos somos iguales en dignidad.

A veces pienso que son una especie de obsesión los problemas bioéticos del comienzo y fin de la vida como el aborto, la eutanasia, el suicidio asistido, la píldora, entre otros, que sin duda son importantes, pero no son los únicos. Incluso pueden terminar transformando a la bioética en una cosa lejana, reservada a expertos que discuten y discuten, mientras la ética del día a día, del que no está por nacer ni por morir, sino el que está ahí vivo en el hospital o concurre al consultorio, se transforma en tema secundario.

Tengo claro que la formación e incorporación de estos modelos es un proceso largo que toma tiempo. Pero quizás hay cosas más fáciles de hacer para ir humanizando el campo clínico, como podría ser incorporar, dentro de las tareas asignadas a los internos o a los residentes, el que durante el horario de visitas estuvieran a disposición de los familiares para responder consultas, para conversar con ellos sobre lo que está ocurriendo con su familiar enfermo, sobre los problemas de su entorno, sobre lo que significa para esta familia lo que pueda ocurrir con sus pacientes. Les serviría a ellos para aprender cómo acoger a quienes a veces sufren no solo por la enfermedad de un familiar, sino por no tener un panorama claro del futuro que les espera. Hace unos días una persona me comentaba que un mes atrás tenía a su madre hospitalizada y nunca había encontrado a un médico que le informara qué estaba pasando con ella.

A propósito de las licitaciones de campos clínicos, tema difícil y de moda, las autoridades administrativas de ellas, en conjunto con las universidades debieran preocuparse de incorporar a la discusión también estos temas. El problema es que la ética no es materia de negocios, en ella se actúa por consensos y con argumentos razonable

Jean Bernard, quien presidió el Comité consultivo francés de Bioética durante diez años, dice algo que tiene mucho que ver con, que el avance de la ciencia y la tecnología está deshumanizando la medicina. Él sostiene lo siguiente: "La ética debería representar un elemento de ese humanismo tan importante para el médico y al que tantas veces se le ha dado la espalda. El aprendizaje de la medicina debe aliarse con la biología molecular y el humanismo". (7)

Para terminar, y a manera de resumen, quisiera insistir en que humanizar la medicina, enseñar y hacer bioética ahí, al lado del paciente, es uno de los grandes desafíos docentes en los campos clínicos; para las facultades de medicina es dar un paso más allá de solamente incluir cursos teóricos de bioética en el currículo, sino que contar en los campos clínicos con docentes que en sus actitudes muestren esta humanización para que los alumnos vayan teniendo un rol más activo en este proceso.

Referencias

1) Cortina Adela. Concepto transformado de persona para la bioética. En: Cortina A. editora. Ética Aplicada y Democracia radical. 4ed. Madrid: ed. Tecnos 2007. p. 223-240.
2) Gracia Diego. Marañón y la Ética Médica. En: Gracia D. editor. Fundamentación y enseñanza de la bioética. 2ed, Colombia. Ed. El Búho 2002. p:147-154.
3) Orellana C, Sociedad Chilena de Bioética, Libro de Actas IX Jornadas Nacionales de Bioética, Santiago, Chile. Junio 2008: 98-106.
4) Beca JP; Brown L; Valdevenito C; Bataszeww V; Martínez MJ . Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente. Rev. Med Chile 2006; 134: 955-959.
5) Ministerio de Salud, Chile. Norma general administrativa Nº 18 "sobre asignación y uso de los campos de formación profesional y técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y normas de protección para sus funcionarios, académicos y usuarios. Resolución exenta 949 de fecha 17 de septiembre de 2007. Camps Victoria ¿A qué nos compromete la autonomía? En Camps V. editora. La voluntad de vivir, las preguntas de la Bioética. 1ed Barcelona, España editorial, Ariel, 2005, pág. 107-129.
6) Marañón G. Más sobre el humanismo. En: Marañón G. editor, Obras completas, tomo 3, Conferencias. Madrid ed. Espasa Calpe 1967, pág. 443-444.
7) Bernard Jean. La enseñanza de la bioética. En Bernard J, editor. La bioética. Madrid, editorial Debate. 199 pág.107-111.

LA TOMA DE DECISIONES EN ÉTICA CLÍNICA[1]

Dr. Juan Pablo Beca Infante[2]

La clásica relación médico-paciente ha cambiado en los últimos 50 años, como lo han hecho todas las sociedades en su vida cívica, cada una a su propio ritmo. Las relaciones humanas verticales propias de la antigüedad y de la edad media, en la cual todo tipo de autoridad se vivió como relaciones de padres a hijos, incluyeron el paternalismo en la medicina. Este paternalismo médico evolucionó desde formas más duras a otras más moderadas. El enfermo primero fue solo informado de su situación, luego se pidió su aceptación para ser tratado, para hoy reconocer y respetar el derecho a ejercer su capacidad de decisión ante su salud y enfermedad. Es el desarrollo de la autonomía de la persona no solo en el terreno cívico o político sino en otros ámbitos que incluyen la medicina, con lo cual el clásico paciente ha pasado a ser un consumidor de servicios en modelos de salud más institucionalizada y de mercado. De esta manera, el clásico paternalismo ha evolucionado hacia el reconocimiento y respeto a la autonomía del enfermo, con lo cual ha cambiado radicalmente la forma de tomar decisiones.

Pero no solo ha cambiado el enfermo, también lo ha hecho la medicina. Con los continuos avances científicos y tecnológicos, las alternativas de procedimientos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas han llegado a magnitudes antes inimaginables. Y para cada una de ellas se hace necesario un proceso de decisiones que también es progresivamente más complejo y muchas veces conflictivo. La práctica clínica se enfrenta diariamente a problemas diagnósticos y terapéuticos que exigen decisiones en base a hechos que son también contextuales y que ponen en juego valores que necesitan ser debidamente ponderados. Por lo tanto, parece lógico considerar que las decisiones en la práctica clínica son científicas y técnicas, pero son además decisiones morales en cuanto a elegir "el mejor" camino para cada situación. Esta decisión de "lo mejor" constituye de hecho una ponderación de valores, lo cual implica un juicio moral que exige un análisis de hechos, valores y deberes.

El tipo de decisiones complejas con problemas éticos es casi ilimitado. Siguiendo el ciclo vital podemos imaginar los problemas ético-clínicos relacionados a cada una de sus etapas como control de natalidad, tratamientos de infertilidad, embarazo y aborto, tratamientos perinatales, prematuridad, malformaciones congénitas, enfermos críticos de dudosa recuperabilidad, pacientes terminales, cuidados paliativos con sus requerimientos específicos, los problemas del adulto mayor, así como todos aquellos que se relacionan con el fin de la vida y la búsqueda de una muerte digna,

---

1 Conferencia presentada en Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011.

2 Profesor Titular, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.
Director del Magíster Interuniversitario de Bioética, Universidad del Desarrollo-Instituto Borja de Bioética; Miembro del Comité de Ética del Hospital Luis Calvo Mackenna.

por ejemplo opciones de eutanasia o suicidio asistido, trasplante de órganos, etc. Entre las innumerables decisiones que es necesario tomar para el tratamiento y cuidado de enfermos complejos, cabe mencionar las que se refieren a enfermos terminales o críticos, que incluyen tanto decisiones de limitación de tratamiento como de apoyo al enfermo y su familia, las que se muestran resumidamente en la tabla 1.

Cada una de estas situaciones incluye una infinidad de dudas o conflictos diferentes, con frecuentes problemas éticos que pocas veces son explícitamente identificados por los profesionales involucrados en el caso. Lo anterior significa que se resuelven de manera intuitiva, sin reconocer ni menos aún analizar sistemáticamente los valores en juego. De esta manera, aunque por la experiencia frecuentemente se resuelven de forma adecuada, no siempre es así. No se trata de que ocurran graves errores, pero sí que las soluciones podrían ser muchísimo mejores de lo que son. Imagínese el lector el caso de un enfermo de 90 años, con daño psico-orgánico y mala calidad de vida previa, que es llevado a un servicio de urgencia por apremio respiratorio. Confirmado el diagnóstico de una neumonía aspirativa con insuficiencia ventilatoria, la indicación médica debería ser su ingreso a cuidado intensivo y conexión a ventilación mecánica. Sin embargo, en este caso particular dicha decisión, para ser éticamente correcta, no puede restringirse a criterios biológicos sin considerar y ponderar la calidad de vida, posibles expresiones de voluntad previa del paciente, creencias y expectativas familiares, contexto económico-social y las alternativas factibles de cuidado. El fundamento de la decisión no puede ser meramente intuitivo. Así como para establecer un diagnóstico y su terapéutica el clásico "ojo clínico" es insuficiente, para buscar la conducta éticamente más correcta no basta con el llamado "olfato moral", que es la primera impresión basada en experiencias y criterios personales. Tanto el ojo clínico como el olfato moral pueden ser buenos puntos de partida pero exigen ser seguidos de una forma sistemática de análisis.

Decisiones de limitación de tratamientos
- Órdenes de no reanimar - No realizar más procedimientos diagnósticos - No más exámenes de laboratorio - Abstención de nuevos tratamientos - Suspensión de apoyo vasoactivos, antibióticos, etc. - Suspensión de diálisis - Retiro de ventilación mecánica - Suspensión de nutrición artificial
Decisiones de apoyo al enfermo y su familia
- Analgesia y sedación - Sedación en la agonía - Acompañamiento - Apoyo psicológico - Apoyo espiritual - Guía a subrogantes (familiares) y cuidadores - Apoyo a la familia para el duelo

TABLA 1. Tipo de decisiones ante enfermos críticos o terminales.

La toma de decisiones correctas en medicina exige método y fundamentos, tanto en lo biológico como en lo ético. Son competencias necesarias para todo profesional de la salud y no solo para los miembros de comités o consultores. En este capítulo se presentan, de manera muy resumida, las bases de la deliberación como forma de análisis y una síntesis de dos propuestas de método de análisis ético-clínico llevadas a una guía práctica.

Agentes de decisión

Como ya se ha expresado, en la medicina contemporánea las decisiones clínicas son complejas y no pueden ser tomadas solo por el médico. Los agentes de decisión incluyen en primer lugar al médico, o más bien a los médicos, por cuanto rara vez un médico estará decidiendo solo ante escenarios críticos. Por su parte, el enfermo tampoco estará solo sino acompañado por su familia y una variable red social. A lo anterior se agregan otros profesionales no médicos de la salud, posibles consejeros externos de cada paciente, los documentos u otras formas de expresión de voluntades anticipadas cuando existen, y órganos consultivos como los comités de ética asistencial o los consultores de ética clínica.

No solo participan estos diversos agentes sino que ellos están influidos o dependen de factores que incluyen la capacidad del enfermo para comprender su situación y tomar decisiones, la misma capacidad en sus familiares, los problemas emocionales asociados inevitablemente a la enfermedad y los temores, esperanzas, culpas o intereses diversos en juego. A lo anterior se agregan factores culturales, religiosos, los recursos disponibles, las políticas de salud o las regulaciones institucionales y la legislación vigente.

El conjunto de agentes de decisión y los diversos factores ya mencionados exigen procesos de decisiones compartidas que llevarán a determinaciones que son más complejas y muchas veces más lentas, pero finalmente más razonables y prudentes.

Comités de ética y consultoría ético-clínica

Los casos clínicos que plantean problemas éticos más complejos o críticos pueden ser consultados a los comités de ética asistencial cuyas funciones son la consultoría de casos, la docencia intrahospitalaria y la participación proactiva en las normas institucionales. Los comités analizan los casos clínicos que les son presentados aplicando un método previamente acordado y de esta manera ayudan a la solución del problema mediante recomendaciones o sugerencias debidamente fundamentadas que deben responder así a las preguntas y dudas del equipo profesional tratante. No obstante, la responsabilidad profesional, moral y legal de las decisiones particulares corresponden a quienes toman las decisiones y no al comité que tiene calidad de órgano consultor (1). La experiencia ha mostrado, en diferentes partes del mundo, que los casos presentados a los comités son escasos o excepcionales. Por esta razón en muchos hospitales de EE.UU. se han establecido sistemas de consultoría ético-clínica, sea individual

o en base a dos o tres consultores. Lo mismo ocurre en algunos países europeos y recientemente se ha iniciado esta forma de consultoría en Chile (2). La consultoría individual se realiza aplicando un método similar de análisis, pero tiene la limitación de carecer de la reflexión grupal de los comités con las diversas perspectivas interdisciplinarias de sus miembros. Es evidente que no reemplaza sino que complementa la labor de los comités de ética asistencial y llega a ser una forma de lograr más cercanía con los clínicos. La evaluación de la labor asesora de los comités y de las consultorías individuales es difícil de realizar, pero la experiencia y algunos estudios muestran que constituyen un aporte positivo para resolver los problemas ético-clínicos (3,4).

Deliberación y juicio moral

La lógica del juicio clínico es por su esencia probabilística y no apodíctica que es lo propio de las ciencias exactas. Por eso, en el juicio clínico se debe buscar lo razonable y no la certeza. Esta "razonabilidad" se logra mediante la ponderación cuidadosa de todos los factores que intervienen en una situación particular, con el fin de disminuir su incertidumbre. Es lo que desde los griegos se entiende por deliberación. Más aun, a la decisión tomada mediante una deliberación prolongada se la consideró "prudente". Los juicios morales, al igual que los juicios clínicos, son primariamente empíricos y concretos, en los cuales las conclusiones son inciertas y serán más razonables en la medida en que se ponderen cuidadosa y reflexivamente todos los factores implicados.

Ya Aristóteles llamó dialécticos a los juicios morales. Para estos juicios el diálogo con otros es la mejor forma de mejorar nuestro conocimiento y de llegar a decisiones de mayor sabiduría, proceso al que llamó "deliberación" (5). La deliberación ética es así una forma difícil y compleja de razonamiento, que evita los juicios a priori o emocionales e implica ponderar debidamente los principios, valores y conflictos de valor, así como las circunstancias y consecuencias de las decisiones. A ello se agrega el análisis de los cursos posibles de acción, la consideración del contexto de cada caso, los intereses en juego y el marco legal. Los procesos de deliberación suponen de sus participantes una destreza intelectual que exige condiciones de escucha atenta o activa de las demás opiniones, en especial de aquellas que difieren de las propias. Es relevante considerar que se delibera básicamente en el nivel de los *hechos* y en el de los *valores*, después de lo cual viene el nivel de los *deberes*. De esta manera la deliberación se constituye en el método o procedimiento de elección para emitir un juicio fundamentado para la toma de decisiones. Lo anterior es válido no solo para los juicios morales, sino de igual forma para el análisis de los problemas ético-clínicos.

Métodos de análisis ético-clínico

La bioética puede ser considerada tanto una disciplina o interdisciplina, pero también una propuesta de método. Tomar decisiones en el ámbito de la ética tiene siempre dificultades porque los valores que las sustentan son subjetivos y pueden

entrar en conflicto en el momento de su ponderación. En el terreno de la clínica se plantean igualmente diversas alternativas con resultados y consecuencias inciertas. Por esta razón, y para hacer posible una toma de decisiones más objetiva, se han propuesto diversas formas de analizar los amplios y variados temas que aborda la bioética. Todas tienen en común, desde Santo Tomás de Aquino, dos fases o momentos básicos que son el análisis de los hechos y la fase normativa o de decisiones (6). El énfasis puede estar más en lo normativo o en las situaciones, lo cual es más propio de un análisis bioético, si se entiende esta disciplina como una ética aplicada y situacional. En la casuística clásica, la interpretación de los problemas morales se realiza empleando procedimientos basados en paradigmas y analogías que conducen a normas o máximas generales, pero no universales ni invariables. La casuística y la ética clínica actual se centran en casos y en la consideración de sus circunstancias, lo que es esencial para determinar las acciones más correctas, aplicando de manera prudente las máximas o principios correspondientes.

Las propuestas de metodología en bioética o en etica clínica han sido diferentes en Estados Unidos y en Europa. Después de las primeras propuestas metodológicas de Thomasma y Pellegrino en los años 70, lo predominante en Norteamérica ha sido el principialismo que desde 1979 plantea el análisis de casos mediante la "aplicación" de los cuatro principios de la ética biomédica propuestos por Beauchamp y Childress (7). Si bien los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia fueron considerados como *prima facie* y de igual jerarquía, en su aplicación particular a cada caso necesitan ser armonizados de tal manera que todos sean respetados en el mayor grado posible. Posteriormente, Albert Jonsen en 1982 propuso un método más sistemático de análisis ético clínico, seguido de conclusiones fundadas y defendibles, método que también ha sido llamado el "nuevo casuismo" (8). En Europa ha predominado un enfoque filosófico que considera más las virtudes, con menor énfasis en la autonomía. Diego Gracia en España propone el método deliberativo en el cual el análisis de los valores y sus conflictos, junto a la consideración de los cursos posibles de acción, constituyen la base para la toma de decisiones (9). Hay muchas semejanzas pero también énfasis diferentes en estas propuestas. En nuestra región la influencia principal ha sido la principialista de Georgetown y el método deliberativo de Diego Gracia.

Una propuesta de síntesis

Sobre la base de la experiencia clínica y del trabajo en comités de ética asistencial, y después de ver la dificultad que se genera en la aplicación de métodos para el análisis ético clínico, se propone una metodología que sintetiza la propuesta casuística de Albert Jonsen con la deliberativa de Diego Gracia. La primera aporta más en la sistematización de los *hechos* y la segunda lo hace en la deliberación de los *valores* y cursos de acción, para culminar en conclusiones que corresponden al plano de los *deberes*.

Como toda propuesta de método en bioética, la base siempre será asumir previamente un marco ético referencial. Como base de la fundamentación se acepta en este planteamiento la dignidad intrínseca del ser humano, junto con entender la

bioética como una ética cívica, secular, aplicada y como una ética de la responsabilidad, considerando siempre las circunstancias y las consecuencias de las decisiones. A lo anterior se agregan los cuatro principios de la ética biomédica, pero aplicados con la jerarquización propuesta por Diego Gracia que considera de primer orden la no maleficencia y la justicia y de segundo orden a los principios de autonomía y beneficencia (10).

Una segunda condición para la aplicación de un método de análisis es la actitud de quien delibera, reconociendo que las posiciones personales pueden ser sesgadas o insuficientes, y que otros puntos de vista pueden ser igualmente válidos. La deliberación en grupo exige un alto grado de respeto y tolerancia a opiniones diferentes para llegar a conclusiones consensuadas y aceptarlas como más completas o mejores que las propias.

Otra premisa importante para aplicar métodos de análisis de casos ético-clínicos es considerar que siempre habrá grados de incertidumbre que dicho análisis no puede suprimir. Sin embargo, como el propósito es llegar a conclusiones que serán recomendaciones para responder a un problema y ayudar a un paciente concreto, es necesario considerar el mayor número posible de hechos clínicos, biológicos, contextuales y biográficos del enfermo. Finalmente las recomendaciones deberán ser factibles, legales y bien fundamentadas.

En base a lo anterior se propone, como una síntesis, un método que se inicia con una sistematización de los hechos, utilizando el método que Albert Jonsen planteó con Siegler y Winsdale para ayudar a los clínicos y que llamaron "four boxes", en referencia a los cuatro tópicos principales para el análisis (11). Luego de esta sistematización o deliberación sobre los hechos, se propone continuar con el método deliberativo de Diego Gracia (9) para el análisis de los valores y los deberes, los que no serán expresados como normas u obligaciones sino como recomendaciones con su debido fundamento.

Deliberación sobre los hechos

Los hechos que concurren en cada caso que plantea un problema ético clínico son numerosos y de diversa índole. La sistematización que se propone es ordenarlos en cuatro tópicos o categorías, que Jonsen denomina "cajas" y últimamente ha preferido llamarlos "células", para expresar que estos hechos se relacionan todos entre sí. Los tópicos son indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y hechos contextuales. Cada uno de ellos posee muchos elementos a ser incluidos en los respectivos tópicos.

Bajo el título "indicaciones médicas" se incluyen los diagnósticos con sus grados de certeza o incertidumbre, la condición aguda, crónica, crítica o terminal del enfermo, y los tratamientos indicados según las guías clínicas y la experiencia terapéutica para dicha condición, los objetivos de cada uno de los tratamientos o intervenciones que se están utilizando, el pronóstico de vida o de recuperabilidad funcional con o sin el uso de dichos tratamientos, los riesgos y los efectos adversos. Ver figura 1.

Cuando se relacionan estos hechos médicos a la luz de los principios de la bioética, en este análisis están en juego los principios de no maleficencia y de beneficencia.

La consideración de las "preferencias del paciente" lleva al conocimiento de los valores del enfermo, en su evaluación personal de los beneficios y riesgos del tratamiento. Será entonces necesario preguntarse si ha sido bien informado y cuáles son sus esperanzas y propósitos, qué quiere el paciente y si ha comprendido cabalmente su situación y su posible tratamiento. Es imperioso determinar la capacidad del paciente para decidir, y si no la tiene definir quién lo puede representar válidamente. Como frecuentemente el enfermo no estará en condiciones de expresar su opinión, se hace necesario conocer qué ha manifestado antes y si ha escrito alguna forma de voluntad anticipada, lo cual en nuestro medio es excepcional. En los casos en los que no existen expresiones previas de voluntad, la forma de respetar sus preferencias y valores será mediante un proceso de decisiones compartidas con los familiares que más lo conocen, haciéndoles ver que la decisión debería ser coherente con los valores del paciente, con lo que él opinaría si pudiese hacerlo. Ver listado de temas en la figura 1. Al incluir en las decisiones la mayor información posible acerca de las preferencias del paciente se estará respetando el principio de autonomía.

Al analizar la "calidad de vida" del enfermo, la pregunta principal es la probabilidad de poder volver, después de los tratamientos propuestos, a su calidad de vida previa o a una que él considere aceptable. La apreciación de calidad de vida es esencialmente subjetiva, evolutiva y dependiente de las expectativas y temores personales. Lo relevante es que se eviten los sesgos de profesionales y de familiares en esta apreciación. Los aspectos a considerar en calidad de vida se refieren al déficit intelectual, físico o social con los que pudiese quedar el paciente si sobrevive, y si él está dispuesto a asumirlos. En este plano es relevante considerar también las alternativas existentes de apoyo, rehabilitación y cuidados paliativos para el caso particular. Un listado de estos temas aparece en la figura 1. Si la calidad de vida probable se analiza desde los principios, nuevamente el tema será beneficencia y autonomía, incluyendo de manera muy importante el criterio de proporcionalidad terapéutica.

Y la cuarta "caja" son los "hechos contextuales". Entre ellos están la realidad familiar con sus temores y posibles conflictos, los recursos económicos o previsionales del enfermo, la asignación de recursos institucionales privados o estatales, así como los intereses de tipo médico, académico o aun económico de los profesionales tratantes, y la posible investigación científica. A lo anterior se agregan como hechos contextuales muy determinantes, situaciones de tipo legal y las creencias religiosas del enfermo y de su familia. Un listado de hechos contextuales aparece en la figura 1. Estos hechos son generalmente poco conocidos por los profesionales tratantes y rara vez figuran en la historia clínica. Si se analizan desde los principios bioéticos, hay hechos claramente vinculados a la justicia, pero también los hay a la beneficencia.

Esta forma de descripción de los hechos, ordenados o sistematizados en las cuatro "cajas", ha sido propuesta como un punto de partida para iniciar el análisis y la aplicación de principios o normas de manera más concreta. Sus autores consideran

que así se evita una deliberación centrada en lo abstracto de los principios bioéticos u otros criterios o teorías morales. Piensan que cuando se inicia el análisis de casos particulares desde los principios existe la tendencia a centrar la discusión en el principio que aparece inicialmente como prioritario, como podrían ser la beneficencia o la autonomía, dejando de lado otros temas. En cambio, en esta propuesta de síntesis, proponemos pasar de la sistematización de los hechos a la deliberación de los valores y después al análisis de los cursos de acción.

Deliberación sobre valores y principios

En esta fase del proceso deliberativo resulta fundamental inferir los valores que están en juego en el caso particular, primero solo enumerándolos para luego definir qué valores pueden estar en conflicto. Si bien definir valores es de por sí difícil y subjetivo, lo relevante es hacerlo a partir de las percepciones personales de cada uno. Es frecuente que en esta etapa haya cierta confusión y también superposición entre valores y principios. Así se puede referir a beneficencia o a justicia como valores, lo cual no es un error pues son valores y también son principios de bioética en cuanto son orientadores de los deberes.

INDICACIONES MÉDICAS

1. Diagnósticos y problemas médicos.
2. Pronóstico.
3. ¿Es problema agudo?, ¿crónico?, ¿crítico?, ¿reversible?, ¿terminal?
4. Objetivos del tratamiento.
5. Probabilidad de éxito.
6. ¿Qué se hará si se fracasa?
7. ¿Cómo se beneficiará al enfermo y se evitará dañarlo?

PREFERENCIAS DEL ENFERMO

1. ¿Qué ha expresado el enfermo?
2. ¿Ha sido informado, ha comprendido y ha consentido el tratamiento?
3. ¿El enfermo tiene capacidad?
4. ¿Existen expresiones previas de voluntad?
5. Si es incapaz, ¿quién lo subroga?
6. No coopera con el tratamiento, ¿por qué?
7. ¿Cuál es la opinión familiar?

CALIDAD DE VIDA

1. Probabilidad de recuperar calidad de vida previa, con y sin tratamiento.
2. ¿Hay sesgos en la evaluación de calidad de vida que realizan los profesionales?
3. ¿Qué déficit mental, físico o social puede producirse después del tratamiento?
4. ¿Puede considerarse como indeseable la condición actual o futura?
5. ¿Hay planes para limitar tratamientos?
6. ¿Hay planes de apoyo y cuidado paliativo?

CONTEXTO

1. ¿Hay hechos familiares que influyen en las decisiones?
2. ¿Hay intereses médicos que influyen?
3. ¿Hay factores económicos que influyen?
4. ¿Qué factores religiosos o culturales hay?
5. ¿Hay problemas de asignación de recursos?
6. ¿Hay implicancias legales en las decisiones?
7. ¿Es un caso de investigación?
8. ¿Hay conflictos de interés?

Figura 1. Indicaciones médicas, preferencias del enfermo, calidad de vida y contexto.

Para aclarar un poco más el concepto, cabe recordar que hay valores de diversos tipos, como físicos, espirituales, estéticos, intelectuales, afectivos, económicos, políticos, religiosos, etc., y todos ellos pueden interrelacionarse con los hechos clínicos. Lo importante de la etapa de deliberación de los valores es reconocer su presencia en el caso en análisis, evitando imponer una valoración puramente personal. Este simple reconocimiento de diferentes valores en el caso lleva necesariamente a la pregunta de cómo ponderan estos valores, no tanto los profesionales como el paciente o sus representantes. Por ejemplo cómo valora calidad y cantidad de vida, cómo valora la vida antenatal o neonatal, de qué forma sus decisiones están influidas por situaciones familiares o creencias religiosas, etc. Se trata de poder llegar a fundamentar las conclusiones o recomendaciones en los valores del enfermo y no en los de los médicos y otros profesionales. Este es el verdadero respeto de la autonomía del enfermo, por sobre la firma eventual de autorizaciones o formularios de consentimiento informado para algunos procedimientos.

Junto a la definición de los valores y al esclarecimiento de los conflictos de valor presentes en el caso particular, es importante analizar los principios en juego en las dudas o problemas éticos. Implícito en la consideración de principios éticos está el marco ético referencial que cada grupo o comité que delibera ha asumido previamente y en torno al cual se hace posible el diálogo. Si se utilizan los cuatro principios clásicos de la bioética será también necesario hacerlo, como ya se ha expuesto, en base a su debida jerarquización.

Deliberación sobre los deberes

Los hechos, analizados en la forma propuesta, permiten examinar otros problemas que siempre son más amplios que la razón por la cual un caso particular es presentado a un comité de ética asistencial. Por lo tanto, el paso que corresponde es reconocer o explicitar problemas concretos a los cuales se responderá con recomendaciones para que los profesionales tratantes, de manera compartida con los pacientes o sus representantes, tomen las respectivas decisiones. Los problemas suelen ser, primero, planteados como "hasta dónde llegar con un tratamiento", "¿es posible limitar el esfuerzo terapéutico?", "¿hay que aplicar esta técnica en este enfermo?", etc. Si bien estos son los problemas principales, porque son los que más inquietan a quienes los formulan, siempre existen otros problemas, de diversa índole, que se derivan de los hechos sistematizados como se ha planteado. Habrá así problemas de cómo pacientes y familiares enfrentan un diagnóstico y su pronóstico, cómo respetar mejor la voluntad o autonomía de un paciente, cómo incluir estimaciones de calidad de vida en las decisiones, qué apoyos sociales, familiares, espirituales u otros se necesitan, etc. Diego Gracia afirma que en cada caso hay siempre más de cinco problemas que inicialmente no se han planteado.

Esta etapa del proceso de análisis ético clínico es la concreción de todo lo anterior. Resultará más fácil en la medida en que los hechos y los valores se hayan analizado cuidadosamente. Aunque se ha titulado como deliberación de "deberes", ello

debe entenderse como recomendaciones del cuerpo deliberante para que los respectivos agentes de decisión decidan y actúen consecuentemente con ellas.

Como respuesta a los problemas que se han reconocido en cada caso surgen los cursos de acción posible. Es importante, en el proceso deliberativo, no apurar esta etapa para evitar las propuestas intuitivas con sus inevitables sesgos. La recomendación es formular primero los cursos extremos de acción, como podría ser aplicar todo tratamiento posible o ninguno, para luego pensar en los posibles cursos intermedios de acción. Siempre habrá cursos de acción que pueden responder a cada uno de los problemas que se han reconocido en el caso en discusión, de manera de llegar a recomendar formas prudentes de actuar y además incluir acciones que no se habían planteado antes, tales como cuidados paliativos, tratamientos sintomáticos, apoyos familiares, emocionales, espirituales y otros.

Finalmente, las recomendaciones necesitan estar fundamentadas, lo cual significa que los informes escritos requieren expresar también las razones por las cuales se formulan. No se trata de escribir complejos fundamentos filosóficos sino de expresar resumidamente de qué manera las recomendaciones formuladas respetan los principios éticos y los valores que se han reconocido como los más relevantes en el caso. Por último, una prueba de fundamentación recomendada por Diego Gracia es preguntarse si las recomendaciones podrían ser generalizables y públicamente defendidas, y si respetan la legalidad vigente, lo cual no necesariamente requiere escribirse en informes o actas.

En la tabla 2 se resume el método propuesto, expresado como una pauta o guía sugerida para facilitar el análisis de casos ético clínicos:

Pauta de análisis ético-clínico

• HISTORIA CLÍNICA • DIAGNÓSTICOS Y VISIÓN DEL PRONÓSTICO • CALIDAD DE VIDA POSIBLE • OPINIÓN DEL ENFERMO Y/O FAMILIA • SITUACIONES DE CONTEXTO	HECHOS
• PROBLEMA ÉTICO PRINCIPAL • OTROS PROBLEMAS ÉTICOS DEL CASO • VALORES Y PRINCIPIOS INVOLUCRADOS	VALORES
• CURSOS DE ACCIÓN POSIBLES • ELEGIR CURSOS DE ACCIÓN • FUNDAMENTOS • RECOMENDACIÓN	DEBERES

Tabla 2. Pauta de análisis que combina métodos casuístico de Albert Jonsen y deliberativo de Diego Gracia.

Conclusión

Las situaciones clínicas complejas son en la medicina contemporánea casi ilimitadas en su número y variedad a lo largo del ciclo vital. Las alternativas de intervenciones diagnósticas y terapéuticas son progresivamente más numerosas planteando diversas alternativas para cada caso. No solo ha cambiado la medicina sino la sociedad y el enfermo, quien tiene el derecho a estar informado y tomar sus decisiones, o al menos a participar activamente en ellas. Las decisiones son por lo tanto procesos en los cuales participan médicos, otros profesionales, pacientes, familiares, los comités de ética asistencial y los consultores ético-clínicos. Para ello es necesario definir y aplicar un método que tome en consideración, junto a los hechos clínicos, las circunstancias, valores y consecuencias de las diferentes alternativas para cada caso. Para elegir el camino que otorgue el mayor beneficio para el enfermo el método debe ser, como en los juicios morales, empírico y probabilístico, con la necesidad de llegar a decisiones razonables y prudentes después de considerar y ponderar todos los elementos en juego. El método es, por ende, la deliberación, la cual se centra básicamente en el análisis de hechos, valores y deberes.

En base a las propuestas de Albert Jonsen y de Diego Gracia, se plantea una metodología de síntesis partiendo de un marco teórico que reconoce la dignidad de la persona humana y la aplicación jerarquizada de los principios de la bioética. La propuesta es seguir un método deliberativo que analiza primero los hechos clínicos, calidad de vida, voluntad del enfermo y el contexto particular del caso, para continuar analizando los problemas éticos, los valores y principios en juego, y concluir en decisiones o recomendaciones en base a cursos de acción elegidos después de analizar todas las alternativas confrontadas con sus valores y fundamentos.

Referencias

1. Couceiro A., Beca J.P. Los Comités de Ética Asistencial y las Repercusiones Jurídicas de sus Resoluciones. *Rev Med Chile* 2005; 134: 517-519.
2. Beca J.P. Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. *Bioética & Debate* 2008; 14 (45): 1-5.
3. Schneiderman,L.J., Gilmer,T., Teetzel,H.D., Dugan,D.O., Blustein,J., et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 290: 1166-1172.
4. Beca J.P., Koppmann A., Chávez P., Delgado I., Solar S. Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. *Revista Médica de Chile 2010*; 138: 815-820.
5. Gracia D. La Deliberación Moral: El método de la Ética Clínica. *Medicina Clínica (Barc)* 2001; 117: 18-23.
6. Drane J. Métodos de ética clínica. En *Bioética para Clínicos*, A. Couceiro, Triacastela, Madrid, España 1999.
7. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*, 5ª Ed., Oxford University Press, New York, 2001.
8. De los Reyes M, Rubio JM. "Metodología de análisis de casos clínicos: procedimientos y deliberación". En *Bioética y Pediatría, Proyectos de vida plena*. De los Reyes y Sánchez Ed., Ergon, Madrid, 2010.
9. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema 1991. 2ª Ed. Madrid, Triacastela, 2007.
10. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad, Madrid, 1989.
11. Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W. *Clinical Ethics*, 4th Ed. McGraw Hill, New York, 1998.

DECISIONES EN PACIENTES CON CAPACIDAD DISMINUIDA[1]

Dr. Miguel Kottow[2]

Introducción

La presente reflexión es un derivado del tema "Consentimiento informado", que ha sido nuclear en el desarrollo de la bioética clínica y ha dado origen a una ingente literatura (Faden and Beauchamp 1986). Algo más tardía ha sido la preocupación en ética de la investigación biomédica, donde se presentan mayores divergencias en cuanto a la voluntariedad de participación de probandos. Esta diferencia entre clínica e investigación sugiere distinguir entre "decisión informada" que ejerce el paciente frente a las alternativas de tratamiento médico que se presentan, y "consentimiento informado" propiamente tal que debe preceder al reclutamiento de sujetos de investigación, quienes deciden su participación pero además consienten a respetar todos los requerimientos del protocolo de investigación (Kottow 2007).

Las decisiones son tomadas y los consentimientos otorgados por el paciente o sujeto discerniente que ha sido debidamente informado. Estos procesos, aunque muy latamente discutidos en la literatura pertinente, no han logrado disipar muchas brechas conceptuales que infectan estos procedimientos con variantes, excepciones y, también, divertimentos académicos. Bajo el concepto de "capacidad disminuida", la presente ponencia se refiere a capacidad mental reducida en su competencia de tomar decisiones clínicas pertinentes a la situación médica del paciente. El telón de fondo para reflexionar sobre este tema es la Declaración de Lisboa sobre derechos del paciente (1981, modificada en 1995), que señala en el acápite 3b: "El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia." Lo que está en cuestión es determinar, en situaciones clínicas en que la competencia mental está en duda, acaso el paciente está en condiciones de otorgar consentimiento informado para las decisiones médicas que le son propuestas. Obviamente, el consentimiento es de más peso que la competencia, de lo que se desprende que fallas de discernimiento no invalidan el consentimiento sino que lo delegan a través de una representación legítima y validada. Junto con casos en que la capacidad puede estar disminuida y debe ser evaluada, es preciso decidir en qué circunstancias y quién ha de representar legítimamente a personas carentes de discernimiento. La Declaración de Lisboa es muy cauta al respecto, al indicar que "[s]i el paciente legalmente incapacitado puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene el derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal" (acápite 5b).

---

1 Conferencia presentada en el Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011.

2 Profesor Titular, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Capacidad intelectual y competencia de decisión

Una primera precisión semántica requiere que, en vez de capacidad mental, la bioética se refiera a competencia mental, por cuanto no se trata de establecer niveles de prestancia intelectual en general, sino de evaluar claridad mental para entender información en circunstancias que urge tomar decisiones y aquilatar las consecuencias de las alternativas a ponderar. La capacidad mental se relaciona con niveles de inteligencia y es susceptible de ser sometida a una métrica mediante pruebas de inteligencia con indexación en una escala (tests de IQ). Mucho se ha dicho sobre cociente intelectual, la legitimidad intercultural de su diagnóstico y la validez de su cuantificación; mas aquí lo relevante en el presente contexto es determinar si una persona es o no competente para tomar ciertas decisiones médicas; de aquí la importancia de distinguir capacidad, que es una evaluación general de nivel de discernimiento, de competencia, referida a las posibilidades de enfrentar problemas concretos.

La evaluación del nivel intelectual puede estar indicada en personas cuyo desarrollo mental está definitivamente detenido y se mantiene estable a través del tiempo, resultando más problemático cuando la capacidad mental está en proceso de cambio por edad, enfermedad o progresivo deterioro. El dilema clínico se refiere específicamente a la solvencia mental para enfrentar alternativas concretas de decisión en una situación médica, pudiendo haber diferencia entre nivel intelectual general y la capacidad puntual de entender el problema médico que el paciente enfrenta.

Por ende, el tema no se relaciona directamente con capacidad intelectual, sino con competencia, es decir, con la pregunta de si acaso en una situación dada el paciente está, o no, en condiciones de enfrentar la tarea de participar en las decisiones médicas que le atañen. Distinguir entre capacidad y competencia explica por qué el nivel de inteligencia dice muy poco sobre la prestancia de una persona para enfrentar los problemas y conflictos de su vida, y llama a cautela cuando frente a una persona de educación limitada o condición socioeconómica desmedrada se concluye sin más, que no es capaz de tomar decisiones en su propio interés. Esta distinción entre capacidad y competencia, que parecería ser artificial, es muy pertinente, por ejemplo, al enfrentar dilemas reproductivos en personas de cociente intelectual reducido o en menores de edad cuyo discernimiento es cuestionado. La sospecha de deficiencia en el ejercicio de la autonomía depende de faltas de consistencia en la argumentación con que el paciente sustenta su decisión, no con el contenido de ésta, aun cuando parezca poco razonable o disienta de las recomendaciones médicas. Una decisión que se considera médicamente irracional, sobre todo si aparece atentando contra los propios intereses del paciente, puede provenir de un paciente competente y coherente con sus propios valores existenciales: "de acuerdo con los cultores de la ética médica, el hecho que la decisión [de un paciente] ponga su vida en peligro no provee, de por sí, fundamentos para sobreseer esa decisión" (Craigie 2011).

Presunción de autonomía

Si en la vida civil toda persona se presume autónoma mientras no haya motivo y fundamento para suponer lo contrario, es coherente que el paciente sea enfrentado con presunción de competencia mental para ejercer su reconocido derecho de evaluar y decidir las alternativas médicas que le son propuestas. Esta presunción de competencia mental reemplaza al tradicional paternalismo médico, según el cual la persona enferma pierde la ecuanimidad de juicio y debe ser guiada por el criterio ponderado, informado y benefactor del terapeuta. No obstante, la competencia de tomar decisiones se ve cuestionada cuando el médico enfrenta personas cuya capacidad de discernimiento aún no madura –niños–, se encuentra estructuralmente limitada –deficientes mentales– o involuciona por procesos patológicos o etarios. Esta primera aproximación al problema se ve complicada si el paciente competente emite juicios o toma una decisión que el médico considera poco razonable o irracional e interpreta apresuradamente como señal de competencia mental reducida. Un segundo elemento de complejidad ocurre cuando la competencia mental se debilita o queda abolida, pero hay antecedentes fehacientes sobre la decisión que habría tomado de no encontrarse limitado.

Paternalismo y competencia mental

Recordando que la bioética nace, en su vertiente clínica, como una disciplina preocupada por los derechos del paciente, su más insistente atención estuvo desde un comienzo dirigida al resguardo de la autonomía del paciente. A pesar de ello, el tradicional paternalismo médico ha persistido y es practicado en el entendido que el paciente, aunque su competencia mental estuviese indemne, se siente mejor protegido y albergado si puede dejar las decisiones médicas en manos de quien presume que actuará en su mejor interés. Justificada o no, esta confianza se puede sentir frustrada y es fuente potencial de conflicto, y un frecuentemente presentado argumento en juicios de mala práctica.

Cuando efectivamente hay una deficiencia de competencia y falta una representación legítima e idónea, el paternalismo médico no solo es válido sino mandatario, para no dejar desprotegido al paciente por falta de decisiones. Es lo que se denomina paternalismo justificado o paternalismo protector, que suple deficiencias de autonomía actuando en el mejor interés del paciente, y que ha de diferenciarse del paternalismo autoritario que pretende imponer criterios a pesar que el paciente es mentalmente competente y puede ejercer su autonomía. El paternalismo autoritario no tiene, salvo muy contadas y explícitas excepciones, legitimidad moral alguna, puesto que ejerce coerción sobre pacientes capaces de tomar sus propias decisiones médicas.

Vulnerabilidad y autonomía

La vulnerabilidad es una característica antropológica de la vida humana frágil y en permanente riesgo de sufrir desmedro o extinción. El rasgo existencial de

potencial daño se distingue de las situaciones en que el daño se actualiza y la persona enferma pierde la competencia para ejercer plenamente su autonomía, sea por enfermedad, indigencia, falta de educación, inhabilidad o discapacidad. En estos casos, el afectado ya no es vulnerable –potencialmente dañable–, sino de hecho vulnerado o dañado. En el lenguaje cotidiano se sindica como vulnerables a individuos pobres, escasamente educados, enfermos, discapacitados por enfermedad o senescencia, o coartados socialmente. Según CIOMS (CIOMS 2002a), y siguiendo las disquisiciones de muchos bioeticistas, las personas vulnerables se definen por su incapacidad de ejercer autonomía y velar por sus propios intereses; se comete así una doble falta al homologar al frágil pero indemne –vulnerable– con el ya dañado –vulnerado–, e imputarle que su vulneración lo vuelve incompetente.

Lo que pareciera una sutileza semántica y conceptual de distinguir al vulnerable del dañado, adquiere ribetes problemáticos cuando los investigadores biomédicos, amparados por las guías de CIOMS, determinan que los por ellos catalogados de vulnerables no tienen la competencia mental para cuidar sus propios intereses porque padecen de deficiencias en su discernimiento y pueden, por ende, ser reclutados para estudios médicos sin cumplir con un acabado proceso de consentimiento informado.

En sus comentarios, CIOMS (pauta 15) cae en inconsistencias, al sostener por un lado que la "mayoría de los individuos con trastornos mentales o conductuales pueden dar consentimiento informado" y por ende no son "incapaces"; que si lo fuesen, "[N]unca debieran ser sujetos de investigación cuando ésta podría realizarse igualmente con personas en completa posesión de sus facultades mentales" (CIOMS 2002b). Se percibe una falta de precisión que ha llevado a investigaciones que violan la ética y lesionan los derechos de los probandos.

La incorporación a estudios clínicos de pacientes claramente incompetentes ha abierto el flanco para controversias que abarcan todo el espectro de argumentos, desde quienes solo aceptan incorporar a estas personas en estudios terapéuticos con expectativas directas de beneficios médicos para ellas, hasta quienes condicionan su participación a que no haya posibilidad de investigar con sujetos competentes (Wendler and Prasad 2001). En el otro extremo, se ha planteado que, propiciando el deber de toda persona a participar en estudios biomédicos que benefician a la humanidad, no hay motivo para eximir a los incompetentes de también ser incluidos (Rhodes 2005).

Autonomía diferida

El relato de Ulises, quien tomó la decisión de hacerse amarrar al mástil de su barco para no lanzarse al mar seducido por el canto de las sirenas, por lo cual conminó a sus marinos que no lo soltaran aunque él lo ordenara, ha inspirado el actualmente denominado "Testamento Ulises", en que pacientes con desórdenes mentales documentan en estado lúcido las instrucciones sobre los cuidados que desean recibir si caen en obnubilación psíquica. En forma más generalizada, se ha conformado el "testamento en vivo" o "testamento vital", que es una directriz anticipada en que la

persona documenta las decisiones médicas que desea sean tomadas en caso de sufrir enfermedad con compromiso de su competencia mental.

Los testamentos vitales son legalmente vinculantes en algunos países para aceptar omisión de tratamiento aun cuando ello acelere la muerte. Muchos médicos los desestiman porque consideran que la validez del documento se ha perdido por el tiempo transcurrido desde su confección, y porque las condiciones actuales del paciente tal vez lo hubiesen llevado a rescindir de sus decisiones anticipadas. Por el contrario, se argumenta que una decisión tomada en estado de competencia mental permanece válida a lo largo del tiempo y aún más allá de la muerte, como ocurre con disposiciones testamentarias y promesas de cumplimiento post-mortal.

La reflexión ética, respetuosa de la autonomía de las personas, apoya la validez de los testamentos en vivo y resta validez a las decisiones tomadas en contra de lo que la persona haya explícitamente estipulado, como desafortunadamente ocurre cuando los allegados niegan órganos para trasplantes aunque el fallecido haya claramente expresado su voluntad de donar.

(In)competencia mental calificada

En la duda si acaso un paciente posee la competencia mental para tomar decisiones médicas, es éticamente incorrecto presumir lo contrario, es decir, determinar anticipada e infundadamente que la competencia no existe o es deficiente. Si bien la ley establece una edad mínima para imputar discernimiento, la bioética avala que un menor de edad –término legal– puede tener competencia mental para decidir en cuestiones médicas que le atañen, incluyendo la participación en investigaciones clínicas (Harris and Holm 2003). Del mismo modo, una persona senescente con lagunas intelectuales puede conservar ciertas áreas de competencia mental y haberla perdido en otras. Al hablar de competencia calificada, se evalúa estrictamente el desempeño intelectual en el área de las decisiones médicas requeridas, en el entendido que una persona puede, por ejemplo, haber perdido o carecer de habilidades para manejar sus finanzas y sin embargo participar con discernimiento en el proceso de decisiones médicas que la afectan.

Hay debate sobre la pertinencia de incluir a personas incompetentes en investigaciones clínicas no terapéuticas, esto es, que no tendrán beneficio médico para ellas (Wendler 2005). El tema escapa al presente contexto, pero vale la pena anotar que decisiones no voluntarias que son tomadas sin considerar el interés directo de los incompetentes, carecen de legitimidad ética, habiendo sido defendidas con argumentos de dudosa solidez.

Para evaluar la competencia en asuntos médicos, se recurre a la objetivación del discernimiento. En lo esencial, la decisión competente involucra intencionalidad –ser acorde con los deseos y valores de la persona–, información y voluntariedad. La evaluación objetiva, que no ha de ser por los médicos tratantes, contempla cuatro aspectos fundamentales (Craigie 2011):

El paciente entiende la información que se le proporciona

Existen prejuicios que imputan deficiencias de comprensión en pacientes con niveles bajos de educación, o que provienen de culturas o lenguas diversas. Frecuente es presuponer que el paciente, encontrándose en situación de sufrimiento y ansiedad, no logra concentrarse para incorporar la información que se le ofrece. Sin embargo, la entrega de información es muchas veces deficiente por falta de tiempo, empatía y paciencia del informante, así como la utilización de un lenguaje impropiamente técnico. Se ha vuelto rutinario el escueto reemplazo del proceso de información al paciente por un formulario estandarizado que, en vez de ser la fase final de un diálogo personal, es utilizado como documento de un procedimiento de decisión informada que nunca existió.

Por lo tanto, al evaluar la competencia para recibir información pertinente a su situación, se da por entendido que se ha hecho todo el esfuerzo necesario para que la información sea comprensible.

El paciente aquilata la relevancia personal de la información entregada y reconoce encontrarse en una situación de decidir alternativas

El paciente debe tener claro que decidir una intervención quirúrgica, por ejemplo, no se basa en recibir información técnica sobre el proceso de preparación y ejecución de la cirugía, sino en aquilatar en qué medida la información le permite llegar a una decisión acorde con sus valores, intereses y deseos. El paciente ha de entender que se encuentra en un proceso de decisión, a diferencia de su cooperación para un curso de acción al cual ya ha consentido.

El paciente entiende las probables y posibles consecuencias de su decisión

La importancia de este aspecto inspira en muchos autores la consideración que el proceso de decisión informada, tanto en clínica como en investigación biomédica, es en lo esencial una ponderación de beneficios y riesgos, esto es, un mapeo de las consecuencias a corto y largo plazo que la decisión acarrea. Este aspecto es probablemente el más personal e indelegable, por cuanto el paciente realiza la ponderación en relación a su propia evaluación de lo que es deseable y aceptable.

La decisión del paciente ha de tener coherencia biográfica con sus valores y estilo de vida

Un signo de discernimiento es que la decisión informada del paciente sea coherente con su biografía, aunque este criterio es de difícil aplicación en niños y personas jóvenes de aún escasa trayectoria existencial, más pudiendo complementarse con información del entorno familiar. Tiene utilidad para distinguir decisiones basadas en convicciones, de actitudes nacidas de estados momentáneos de miedo, desconcierto o preocupación.

Delegación e imposición de decisiones médicas

Si el paciente carece de la competencia mental, las decisiones médicas que lo afectan deben ser tomadas por quienes con mayor fidelidad interpretan su voluntad, si la hubo, o respetan de buena fe sus intereses. Existen disposiciones para determinar los representantes legítimos de un paciente mentalmente incompetente, como los familiares por grado de cercanía o por estabilidad de convivencia, jueces, comités de asistencia hospitalaria, eventualmente pero no en primera instancia, los médicos tratantes. Las decisiones vicariantes llevan el riesgo de discordia entre los representantes, o de la intromisión de intereses ajenos a los del representado.

Hay situaciones y ocasiones en que las decisiones del paciente tomadas en plenitud de competencia mental son, sin embargo, desatendidas porque la decisión sería dañina a terceros o atentaría contra el bien común. En estos casos, se reconoce el carácter *prima facie* de la autonomía, es decir, el respeto por la autonomía individual es sobrepasado por un valor que en esa situación es considerado más trascendente, como es el mandato de no dañar.

Decisiones paternalistas en presencia de competencia mental

Existen situaciones en que la competencia mental del paciente no sufre menoscabo e incluso es atingente al problema presentado, y sin embargo hay quienes argumentan que la decisión que toman es inválida y debe ser asumida por otros, aun cuando no esté en juego el bien común. Tal sucede, por ejemplo, en personas debilitadas por una huelga de hambre prolongada o deterioradas por una anorexia nerviosa de larga duración. Los afectados toman en forma competente la decisión de persistir en su conducta y rechazan toda interferencia impuesta, situaciones en las cuales se sugiere evaluar no solamente el discernimiento racional, sino "acaso el [a] paciente está logrando sus objetivos, es decir, acaso hay conformidad con sus metas y valores *subyacentes y persistentes* (Buchanan & Brock 1990, citados en Craigie 2011. Cursivas en el original). En estas disquisiciones se hace valer no solo el discernimiento intelectual, sino también la coherencia emotiva y la clara ponderación de valores. Al respecto, se ha sugerido distinguir entre las instrucciones de los Testigos de Jehová, basada en una fe religiosa respetable, y las personas que padecen de anorexia nerviosa sustentada por una distorsión de valores. Queda a la vista que esta distinción aparece como arbitraria y requiere una reflexión más acabada.

En la "Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las Personas en Huelga de Hambre" (1991/1992) se presenta el deber médico de respetar la autonomía de las personas y su deber de prevenir muertes evitables, como configurando un dilema insoluble entre la decisión final de alimentar o no contra la voluntad del huelguista, debiendo esa decisión ser dejada "a cada médico", una postura que es escasamente satisfactoria en esclarecer las disyuntivas de voluntades y deberes opuestos e incompatibles.

Conclusión

Todo ser humano, y por consecuencia todo paciente, se presume autónomo y mentalmente competente para tomar las decisiones médicas que enfrenta. Hay una progresiva tendencia a respetar documentos anticipados que hubiesen sido elaborados en estado de competencia, aun cuando no pueda ratificarse su pertinencia cuando el paciente haya perdido el discernimiento. Si la competencia aún no madura –niños pequeños–, es deficiente –disturbios mentales profundos– o se apaga por enfermedad o deterioro etario, corresponde delegar las decisiones siguiendo un orden legítimo y/o legal de representación. Solo en situaciones de emergencia, donde no hay voluntad conocida ni representación disponible, puede quedar la decisión a criterio del médico.

Ante la presunción de incompetencia, es imperioso realizar una evaluación objetiva del grado de razonamiento práctico disponible para tomar decisiones médicas. Ante la duda, el paciente debe contar con la presunción de competencia, la que no es cuestionada por el contenido o carácter de la decisión, sino que por la idoneidad de desarrollarla.

Persiste un residuo de situaciones complejas, en que el paciente tiene competencia mental pero el médico desatiende una decisión que puede llevar a la muerte por considerar que no tiene un sustento coherente en los afectos y valores del enfermo. Estas circunstancias son complejas y requieren una deliberación bioética más acabada que, por ahora, no permite sugerir recomendaciones claras de acción u omisión.

Referencias

CIOMS.
2002a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. C.f.I.O.o.M.S. (CIOMS), ed. Geneva: CIOMS/WHO.
2002b Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)-OPS/OMS.
Craigie, J.
2011 Competence, practical rationality and what a patient values. Bioethics 25(6):326-33.
Faden, R.R., and T.L. Beauchamp.
1986 A history and theory of informed consent. New York Oxford: Oxford University Press.
Harris, J., and S. Holm.
2003 Should we presume moral turpitude in our children?--small children and consent to medical research. Theor Med Bioeth 24(2):121-9.
Kottow, M.
2007 Participación informada en clínica e investigación biomédica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/ UNESCO.
Rhodes, R.
2005 Rethinking research ethics. Am J Bioeth 5(1):7-28.
Wendler, D.
2005 Protecting subjects who cannot give consent: toward a better standard for "minimal" risks. Hastings Cent Rep 35(5):37-43.
Wendler, D., and K. Prasad.
2001 Core safeguards for clinical research with adults who are unable to consent. Ann Intern Med 135(7):514-23.

TALLERES

PROBLEMAS ÉTICOS AL FINAL DE LA VIDA[1]. UNA MIRADA DE APROXIMACIÓN DESDE LA PRÁCTICA

Dr. Armando Ortiz[2]

En la actualidad, un número considerable de enfermos termina su existencia entre extraños, en el hospital o en una residencia del adulto mayor o casa de reposo, donde diversas medidas de mantenimiento de la vida permiten retrasar la hora fatídica de la muerte. En ocasiones, este retraso paga un precio: la prolongación de los padecimientos físicos y morales. El reconocer que un enfermo se encuentra en la fase final de su vida no siempre es fácil. Por este motivo no resulta difícil comprender por qué los médicos insisten en mantener los tratamientos. La medicina no es una ciencia exacta y, tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, nos movemos entre ciertos márgenes de incertidumbre. En esa situación, tanto los enfermos y sus familias como los médicos, tienen dificultades para afrontar el sufrimiento cuando la enfermedad no tiene curación.

La experiencia del sufrimiento, que no cede con la moderna tecnología médica o con los nuevos fármacos, nos recuerda a todos los que nos sentimos implicados, enfermos, familias, profesionales de la salud y sociedad en su conjunto, que su alivio precisa de una medicina humana que tenga en cuenta a la persona en todas sus dimensiones (biológica, psíquica, social y espiritual).

En la fase final de la vida surgen numerosas preguntas que son difíciles de contestar.

Cuando se tratan de responder aparecen algunas dudas cuyo componente ético analizaremos brevemente.

Usaremos las preguntas para intentar aclarar algunas ideas sobre este importante tópico de la bioética clínica:

1) ¿Se encuentra el enfermo en el final de su vida?

Reconocer si un enfermo se encuentra en el final de su vida no es algo de poca monta o indiferente. Si lo hacemos y el paciente es potencialmente curable, cometemos un error del que pueden derivarse graves consecuencias, como la muerte precoz de un enfermo que aún podría vivir cierto tiempo. Así, faltaríamos a uno de los fines de la medicina que es prevenir o evitar la muerte prematura. Lo contrario, es

1 Taller realizado en el Seminario "Desafíos Actuales de la Bioética Clínica", 28 de septiembre de 2011.

2 Magíster en Bioética. Director del Diploma en Bioética Clínica, Universidad de Chile. Presidente del Comité de Ética de la Clínica Las Condes.

decir, someter a un paciente incurable, en el que concurren todas las características del enfermo en el final de su vida, a terapias no indicadas en su situación biológica, también tiene graves consecuencias (obstinación o exceso terapéutico). Para disminuir la incertidumbre, los profesionales de la salud establecen algunos criterios que les ayudan a definir el final de la vida. El enfermo y la familia tienen derecho a ser informados acerca de estos criterios.

2) ¿Se le debe informar al enfermo de su estado ?

Toda persona tiene el derecho a disponer libremente de sí misma y a actuar conforme a los principios y valores que han regido su vida. El consentimiento informado es un proceso de información y de comunicación entre el profesional de la salud y el enfermo, que puede culminar con la autorización del paciente sobre las actuaciones diagnósticas o terapéuticas, de las que el médico ha ponderado sus riesgos, beneficios y alternativas. En ausencia de un verdadero proceso de comunicación, resulta imposible que una persona pueda decidir de manera libre y responsable, por lo que es necesario que los profesionales dediquen un tiempo suficiente a la información y a la comunicación, que les dará la oportunidad de conocer los valores del enfermo, su concepto de calidad de vida, así como saber qué tipo de relaciones mantiene con su familia.

Sin embargo, el terreno de la información y de la comunicación no está exento de dificultades. En el final de la vida, la información debe responder a las necesidades del paciente, a la que él mismo solicite o sea capaz de soportar.

3) ¿De qué manera se concretan estas necesidades?

Saber escuchar a los enfermos se convierte en un requisito imprescindible si se desea que se produzca una verdadera comunicación. Se debe prestar atención a lo que desea trasmitir el enfermo, escuchando sus problemas y mostrando verdadero interés por sus dificultades, sus dolores y sufrimientos. Cada paciente tiene necesidades diferentes de información, por lo que se deberá medir la cantidad, el ritmo, los límites y la forma de la información. La necesidad de conocer la verdad no es la misma en todos los individuos, ni para todos los temas en cualquier momento. El enfermo necesita integrar la información en su mundo. En todo este proceso no se deberá olvidar a la familia que arrastra sus propios miedos y que los profesionales de la salud deben saber canalizarlos.

En aquellos casos en los que se sepa, con casi total seguridad, que la información va a generar mayores males de los que se pretenden evitar al proporcionarla, estará justificada la abstención informativa (estado de necesidad terapéutica, antes conocido como privilegio), figura que es una de las excepciones al consentimiento informado, recordemos que debe estar muy bien justificada. En el resto, se proporcionará la información al enfermo teniendo en cuenta sus necesidades y características, sabiendo que el objetivo final es que pueda potenciar su autonomía. Al menos que tenga la oportunidad de ejercerla y participar de las decisiones.

4) ¿Se pueden limitar los tratamientos?

Poner un límite a los tratamientos constituye uno de los problemas éticos más comunes en la práctica actual de la medicina. Utilizar y mantener todas las posibilidades terapéuticas que el desarrollo científico-técnico de la medicina pone en nuestras manos puede salvar la vida de un enfermo o representar una agresión continuada que le impida morir en paz (recordemos que otro de los fines de la medicina es el de permitir una muerte en paz).

Limitar los tratamientos obliga a los profesionales de la salud, médicos en especial, a un serio ejercicio diagnóstico que es reconocer: a) si el enfermo se halla en el final de su vida y predecir las posibles consecuencias que se derivan de la continuación o no de dichos tratamientos, y b) los deseos del enfermo. Una vez establecido que el enfermo se encuentra en el final de la vida, los profesionales de la salud disponen de algunos criterios que pueden ayudarles a predecir las consecuencias que se derivan de la continuación o no de los tratamientos. Primero diferencian "niveles de tratamiento", de menos a más agresivos, con objeto de poder determinar si una medida terapéutica es o no adecuada, teniendo en cuenta la situación clínica del enfermo y las consecuencias que se prevén de su utilización.

Los cuidados generales de enfermería y los tratamientos paliativos necesarios para aliviar y disminuir el sufrimiento son una exigencia en todas las situaciones. Otros niveles de tratamientos, como los que se administran en una unidad de cuidados intensivos, los que se aplican en una planta de hospitalización u otros cómo la alimentación y la hidratación, son discutibles dependiendo de criterios como la proporcionalidad, la futilidad o la calidad de vida.

La proporcionalidad trata de evaluar los efectos positivos del tratamiento y los negativos como la falta de confort o el dolor. La futilidad tiene relación con la utilidad de los tratamientos. Decimos que un tratamiento es fútil cuando los beneficios que se obtienen ocurren en un porcentaje inferior al 5% de los enfermos tratados. Por último, es importante conocer cómo quedarán los pacientes tras la aplicación de los recursos tecnológicos que hoy día disponemos, qué calidad de vida tendrán, qué grado de autonomía, qué minusvalía.

Estos criterios (proporcionalidad, futilidad, calidad de vida) involucran juicios de valor, complicando el debate acerca del significado de la utilidad o no de los tratamientos en el final de la vida. Por dicho motivo, resulta básico conocer los "deseos del enfermo", pues solo a él le corresponde decidir cuándo y cómo decir "basta ya" a los tratamientos.

5) ¿Quién debe tomar las decisiones?

Solo al enfermo le corresponde tomar las decisiones que afectan a su propia vida. A través del proceso de información y comunicación con el paciente dentro de la relación clínica, éste podrá valorar si un tratamiento es proporcionado o no y si los

niveles de calidad de vida resultantes son aceptables o no y si reúnen los requisitos de humanidad o dignidad que él precisa para continuar viviendo. La participación y la toma compartida de la decisión del enfermo son una ayuda inestimable en las situaciones de incertidumbre.

Dentro de las obligaciones de los profesionales se encuentra determinar la capacidad o competencia del enfermo para saber si éste puede tomar o no una decisión. La incompetencia del enfermo supone la invalidación, tanto de su consentimiento al tratamiento como de su rechazo. La evaluación de la competencia se centra normalmente en la capacidad mental del paciente, sobre todo en las habilidades psicológicas necesarias para tomar una decisión médica concreta. Se deberá saber si el enfermo comprende lo que se le está explicando y si puede tomar una decisión sobre el tratamiento basándose en la información que se le ha suministrado.

Cuando el enfermo sea incompetente se deberá identificar a un sustituto en la toma de decisiones. En la práctica habitual, la sustitución suele corresponder a un miembro de la familia. El representante o tutor reemplaza las decisiones del enfermo basándose en el mejor conocimiento de sus valores y de lo que considera que se ajusta mejor a sus intereses. Estas decisiones se denominan "decisiones de sustitución" o "decisiones subrogadas".

6) ¿Qué son las voluntades anticipadas?

En un contexto de respeto a los valores y a las decisiones que toma el enfermo, éste puede participar en sus cuidados y planificar su futuro mediante la expresión de sus deseos a través de la elaboración de un documento de voluntades anticipadas. En este documento una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, puede decidir cómo desea que lo traten cuando no pueda tomar decisiones por sí mismo y otros deban hacerlo en su lugar. La persona también puede designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario, y que le sustituirá en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma. El desarrollo de estas herramientas en nuestro medio es muy incipiente, pero se prevé un mayor incremento en el futuro.

Entre los aspectos positivos de los documentos de voluntades anticipadas se encuentra la posibilidad de conocer el concepto de calidad de vida del paciente, que puede contribuir a reducir la tensión que supone tomar decisiones en condiciones de incertidumbre. Entre las dificultades está la necesidad de determinar la capacidad o competencia del enfermo para saber si cuando suscribió el documento de voluntades anticipadas podía tomar o no una decisión. En este sentido, el paciente debería conocer los problemas clínicos o situaciones que se pueden plantear al final de la vida, las alternativas terapéuticas que se podrían aplicar en diferentes escenarios y, sobre todo, apreciar las consecuencias que podrían derivarse de la aplicación de cada alternativa.

7) ¿Cómo proceder cuando el enfermo no puede decidir y no se ponen de acuerdo los representantes del paciente (familiares) y los profesionales de la salud?

En primer lugar, todas las personas que participan en la relación clínica deberían esforzarse por conocer qué hubiera deseado el enfermo en esas circunstancias concretas. Esto no resulta fácil.

Las situaciones que se producen en el final de la vida son tan complejas que, incluso si el enfermo hubiera dejado su opinión escrita en un documento de voluntades anticipadas, a veces es difícil tomar una decisión. Sustituir las decisiones de otra persona, sobre todo en el final de su vida, entraña una enorme responsabilidad.

En determinadas ocasiones, las opiniones de la familia y de los profesionales sanitarios difieren.

Otras veces, son los propios familiares quienes discrepan abiertamente. En dichas circunstancias estarán obligados a realizar un esfuerzo por argumentar sus opiniones y por alcanzar un consenso.

Si esto no fuera posible se podrá solicitar la intervención del Comité de Ética Asistencial (CEA).

8) ¿Qué es el comité de ética asistencial?

Es una comisión consultiva e interdisciplinaria al servicio de los profesionales y usuarios de una institución de salud, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia y corregir la toma de decisiones.

Estos comités nacieron como consecuencia de las necesidades de los profesionales de la salud de compartir las decisiones que afectan a la calidad de vida de los pacientes y que conllevan el riesgo de la incertidumbre, tanto por los resultados previsibles de determinadas terapias o intervenciones, como en la valoración de riesgos y beneficios. Tienen entre sus objetivos respetar al máximo la legítima autonomía del paciente, así como proporcionar pautas de actuación coherentes en casos difíciles que se presentan con frecuencia, mediante protocolos. También cuando se necesitan respuestas rápidas y entran en conflicto valores del paciente o de su familia con los valores que los profesionales de la salud y de la institución de salud desean proteger. O cuando suceden conflictos de valores entre los propios miembros de la familia o entre los propios miembros del equipo profesional.

El comité de ética asistencial trataría de facilitar el proceso de decisión en los casos más conflictivos asesorando, tras su análisis, sobre la corrección de las decisiones morales que se toman en la actividad asistencial.

No son funciones del comité ni promover ni amparar actuaciones jurídicas para las personas o para la institución. Tampoco auditan ni se manifiestan sobre las denuncias o reclamaciones que afecten a los procesos técnicos de la actividad sanitaria. No realizan juicios sobre la práctica profesional o la conducta de los profesionales de la salud, ni sobre las conductas de los pacientes o usuarios. Tampoco toman decisiones. Son órganos consultivos y tienen carácter asesor.

El comité es un foro constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, filósofos y ciudadanos que no tienen relación con las profesiones de la salud, donde se delibera, sopesa y pondera sobre los diferentes valores inmersos en la práctica asistencial, tratando de asesorar en las distintas decisiones que se pueden tomar.

9) El tratamiento paliativo de algunos síntomas y sus problemas

El dolor es uno de los sistemas de alarma de que disponen los seres humanos que tiene como objeto la defensa de las agresiones que ponen en peligro sus vidas. Es una experiencia desagradable que lleva a buscar su alivio. Sin embargo, una vez realizada su función de prevención, la permanencia del dolor no parece servir para nada positivo.

A veces, la utilización de fármacos que pueden disminuir la angustia u otros síntomas acompañantes como la disnea o el dolor, puede derivar en un acortamiento de la vida. Esta utilización de los fármacos se considera indicada, tanto desde la buena praxis médica como desde el punto de vista ético, en el final de la vida. Este hecho se conoce y fundamenta como "doble efecto".

En la utilización de estos fármacos queda implícita la intencionalidad paliativa y no eutanásica de la indicación médica.

La sedación del paciente terminal es otra cuestión controvertida. Mediante la sedación se trata de aliviar el sufrimiento del enfermo disminuyendo su nivel de conciencia. Una vez sedado, el paciente pierde su capacidad de tomar decisiones, su autonomía. La decisión de sedar a un paciente con carácter definitivo obliga a responder a una serie de interrogantes ¿Se han utilizado todos los tratamientos disponibles alternativos a la sedación?, ¿de quién es el sufrimiento que se pretende aliviar, del enfermo, de la familia o del equipo profesional?, ¿quién toma la decisión? ¿al sedar de manera definitiva a un paciente terminal se le ha arrebatado su condición de persona? Los complejos problemas que se derivan de su puesta en práctica debe obligar a los profesionales que se enfrentan a estas situaciones a utilizar un protocolo que asegure la buena práctica y el respeto a los derechos y a la dignidad del enfermo terminal.

En la alimentación y la hidratación del enfermo terminal y de los pacientes con daño neurológico irreversible no se ha alcanzado un consenso ético universal. El problema surge en los enfermos terminales o con enfermedades neurodegenerativas muy evolucionadas que no pueden alimentarse al perder la facultad de deglutir. En dichas circunstancias, el soporte nutricional puede efectuarse mediante diversas

técnicas como las sondas nasogástricas, gastrostomías o alimentación parenteral. Para algunos, la alimentación y la hidratación son cuidados básicos que no pueden ser omitidos. Otros, en cambio, consideran que dichos procedimientos forman parte de los tratamientos médicos que pueden resultar molestos, dolorosos e, incluso, indignos y, por lo tanto, sujetos a los límites de cualquier otro tratamiento, es decir, la situación clínica del paciente y la expresión de sus deseos en dicho momento o mediante las voluntades anticipadas orales o escritas.

La administración de antibióticos, las transfusiones sanguíneas, la ventilación y la utilización de otras herramientas o tratamientos en las etapas finales de la vida dependerán de la proporcionalidad de dichas medidas que resulten de cotejar los beneficios que se desean obtener con los efectos secundarios y riesgos hacia un enfermo particular y concreto. En consecuencia, estarán sometidas a la etica de la indicación médica, la que se sustenta en un juicio profesional.

10) Las peticiones de eutanasia y suicidio asistido

La penalización de la eutanasia y del suicidio asistido impide un debate serio y riguroso acerca de los argumentos que esgrimen las partes enfrentadas. También nos impide conocer la realidad sobre la práctica de la eutanasia o del suicidio asistido en nuestro entorno, si la hubiera. Por otro lado, la existencia de distintas denominaciones como eutanasia activa y pasiva, directa e indirecta, voluntaria o involuntaria, no hace más que aumentar la confusión. El término eutanasia debería reservarse exclusivamente para designar aquellos actos que tienen por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa de éste. En esta definición aparece lo que los juristas denominan el triple juicio: de motivos –razones humanitarias o piadosas–, de irreversibilidad del estado y de calidad de vida personal.

En muchas ocasiones, los deseos de morir son peticiones de auxilio de un ser humano que sufre física, psíquica, social y espiritualmente. Una asistencia paliativa integral puede aliviar este sufrimiento y reconducir el deseo de morir hacia una muerte serena y digna. Los profesionales de los cuidados paliativos tienen la obligación de aliviar, tratar los síntomas molestos y dolorosos, y revisar el plan terapéutico tantas veces como sea necesario. Lo que nunca debería suceder es que un enfermo solicite la eutanasia porque no se sabe o no se pueden utilizar los recursos que nuestra sociedad dispone para el alivio de sus síntomas y de su sufrimiento. A pesar de todo lo que se ha dicho, existen pacientes cuya petición de eutanasia no se debe a razones de mala asistencia, sino porque su valoración de la situación puede ser totalmente distinta a la de los profesionales de la salud. El debate de la eutanasia, por lo tanto, sigue abierto.

El suicidio asistido consiste en proporcionar a un paciente los medios adecuados para que él mismo, en el momento que lo desee, ponga fin a su vida. La propuesta del suicidio asistido no puede ser nunca el sustitutivo de los cuidados paliativos.

¿Tiene derecho una persona a disponer de su vida? La respuesta es afirmativa. El sujeto puede determinar el cuándo y, en cierta medida, el cómo de su muerte. La discusión se establece cuando el paciente que ha decidido poner fin a su vida, solicita que otras personas se involucren ¿Estamos legitimados para quitar la vida a otro ser humano o para colaborar en que él mismo se la quite? Este es un debate que no cesa.

11) Los problemas espirituales

El ser humano comparte con el resto de los seres vivos la dimensión biológica y algunos aspectos de las dimensiones psíquicas y sociales. Sin embargo, la dimensión espiritual es propia y exclusiva del ser humano y se basa en la búsqueda de su realización como ser humano. Los creyentes incluyen la búsqueda del fundamento y sentido de su vida desde una óptica religiosa. En las fases finales de la vida se necesita una atención respetuosa, activa y personalizada de las creencias o convicciones del enfermo. En este sentido, los enfermos no religiosos también sufren problemas espirituales y no suelen disponer, a diferencia de los creyentes, de personas expertas en este campo. Para una atención adecuada de la espiritualidad se precisa sensibilidad para detectar las necesidades, amor a los seres humanos, predisposición a la escucha, carácter no impositivo y un nivel cultural suficiente acerca de las diferentes confesiones religiosas.

ÉTICA DE LA RELACIÓN CLÍNICA: SECRETO MÉDICO, CONFIDENCIALIDAD Y COMUNICACIÓN DE LA VERDAD[1]

Dr. Iván Pérez Hernández[2] y Dr. Sergio Valenzuela

Introducción. La conocida sentencia del juramento hipocrático, *"lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto"*[3], nos señala que ya desde los inicios de la medicina occidental se ha reconocido este deber como constituyente central en la relación médico-paciente, desde la perspectiva del bien del enfermo y de los fines del acto médico.

Actualmente, en el ejercicio de la medicina, la confidencialidad adquiere una doble faz: es un deber del médico, pero a su vez un derecho del paciente; es la "obligación de sigilo que todo médico tiene respecto de los hechos que le han sido confiados por el paciente en el contexto de la relación clínica", al tiempo que es el "derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona por su vinculación laboral al participar, de forma directa o indirecta, en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el llamado deber de sigilo, reserva y secreto".[4]

En la práctica médica cotidiana, los médicos se ven enfrentados a múltiples dilemas relacionados con la obligación de secreto profesional. De hecho, hay oportunidades en las que el resguardo de la confidencialidad pareciera contraponerse con el respeto a otros principios y valores éticos, o contraviene lo dispuesto por la legislación. En otros casos, de manera inadvertida o sin intención de dañar, se transgrede este pilar fundamental de la relación médico-paciente.

Desarrollo del taller. Los participantes del taller, la mayoría de ellos con larga experiencia clínica y alta motivación por este tema, desarrollaron inicialmente un nutrido intercambio de ideas respecto a cómo en nuestro medio se está vulnerando el secreto médico y la confidencialidad de la información sanitaria en distintas circunstancias del quehacer clínico. Más aún, pareciera que esta transgresión la mayoría de las veces pasa inadvertida, tanto para los profesionales de la salud como para

---

1 Taller realizado en el Seminario: *Desafíos Actuales de la Bioética Clínica*, organizado por la Academia Chilena de Medicina, Santiago, 28 de septiembre de 2011. Moderaron el taller el Dr. Iván Pérez Hernández y el Dr. Sergio Valenzuela Puchulu.

2 Profesor Asistente Adjunto, Departamento de Medicina Interna y Centro de Bioética, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Alameda 340, Santiago.

3 Lara, D: Juramento. En: García C, Lara D, López J, Cabellos B: *Tratados Hipocráticos I*. Editorial Gredos, Madrid, 1983, p 63-98.

4 Júdez, J: La Confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002; 118 (1): 18-37.

los mismos pacientes, siendo necesaria una nueva reflexión que permita recuperar la sensibilidad acerca de la relevancia y centralidad del secreto profesional.

En la segunda parte del taller el grupo se dividió para analizar en mayor profundidad dos temas: ficha clínica y secreto médico.

La confidencialidad amenazada. La necesidad de salvaguardar la confidencialidad de la información sanitaria tiene como fundamento el respeto a la confianza depositada por el paciente. Resulta evidente para todos que la relación médico-paciente ha cambiado desde un modelo paternalista, con un paciente más pasivo, a un modelo en que las personas exigen mayor participación e información en materia de salud. Sin embargo, esta nueva realidad conlleva sus riesgos, toda vez que la comunicación libre y abierta puede poner en riesgo la intimidad y dignidad del paciente. Una dificultad en el proceso comunicativo es la relación con los familiares, no siendo claro a quién y cuánto deben saber de la situación del enfermo. En este sentido, surgió en la discusión una propuesta novedosa: que el médico puede y debe educar a su paciente a que él mismo sea el principal custodio de su confidencialidad.

Un segundo aspecto analizado se relaciona con los "terceros interesados" en la información sanitaria. Específicamente las instituciones de salud previsional y seguros de salud, que solicitan tener acceso a los antecedentes clínicos, diagnósticos, pronósticos y tratamientos de sus afiliados por una razón meramente económica. El médico con frecuencia enfrenta el dilema de guardar el secreto profesional versus entregar información requerida como única manera de lograr las coberturas financieras de las prestaciones. En esta misma línea es importante reflexionar sobre la validez ética de los requerimientos de información emanados del poder judicial.

Los asistentes destacaron el rol de la educación médica como aspecto fundamental en el cumplimiento de este deber profesional. Se plantea la necesidad de revisar los programas de estudios de las facultades de medicina chilenas para asegurar que los médicos sean formados en los principios y valores tradicionales de la profesión, entre los cuales el más relevante es el respeto irrestricto al paciente y a su dignidad personal, que incluye obviamente guardar reserva de su intimidad y de toda información sensible que se conozca en el ejercicio de la profesión[5].

Se planteó la importancia de no restringir esta reflexión al ámbito clínico, sino además tomar conciencia que la confidencialidad también es relevante en la investigación clínica, en la medida que hay personas sanas participando como sujetos de investigación con los mismos derechos y deberes que los pacientes.

Finalmente, se comparte la necesidad de lograr un mayor acercamiento del mundo médico con los legisladores, ya que las leyes y reglamentos deben estar en concordancia con los principios y fines de la medicina. Esto es especialmente trascendente en estos días que se ha reactivado en el Congreso la tramitación del Proyecto de Ley

5 Colegio Médico de Chile AG: *Código de Ética 2008*, artículo 37. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/etica/090305codigo_etica.pdf

de Derechos y Deberes de las personas en su atención de salud[6], iniciativa legal que entre muchos otros aspectos define un marco regulatorio para la confidencialidad médica.

Ficha clínica. La ficha clínica se confecciona con una finalidad primariamente clínico asistencial, es decir, es un documento de ayuda al médico en el proceso diagnóstico y terapéutico de ese paciente en particular, sin embargo, es un documento muy importante en actividades que benefician directamente a otros pacientes y a la sociedad en general como la docencia, la investigación clínica, la epidemiología y la salud pública. La ficha clínica se convierte también en el mejor testimonio del actuar médico, si éste fue acorde a la *lex artis.* Finalmente, y de un modo menos relacionado con el restablecimiento de la salud individual o colectiva, este documento es requerido en procesos de control de calidad de las instituciones y para la gestión económico-administrativa de la salud, siendo este último punto especialmente controvertido desde una mirada ética.

No está definida la propiedad de la ficha clínica, lo que genera algunas tensiones respecto a quiénes podrían tener derechos de acceso a ella[7]. Se trata no solo de conocer sino también de poder enmendar los datos clínicos ¿Es correcto que un paciente solicite borrar de su historial ciertos datos solo porque se supone dueño de la ficha? ¿Pueden los herederos de un paciente fallecido solicitar una fotocopia de su historial clínico? ¿Es correcto que cualquier miembro del equipo de salud acceda a la ficha clínica de un paciente que no está tratando?

La evolución hacia la ficha clínica electrónica, si bien presenta muchas ventajas comparativas, introduce nuevos riesgos de pérdida de la confidencialidad de la información. Es imprescindible que el acceso a ella sea regulado estrictamente, definiendo privilegios diferenciados y también sistemas seguros de identificación. Por ejemplo, debiera ser una exigencia que la ficha electrónica contemplara un espacio para notas privadas, restringidas solo al médico tratante. Con estas consideraciones podría llegar a ser un instrumento más confiable en cuanto a salvaguardar la intimidad de cada paciente.

Secreto médico. Un aspecto fundamental es volver a concordar que el secreto médico no es un deber absoluto sino admite algunas excepciones, en particular puede ser quebrantado cuando existe riesgo vital o de graves daños para el mismo paciente o para terceras personas. Otra conocida excepción son las obligaciones legales, sin embargo en este ámbito se da una tensión que no es fácil de resolver en todos los casos: por un lado la ley obliga a informar o denunciar ciertos hechos, pero por otro lado establece la obligación de secreto para ciertas profesiones.

Las consideraciones anteriores difieren radicalmente de las excepciones al secreto médico que imponen los contratos de compañías de seguros o isapres; al momento de firmar, los pacientes autorizan a estas instituciones a requerir su información

6 Proyecto de Ley sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud. Honorable Cámara de Diputados del Congreso Nacional de Chile. Boletín 2727-11: 12 de junio de 2001.

7 Vacarezza R, Núñez E: ¿A quién pertenece la Ficha Clínica? Rev Méd Chile 2003; 131(1): 111-114.

clínica a los prestadores, condición que es parte inherente del contrato y ante la cual solo cabe la aceptación obligada. Algo similar ocurre actualmente ante la solicitud de créditos bancarios, los que tienen como requisito la declaración de enfermedades o pre-existencias del futuro deudor, muchas veces certificadas por el médico tratante.

Se constatan también algunas inconsistencias legales como, por ejemplo, la excesiva protección de la intimidad amparada por la Ley del Sida, la que si bien tiene el objetivo de evitar la discriminación o estigmatización de las personas infectadas, puede poner en riesgo la salud y la vida de los contactos.

Conclusiones

La confidencialidad es un deber del médico y un derecho del paciente. El secreto médico se ha de proteger en el tratamiento de los datos sanitarios, especialmente cuando se trata de la ficha clínica, tenga ésta un formato manual o electrónico.

Cuando no se resguarda la confidencialidad se pone en grave riesgo la relación médico-paciente, fundada en la confianza y el respeto a la dignidad de la persona. Sin embargo, el secreto médico no tiene carácter absoluto y, por tanto, admite algunas excepciones.

Tan importante como lograr consensos o perfeccionar la ley es asegurar una adecuada formación de los futuros profesionales de la salud en estos principios y valores, tradicionales pero siempre vigentes. ■

CUÁNDO Y CÓMO LIMITAR TRATAMIENTOS[1]

Dr. Alejandro Goic G.[2]
Dr. Carlos Echeverría[3]

A. Actualidad del tema

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) es un tema que ha ido presentándose cada vez con mayor frecuencia en la práctica clínica cotidiana, debido a numerosos factores. Por una parte, el notable avance de la ciencia y la técnica, la disponibilidad de mejores recursos terapéuticos, la prolongación de la expectativa de vida de las personas y los crecientes costos de la atención sanitaria; y, por otra, la mayor valoración de la autonomía de las personas, la aplicación del consentimiento informado, la disponibilidad de más y, a veces, mejor información para los pacientes y sus familias. No menos importante ha sido la comprobación de que tratamientos complejos y costosos utilizados en un determinado paciente resultan ser inefectivos, poniendo en duda su indicación inicial.

Se ha planteado, también, si la mera existencia de un determinado recurso terapéutico, y aunque existan bases teóricas para considerar un tratamiento como indicado, hace siempre obligatorio su uso.

Debemos tener presente que un paciente acude al médico en busca de orientación y ayuda. A veces, porque subjetivamente percibe que algo "no está bien", y, otras, por causas objetivas, como dolor, fiebre, edema, sangramiento, etcétera, y que, en ocasiones, constituyen una emergencia. En cualquiera de los casos, los malestares provocan en el enfermo reacciones emocionales (inquietud, angustia, miedo, deseo de mejorar, etcétera). El paciente anhela un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento que lo beneficie y, si es factible, ser mejorado o aliviado. En todo caso, en la mejor tradición hipocrática, espera no ser dañado. El objetivo médico, entonces, es que haya un razonable equilibrio entre la dolencia, las circunstancias particulares del paciente y la terapia a seguir.

B. Conclusiones del taller y seminario

1. Entendemos como limitación del esfuerzo terapéutico la decisión médica de abstenerse de iniciar un determinado tratamiento o retirarlo una vez

1 Taller realizado en el Seminario "Desafíos Actuales de la Bioética Clínica", 28 de septiembre de 2011.
2 Miembro de Número de la Academia Chilena de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad de Chile.
3 Jefe de Medicina Hiperbárica, Hospital Naval Almirante Nef. Docente Centro de Bioética y Magíster en Bioética Pontificia Universidad Católica de Chile. Master in Public Health Johns Hopkins University. Presidente del Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago.

comenzado por considerarlo inútil, tras un debido análisis de la condición particular del enfermo. Por supuesto, la LET excluye la intención de provocar la muerte del paciente.

2. La práctica apropiada de la LET implica la aplicación del *principio de proporcionalidad*, que consiste en adecuar los métodos terapéuticos a la condición particular de cada paciente, buscando su bien integral y no con el ánimo de racionar recursos que, para ese caso específico, sean necesarios.
3. Para aplicar eficaz y éticamente el principio de proporcionalidad se debe contrastar lo ordinario o extraordinario del método terapéutico (mirando desde el paciente), con lo apropiado o desproporcionado de su utilización (considerando el punto de vista técnico). Del balance que resulte al hacer este análisis, surgirá la obligatoriedad o el uso facultativo, la licitud o ilicitud de las medidas de tratamiento que se van a utilizar.
4. Se considera parte esencial del proceso de toma de decisiones sobre la limitación terapéutica consultar, toda vez que sea posible, la voluntad y criterios de valor del paciente antes de adoptar una resolución. Cuando lo anterior no sea posible, se deberá consultar a los subrogantes que la ley indica.
5. Se debe poner especial cuidado de no menoscabar las posibilidades de que un paciente competente conozca el tratamiento propuesto y pueda tomar decisiones al respecto, especialmente en los de mayor edad o con enfermedades particularmente dolorosas, utilizando siempre la prudencia debida, evitando imposiciones familiares o eventuales conflictos de interés por parte de terceros relacionados.
6. Debe evitarse toda discriminación *a priori* antes de decidir cualquier tipo de limitación terapéutica, especialmente aquella relativa a la edad o a condiciones patológicas anexas a la enfermedad de base, llevando a cabo una cuidadosa valoración del problema agudo que aqueja al enfermo y su incidencia sobre el pronóstico global de su condición mórbida.
7. Se debe considerar siempre, como condición previa al análisis técnico y ético de una posible LET, que el paciente haya sido debidamente estudiado desde el punto de vista clínico, siendo indispensable que exista un diagnóstico sólidamente establecido y bien fundamentado por médicos competentes.
8. La decisión médica de LET implica utilizar un análisis metódico del problema clínico, con intervención, si es necesario, de otros profesionales de la salud e incluyendo a expertos ajenos a la medicina en caso que esto sea procedente, dando así un carácter multidisciplinario al proceso de recolección de antecedentes, discusión y toma de decisiones.
9. En los casos en que el problema fundamental es la falta de los recursos terapéuticos que se requieren, es papel fundamental y no renunciable del médico tratante esforzarse activamente para conseguirlos, con el fin de dar la debida atención al paciente.
10. Son fines propios de la medicina no solo la atención médica de enfermos eventualmente recuperables, sino también el debido cuidado de los incurables, por lo que es necesario disponer de una estructura sanitaria que

posibilite realizar adecuadamente cuidados paliativos para aquellos enfermos que los requieran.

11. Aun cuando en la práctica la denominación de *limitación del esfuerzo terapéutico* es utilizada universalmente, se advierte el potencial de equívocos que conlleva la palabra limitar, por lo que se ha propuesto utilizar la expresión "*adecuación del esfuerzo terapéutico*" que, en idioma español, aclara el objeto e intención de una decisión médica destinada a evitar tratamientos fútiles y respetar la dignidad de los pacientes.

MEDICINA PALIATIVA[1]

Dr. Aurelio Carvallo V.[2]

Introducción

Desde la antigüedad se ha exaltado el poder del ser humano, pero a su vez se ha señalado su necesidad de inclinarse ante esa finitud que es el término de la existencia. "Muchas cosas hay admirables pero ninguna más admirable que el hombre. Él es quien, al otro lado del espumante mar, se traslada llevado por el impetuoso viento, a través de las olas que braman en derredor… solamente contra la muerte no encuentra remedio" (citado por Barilko J. de *Antígonas*, de Sófocles) (1). Es el término del existir. La muerte es una constante posibilidad, es una antigua experiencia, registrada desde siempre en el ser humano. "El ser humano se inicia no se sabe si fruto del amor, de la violencia, del desamor, de la conveniencia, de la sensualidad, del deber o del deseo. Lucha por vivir. Deja de vivir. Hay quien piensa que comenzó su vida al gestarse y que después de vivir lo que todos conocemos, continuará viviendo. Hay quien piensa que es el fin" (2). El ser humano surge bajo variadas circunstancias para llegar a constituirse en persona. Vive y lucha por vivir, adquiere sus valores y llega a ser un valor en sí mismo. Exige no ser un medio para el fin de otros y cierra su ciclo. Para respetar la vida de los demás hay que pensar en nuestro propio fin y es así como el fin de cada hombre es un poco la versión adelantada de nuestro destino.

Como sostiene Diego Gracia (3), en el camino de la vida hay una entrada y una salida y durante todo su transcurso está la presencia del médico, buscando la mejor calidad de vida para quien acude en busca de su ayuda, previendo, tratando y rehabilitando a quien enferma. También expone este autor, si bien los problemas éticos se enfrentan durante toda la vida, los grandes conflictos, algunos de ellos base de grandes controversias, están precisamente a la entrada (el inicio de la vida, el embrión y su destino, el ser persona, el aborto, la fertilización artificial, la clonación) y en la salida (el paciente terminal, la muerte asistida ya sea eutanasia o suicidio asistido, la muerte encefálica, el estado vegetativo persistente o permanente). Son grandes dilemas difíciles de dilucidar, con argumentos basados en razonamientos, que se enfrentan muchas veces a creencias, que dejan las respuestas en un gran suspenso.

El final de la vida encuentra al médico y su formación frente a la muerte. La muerte intimida al ser humano; crea temor e incertidumbre frente a lo desconocido. Se piensa que el médico está especialmente preparado para enfrentar la muerte; es

---

1 Taller realizado en el Seminario "Desafíos Actuales de la Bioética Clínica", 28 de septiembre de 2011.

2 Profesor Asociado Departamento de Reumatología, Campus Occidente, Facultad de Medicina Universidad de Chile; Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Universidad de Chile.

probable que no sea así, o si lo es, sea en el menor de los casos. Según Marañón, "la vida de los médicos está llena de las angustias y emociones que rodean el tema de la muerte". Hay muchas veces ansiedad en el médico por el dolor que siente que va a ocasionar al paciente y a su familia y por el temor ante la reacción de éstos (4).

En el enfermar, un paciente puede llegar a tener una enfermedad grave, pero no terminal, pero a su vez el paciente que se cataloga como terminal, siempre tendrá una enfermedad grave. Una vez más el médico se encuentra ante una situación que no siempre es fácil de definir y que es de gran importancia en la toma de decisiones. Con frecuencia corre el riesgo de equivocarse, a veces por la incertidumbre que plantea el cuadro clínico mismo o por la inseguridad que tiene frente a las posibilidades terapéuticas o tecnológicas actualmente existentes y finalmente por la presión que siente de parte del entorno familiar.

¿Qué importancia tiene definirlo y diagnosticarlo en forma precisa? Significa una gran responsabilidad profesional y ética. Significa limitar el esfuerzo terapéutico y dar un paso desde el tratamiento curativo al tratamiento paliativo. Esto es, pasar de tratar a cuidar, trasladar al paciente y a su entorno familiar, de una enfermedad potencialmente curable a una enfermedad para solo cuidar. Pasar de la esperanza a la desesperanza.

Constituye realmente un punto crítico en la toma de decisiones, en que se debe evaluar equilibradamente los conocimientos científicos y las disponibilidades técnicas frente a los principios éticos humanistas. Es un encuentro con los valores y principios. Es evaluar lo que se puede hacer frente a lo que se debe hacer.

El paciente ya definido como terminal, que transita hacia el final de la vida, está expuesto a diferentes posibilidades:

1. Que se retrase la muerte con medidas desproporcionadas y fútiles, llegándose a la obstinación terapéutica o distanasia.
2. Que se adelante la muerte a través de la eutanasia o el suicidio asistido.
3. Que se busque el buen morir, el equilibrio, mediante el tratamiento paliativo. Entre adelantar y prolongar la vida está el punto de equilibrio, el de acompañar y cuidar al ser humano en su "salida de la vida", de modo que lo haga con dignidad y mitigando su sufrimiento. Es el tratamiento paliativo, es la ortotanasia, es la ética del cuidado, es acompañar el morir en el momento que corresponde.

Es frecuente que se prolongue la vida de muchos pacientes más allá de lo necesario, más aún con la disponibilidad de una medicina con abundancia de avances terapéuticos y tecnológicos, cayéndose en una obstinación en que participan en mayor o menor grado el médico y la familia. Es caer en la desproporción entre los medios usados y el resultado previsto. Es una actitud que va contra la dignidad humana. El derecho a la vida implica el derecho a la muerte y todo ser humano tiene derecho a una muerte digna (5).

La eutanasia y el suicidio asistido son posiciones respetables, pero controvertidas y en ambas hay una intencionalidad de acortar la vida y adelantar la muerte. Quienes las defienden y quienes las combaten tienen sus argumentos, pero su análisis no es el objetivo de esta comunicación.

El asistir al paciente terminal con el debido cuidado, mitigando el dolor y el sufrimiento y respetando su dignidad de persona, es probable que haga menos necesario la eutanasia y el suicidio asistido. Es ingresar al paciente a los cuidados paliativos que no solo involucra al enfermo sino también a su entorno más cercano, que es su núcleo familiar. No es acortar ni alargar la vida, es respetarla, ayudar y cuidar al enfermo hasta el final.

Referencias

1. Barylko J. La Filosofía. Una invitación a pensar. 5ª edición. Editorial Planeta. Buenos Aires. 2005.
2. Deves R. Nuestra Tierra. Santiago, Chile. 1981.
3. Gracia D. Dilemas éticos en los confines de la vida. En: Ética en los confines de la vida. Gracia D. Ed. 1ra edición. El Búho. Santa Fe. Colombia. 1998.
4. Gómez Esteban R. Las ansiedades del médico frente a la muerte. Psiquiatría Pública. 2000; 12: 247-257.
5. Gómez Sancho M. Tecnología y obstinación terapéutica. En: El hombre y el médico ante la muerte. Sancho Gómez M. Ed. 1ra edición. Arán Ediciones. España. 2006.

CONFLICTOS DE INTERESES EN LA PRÁCTICA MÉDICA[1]

Dr. Rodrigo Salinas R. y Dr. Mauricio Besio

Declaración de conflictos de intereses: No he recibido dinero de compañías farmacéuticas ni de dispositivos médicos por consultoría, conferencias, investigación, apoyo para asistencia a congresos ni para viaje alguno. He asistido, invitado, a numerosos almuerzos ofrecidos por compañías farmacéuticas y he recibido lápices (de escaso valor), tacos de papel, *pendrives* y botellas de vino de regalo.

En la que hoy es tratada como una definición cuasi-canónica de conflictos de intereses en las ciencias médicas, el profesor de política pública de la Universidad de Harvard, Dennis F. Thompson, señalaba que el conflicto de intereses corresponde a "un conjunto de condiciones en las cuales el juicio profesional concerniente a un interés primario (tales como el bienestar del paciente o la validez de una investigación) tiende a ser indebidamente influido por un interés secundario (tal como una ganancia financiera)" [Thompson 1993]. En este formidable esfuerzo de síntesis se buscaba resumir principios rescatados de otras disciplinas profesionales, como es el caso del derecho o la contabilidad, en las cuales la preocupación por la relación entre un agente, como es el caso del médico en estas circunstancias, y su mandante (o principal), como pudiese ser el caso de un paciente, debía ser rescatada de cualquier duda que afectase la confianza entre las partes, que constituye un requisito indispensable para el éxito de aquéllas [Issacharoff 2005]. Críticos de esta definición han apuntado a que es una simplificación excesiva pensar que los conflictos de intereses son, simplemente, el producto de la interacción entre individuos diferentes con intereses diversos. Al menos en las ciencias médicas éstos debieran ser analizados, además, desde una perspectiva de carácter más global, en la cual estos conflictos serían "el resultado de los crecientes intereses individuales y capitales privados que, en función de determinadas posiciones sociales, utilizan a los sin poder como fuente de glorificación y enriquecimiento" [Zorrilla 2011].

Más allá del debate respecto al real significado de estos conflictos y del modo como se insertan en una mirada más global de los intereses sociales es, sin embargo, indiscutible que en las últimas dos décadas se ha instalado en la discusión de políticas públicas y en el debate sobre la actualización de los códigos de práctica profesional la necesidad imperiosa de responder a las mermas que la denuncia sobre estos conflictos, particularmente aquellos de carácter financiero, han provocado a la

1 Taller realizado en el Seminario "Desafíos Actuales de la Bioética Clínica", 28 de septiembre de 2011.
Taller dirigido por los Doctores Rodrigo Salinas, Profesor Asistente del Departamento de Ciencias Neurológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; y Mauricio Besio, Profesor Asociado División de Obstetricia y Ginecología y Centro de Bioética Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica. Magíster en Filosofía.

confianza que debe existir en la relación médico-paciente , así como sobre la legitimidad de la conducción y comunicación de los resultados de la investigación científica biomédica y clínica [Smith 1996].

Una mirada algo más detallada –y menos ingenua– a la existencia de intereses de carácter financiero en la práctica de la profesión médica, asombra de inmediato por la ubicuidad de éstos. Una búsqueda no sistemática ni exhaustiva, en la literatura publicada, acredita numerosas situaciones en que es dable presumir la existencia de un conflicto de intereses que puede afectar indebidamente la decisión profesional. Médicos reciben dinero por realizar investigaciones en sus pacientes, en ocasiones carentes de interés científico alguno, pero con claro propósito comercial [Sox 2008]. Médicos reciben beneficio personal por referir pacientes para exámenes –o por no referirlos– a instituciones con las cuales no es infrecuente que tengan relaciones de tipo comercial [Hillman 2010]. Una proporción cada vez mayor de la investigación biomédica es llevada a cabo con el auspicio de compañías farmacéuticas, que participan tanto en su diseño como en el análisis de sus resultados, así como en la decisión de publicarla, o no, instrumentalizando al médico como un simple reclutador de pacientes, a cambio de un generoso estipendio, calculado a partir del número de sujetos incorporados al ensayo. Médicos son trasladados a exclusivos *resorts* para asistir a congresos auspiciados por los mismos laboratorios que contratan a los conferencistas para promover sus productos. Médicos son invitados a participar como miembros de directorios de empresas proveedoras de servicios a hospitales y clínicas. Editores de revistas científicas son presionados, comercialmente, por laboratorios farmacéuticos para publicar determinados artículos y para no publicar otros [Bodenheimer 2000; Kassirer 2005; Smith 2006]. No es de extrañar que este estado de cosas haya desatado, en el mundo desarrollado, una oleada de denuncias y esfuerzos para regular una situación que parece escaparse de las manos y que, examinada de cerca, no es posible defender de modo coherente con los tradicionales alegatos en defensa del profesionalismo y la auto-regulación, que esgrimimos corporativamente.

Una especial mención merece el modo cómo la existencia de conflictos de intereses no regulados y, a menudo, ni siquiera declarados, afecta otra forma tradicional en que la práctica de las ciencias médicas se estructura y actualiza. Esto es, la comunicación en contextos académicos, tanto de pregrado como de postgrado, así como en reuniones científicas, de información sobre la pertinencia y eficacia de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. En esta situación, el mandante (o principal) pasa a ser el médico o estudiante que busca actualizar sus conocimientos para la práctica con sus pacientes, y el agente es el profesor, o conferencista, que transmite conocimientos actualizados en cuya síntesis, se presume, no ha influido otro interés más que el de recoger y resumir, verazmente, la mejor evidencia científica disponible, matizada por la apreciación magistral, para promover la salud de aquellos pacientes a quienes, finalmente, estos cuidados sirvan. Desgraciadamente, parece no ser siempre el caso. El conferencista que es escuchado con interés, que viene a entregarnos los últimos avances en la disciplina que practicamos, el catedrático que cuenta con

el unánime respeto de sus pares y que, confiamos, logrará la perfecta síntesis entre la lectura crítica de la información científica publicada y una vocación de servicio a los enfermos, son a la vez el objeto del deseo de las industrias farmacéuticas y de dispositivos médicos que quieren promover la adopción temprana y entusiasta de sus productos.

Este agente, que es escuchado y seguido por sus pares, es conocido en la jerga del mercadeo farmacéutico como "líder clave de opinión". Su existencia como tal y su transformación en foco de interés y atención por las industrias que quieren promover sus productos no son materias que se traten de modo oculto. Por el contrario, son numerosas las empresas que se dedican a desarrollar métodos para identificarlos y capturarlos. Una de ellas, por ejemplo, integra en su propio nombre el giro de la empresa: el desarrollo de líderes claves de opinión o *Key Opinion Leaders* (KOL). En su sitio *web*[2] no solo asegura tener entre sus clientes a las principales empresas farmacéuticas transnacionales, sino que abunda en detalles respecto a la gama de servicios que ofrece, que van desde el desarrollo de programas computacionales para manejar la relación con los líderes de opinión hasta la organización de mesas redondas, paneles de consenso, actividades de educación médica, desarrollo de guías clínicas y recomendaciones. Los objetivos parecen loables, en la medida que la independencia de la opinión del experto no se vea afectada por intereses secundarios, personales o de la corporación que lo contrata. Que esto último es situación prevalente, ha sido denunciado en numerosas publicaciones.

En un artículo publicado en el *British Medical Journal* en el año 2008, el autor examinaba el rol que estos expertos, pagados o atendidos por la industria, ejercían sobre la profesión y el público [Moynihan 2008]. El artículo incluía una entrevista realizada a Kimberly Elliott, una ejecutiva que trabajó por 18 años en empresas farmacéuticas transnacionales, líderes en venta. La ejecutiva señalaba respecto a los "líderes claves de opinión" que estos eran considerados como simples vendedores para la empresa y que, rutinariamente, medían el retorno que entregaban a la inversión que realizaban en ellos, que podía alcanzar hasta los 2.500 dólares por una conferencia: "si el conferencista no tenía el impacto que la compañía esperaba de ellos, entonces no lo volvían a invitar". Estos líderes de opinión, indica el artículo, si bien pueden no escribir la receta ellos mismos, "pueden influir en miles de personas que escriben recetas, a través de conferencias, participación en consejos asesores, sociedades científicas, comités editoriales y grupos de desarrollo de guías clínicas". Para el investigador de la Universidad de Harvard, David Blumenthal, entrevistado en el mismo artículo, los pagos que realiza la empresa al líder de opinión, más que corresponder a corrupción, simplemente "no sirven al interés público". Corresponden, precisa, a "relaciones legales entre adultos en edad de consentir, que tienen intereses comunes, que no son coherentes con los intereses de la sociedad como un todo ni, necesariamente, con los de los pacientes que son atendidos por esos médicos".

2 http://www.kolonline.com

Una mirada algo más crítica, si es que cabe, es la que entrega el profesor de bioética de la Universidad de Minnesota, Carl Elliott, quien sindica al "líder de opinión" como una pieza central en el mercadeo de nuevos productos por parte de las industrias farmacéuticas y que, para ello, los escoge y atiende preferentemente. De acuerdo a un estudio realizado en el año 2004, citado por el autor, alrededor de un tercio del total de gastos de mercadeo de las quince empresas farmacéuticas más grandes va dirigido a capturar la opinión de estos líderes, que entre otras responsabilidades tendrían las de destacar las ventajas de sus productos, minimizar sus efectos adversos, neutralizar sus críticas y promover sus indicaciones *off-label*, es decir aquellas distintas de las aprobadas por las agencias reguladoras y que los visitadores médicos y las propias empresas están impedidas de promover, a menudo empleando material y presentaciones preparados por la misma industria [Elliott 2010].

La ubicuidad de estos "líderes de opinión", así como la de los conflictos de intereses a los que nos podemos ver expuestos, no debe inhibirnos, como colegios profesionales, sociedades científicas o agrupaciones académicas, de actuar decididamente en mejorar nuestras prácticas y regulaciones, rescatando la confianza pública en nuestra capacidad de auto-regulación, que es una de las características que nos distingue como profesión.

Una de las dificultades en el enfrentamiento de los conflictos de intereses en la práctica de la medicina ha residido en la dificultad que tenemos los médicos para reconocer los propios conflictos y, en contraste con la facilidad con la que reconocemos aquellos que afectan al resto, respondiendo en ocasiones de modo airado cuando nos hacen notar los propios [Raad 2012]. El modo de abordar este desafío ha sido extensamente tratado en años recientes [IOM 2009, Raad 2012] y es posible resumirlo en algunas estrategias de carácter general: educación, declaración (*disclosure*), administración y prohibición.

Una estrategia de carácter educacional coloca el énfasis en la necesidad de educar a los médicos sobre los efectos demostrados que tiene la relación con la industria sobre la decisión clínica y sobre la distorsión que provoca en la comunicación de los resultados de la investigación biomédica, así como en la manera como se debe interactuar con los representantes de las empresas, de un modo informado e inquisitivo, más que en una actitud de aceptación irreflexiva de la información que es entregada. La estrategia basada en la declaración de los conflictos existentes ha sido la más ampliamente adoptada, por publicaciones, conferencias y programas de educación continua, si bien cuenta con numerosos detractores respecto a su real eficacia [Cain 2005]. Su propósito es entregar, a quienes reciben la información, elementos que le permitan apreciarla de modo crítico, a partir del conocimiento cabal de los conflictos de intereses que afectan a la fuente desde la cual proviene. Del mismo modo busca evitar, entre los médicos e investigadores, el que éstos establezcan relaciones que puedan distorsionar su juicio, confundiendo los intereses que deben primar en la relación médico-paciente o en la actividad de investigación. Una tercera estrategia,

de administración de los conflictos, busca arbitrar las medidas necesarias para minimizar los efectos perjudiciales de la relación entre la industria y los profesionales de la salud, sin prohibirlas. Entre ellas se cuenta una regulación más estrecha de los contenidos y auspicios de las actividades de educación médica continua; la obligación que los que participan en investigación auspiciada por la industria tengan acceso a la totalidad de los datos y que participen en la redacción de su reporte, así como en la decisión de publicación; que se limite el monto que puede ser entregado en forma de regalo o auspicio a médicos e investigadores de parte de las industrias relacionadas con la salud y que exista un registro de los montos, que sea de público acceso [Steinbrook 2009]. Por último, algunos autores han propuesto la necesidad de prohibir abiertamente algunas prácticas. Es así como numerosas escuelas de medicina, entre ellas las de más prestigio, prohíben el auspicio por parte de empresas de sus actividades educativas y exigen a sus académicos que no reciban regalos ni atenciones de parte de aquéllas. La propia asociación gremial que agrupa a las principales compañías farmacéuticas transnacionales (PhRMA) establece, incluso, en su código de conducta, la recomendación que no les sea ofrecido a los profesionales de la salud material que no tenga carácter educativo.

Especial mención se debe hacer, entre los esfuerzos regulatorios, del impulso que ha dado el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), en el que participa la Revista Médica de Chile, para que los ensayos clínicos deban ser registrados en un rol de público acceso, buscando evitar el ocultamiento de resultados que puedan ser desfavorables para determinados intereses y que promueva el acceso oportuno a la información sobre la eficacia de las intervenciones que forman –o buscan formar– parte de nuestra práctica clínica [Laine 2007].

Como en muchas políticas públicas, las soluciones parecen ser combinaciones razonables de distintas estrategias. Nuestro ordenamiento jurídico recogió tempranamente esta preocupación, en el Código Sanitario, que en su artículo 114 impide el ejercicio simultáneo de las profesiones de médico y químico farmacéutico y en su artículo 120 prohíbe que los médicos tengan intereses comerciales en empresas que distribuyan, importen o comercialicen fármacos o dispositivos médicos, reconociendo la necesidad de regular estas materias, en una época en que era difícil adivinar las muchas cabezas que desarrollaría esta hidra en el curso de los años. El esfuerzo de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, en que se inscribe esta presentación, apunta en la dirección correcta. La primera etapa de la solución de un problema es reconocerlo y recoger la evidencia empírica que ayude a configurarlo, solo entonces podremos proponer estrategias que tengan algún viso de éxito y en la que a todos nos cabe una responsabilidad.

Referencias

Bodenheimer T. Uneasy Alliance. Clinical investigators and the pharmaceutical industry. New England Journal of Medicine. 2000; 342:1539-44.

Cain DM, Loewenstein G, Moore D. Coming clean but playing dirtier: the shortcomings of disclosure as a solution to conflicts of interest. En: Moore DA, Cain DM, Loewenstein G., Bazerman MH, editors. Conflicts of interest: challenges and solutions in business, law, medicine, and public policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.

Elliott C. The secrets lives of Big Pharma's 'thought leaders'. The Chronicle of Higher Education. Septiembre 12, 2010 [citado el 27 de enero de 2012]. Disponible en: http://chronicle.com/article/The-Secret-Lives-of-Big/124335/

Hillman BJ, Goldsmith J. Imaging: the self-referral boom and the ongoing search for effective policies to contain it. Health Affairs. 2010; 29: 2231-6.

IOM (Institute of Medicine). Conflict of interest in medical research, education, and practice. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.

Issacharoff S. Legal responses to conflicto of interest. En: Moore DA, Cain DM, Loewenstein G., Bazerman MH, editors. Conflicts of interest: challenges and solutions in business, law, medicine, and public policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.

Kassirer JP. On the take. How medicine's complicity with big business can endanger your health. New York (NY): Oxford University Press; 2005.

Laine C, Horton R, DeAngelis CD, Drazen, J, Frizelle FA, Godlee F, et al. Clinical Trial Registration — Looking Back and Moving Ahead. New England Journal of Medicine. 2007; 356:2734-6.

Moynihan R. Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise?. British Medical Journal. 2008; 336: 1402-3.

Raad R. Relationships between medicine and industry: approaches to the problem of conflicts of interest. Annual Review of Medicine. 2012: 63: 465-77.

Smith R. Conflicts of interest: how Money clouds objectivity. Journal of The Royal Society of Medicine. 2006; 99: 292-7.

Sox H. Seeding trials: just say 'no'. Annals of Internal Medicine. 2008; 149: 279-80.

Steinbrook R. Disclosure of industry payments to physicians. New England Journal of Medicine. 2008; 359: 559-61.

Thompson DF. "Understanding financial conflicts of interest". New England Journal of Medicine. 1993; 329: 573-6.

Zorrilla S, Salinas R, Ferrer M, Lamas E. Valor social y conflicto de interés en la ética de la investigación biomédica. Conclusiones del Proyecto EULABOR. Barcelona: Instituto de Tecnoética; 2011.

DOCUMENTOS

CUENTA DEL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA 2001-2010[1]

Dr. Alejandro Goic G[2].

Cumplo con dar cuenta del desarrollo institucional y las actividades realizadas por la Academia de Medicina y sus miembros durante el período en que me correspondió ejercer la Presidencia.

1. Desarrollo institucional

Remodelación de las dependencias. El proyecto, ejecutado en 2005, fue diseñado por el arquitecto Sr. Jaime Aedo, de la empresa Aedo, Ebner, Muñoz, Arquitectos, y contempló una oficina para la Presidencia, una estación de secretaría, una sala de reuniones para un pequeño grupo y biblioteca, con un costo de $5.950.140. Además, se remodeló el baño con un costo de $2.752.550.

Adquisición de mobiliario. Los muebles adquiridos para la oficina de la Presidencia tuvieron un costo de $728.990; y los muebles de la estación de secretaría, diseñados por la Sra. Mónica Carballo y ejecutado por la empresa Depanel Chile, un costo de $1.169.657. Los muebles (mesa y sillones) de la sala de reunión de grupo pequeño fueron adquiridos a la empresa Cristián Valdés y Cía. Ltda., con una inversión de $4.031.260.

Adquisición de equipos. Se adquirieron 2 computadores con un costo de $1.798.723 y se instaló aire acondicionado en las oficinas de la Academia, a un valor de $1.257.500.

Inventario de bienes muebles. Se contrató a un funcionario especializado en la materia, quien confeccionó un inventario actualizado y detallado de los bienes muebles de la Academia.

Sistematización y explicitación de su propósito y actividades. Al iniciar la Presidencia en 2001, se estimó necesario revisar y explicitar colectivamente los propósitos corporativos y las actividades que realiza la Academia.

Una primera sesión de trabajo estuvo destinada a discutir esta materia, en base aun documento distribuido previamente, con el fin de recoger las opiniones y sugerencias de los académicos. Como fruto de esta reunión, se confeccionó un *Tríptico,* discutido y aprobado por la asamblea, que contiene una breve reseña sobre el

1 Cuenta presentada en sesión extraordinaria de traspaso de la Presidencia, 16 de marzo de 2011.
2 Presidente de la Academia Chilena de Medicina hasta diciembre de 2010.

Instituto de Chile y la Academia de Medicina, el propósito corporativo, los objetivos y actividades que lleva a cabo la institución, que tiene fines de información y difusión.

Organización interna. Además se acordó la organización interna de la Academia, creándose el año 2001 el Comité de Postulaciones y Comités de Estudio de carácter permanente.

Comité de Postulaciones. El Comité de Postulaciones, designado por la Asamblea a proposición del Presidente, ha sido presidido sucesivamente por los Drs. Manuel García de los Ríos, Humberto Reyes Budelovsky, Colomba Norero y Rodolfo Armas Merino; y han sido miembros en sucesivos períodos los Drs. Manuel García de los Ríos A., Humberto Reyes Budelovky, Otto Dörr Zegers, Eduardo Rosselot Jaramillo y Jaime Pérez (2001-2003); los Drs. Humberto Reyes B., Otto Dörr Z., Colomba Norero V., Marta Velasco R. y Vicente Valdivieso D. (2007-2009); los Drs. Colomba Norero V., Marta Velasco R., Rodolfo Armas M., José Adolfo Rodríguez P. y Fernando Cassorla G. (2007-2009); y, en la actualidad, los Drs. Rodolfo Armas M., Mireya Bravo L., Marta Velasco R., José Adolfo Rodríguez P. y Fernando Cassorla G.

Comités de estudio. El Comité de Educación Superior, Ciencia y Tecnología ha sido presidido por el Dr. Rodolfo Armas Merino; el de Medicina y Salud por el Dr. Mordo Alvo Gateño (QEPD) y Ricardo Uauy; el de Bioética y Ética Clínica por el Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo; y el de de Historia de la Medicina por el Dr. Ricardo Cruz Coke.

Han participado como miembros de estos comités, en el de Educación, los Drs. Eduardo Rosselot, Vicente Valdivieso, Rodolfo Armas y Alejandro Goic; en el de Salud, los Drs. Vicente Valdivieso, Ricardo Uauy, Rodolfo Armas y Alejandro Goic; en el de Investigación, los Drs. Gloria Valdés y Humberto Reyes; en el de Bioética el Dr. Otto Dorr y la Dra. Mireya Bravo y en el de Historia los Drs. Ricardo Cruz-Coke, Benedicto Chuaqui (QEPD), Bernardino Piñera y Lorenzo Cubillos.

Actualización de los reglamentos. El Reglamento de la Academia vigente de 1982, fue reformulado y actualizado. A solicitud de la Presidencia, la propuesta inicial fue estudiada por los Drs. Manuel García de los Ríos y Gloria Valdés y luego por 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 Alejandro Goic. El nuevo reglamento fue organizado en títulos y artículos, se perfeccionó la redacción de su articulado, se incorporó un título relativo al ingreso de los académicos, otro relativo al Comité de Postulaciones y se restringió la posibilidad de reelección del Presidente, del secretario y tesorero a un período, entre otras modificaciones. Finalmente, en sesión extraordinaria citada para el efecto, fue discutido y aprobado por la asamblea académica en 2008.

Reseña de la Academia de Medicina. El Presidente de la Academia elaboró una reseña de la corporación, incluyendo una breve descripción del origen histórico de las academias, la fundación del Instituto de Chile y de la Academia de Medicina, incluyendo una biografía de sus fundadores y directivos, obra que fue publicada por la corporación.

Reseña biográfica de los académicos. Por iniciativa del Dr. Ricardo Cruz-Coke, se confeccionó una reseña biográfica de cada uno de los miembros de la Academia, que fue publicada por la corporación.

El índice acumulado del boletín de la Academia, se confeccionó por la bibliotecaria Sra. Elfriede Herbstaedt y el Presidente de la Academia elaboro un índice acumulativo de los autores y materias publicadas en el boletín anual de la Academia desde 1964 al 2007, obra que fue publicada por la corporación.

Centro de documentación y archivo computacional. Redefinidos previamente los alcances, límites y función de la biblioteca corporativa, se inició un proyecto destinado a transformarla en un centro de documentación que contenga solo libros, revistas y documentos seleccionados relativos a medicina, educación y salud y disponga de un archivo computacional que contenga las biografías de todos los miembros de la Academia desde su fundación y artículos relacionados con sus personas. El proyecto se encuentra en desarrollo por la Sra. bibliotecaria, bajo la orientación del Dr. Alejandro Goic.

Creación de la Fundación Academia de Medicina de Chile. En el Diario Oficial del 29 de abril de 2010 se publicó el Decreto Nº 2569 (exento), que concedió personería jurídica y aprobó los estatutos de la "*Fundación Academia de Medicina de Chile*". El directorio está formado por la directiva de la Academia Chilena de Medicina y los académicos concurrentes a su fundación. Esta fundación, cuyos objetivos son los mismos que los de nuestra Academia, permitirá eventualmente la recaudación de recursos económicos y un funcionamiento más ágil en algunas materias administrativas y en la realización de proyectos específicos.

Página web de la Academia. Se creó y diseñó una página web de la Academia (http://www.institutodechile.cl/medicina), en la que se incluyen los antecedentes institucionales, información general, noticias y todas las publicaciones de la Corporación.

2. Estado financiero

Al 31 de diciembre del 2000, la Academia tenía un saldo de $7.202.948 en su presupuesto regular y $6.500.000 en depósitos a plazo y cuenta corriente.

Al 31 de diciembre de 2010 la Academia de Medicina, en su presupuesto ordinario tenía un saldo de $14.058.292 y en su cuenta corriente $1.049.000. Por su parte, la Fundación Academia de Medicina de Chile dispone de $16.285.194. En total $31.392.486. Debo hacer notar que la holgura económica actual se explica por saldos acumulados desde administraciones anteriores y a un ahorro planificado en virtud del compromiso de la Academia de organizar la XIX Reunión del Consejo Directivo de ALANAM, un evento de muy alto costo. La actual situación financiera no puede hacernos olvidar que el aporte del Instituto de Chile a la Academia de Medicina es modesto y los gastos fijos consumen el mayor porcentaje del ingreso mensual. El remanente mensual es del orden de 500 mil pesos, es decir, unos 6 millones de

pesos al año requeridos para la mantención y renovación de equipos, publicaciones y otros gastos. La organización de seminarios u otras actividades similares necesita de aportes externos.

3. Sesiones académicas

Durante el período, la Academia realizó 160 sesiones: 87 ordinarias, 33 extraordinarias y 16 públicas y solemnes. Además, 3 reuniones conjuntas con otras academias, 4 coloquios sobre salud, 2 reuniones internacionales en Chile, 14 reuniones de trabajo informales y 1 sesión de extensión en regiones.

Sesiones ordinarias. En las sesiones ordinarias dictaron una o más conferencias 26 Académicos de Número; 11 correspondientes; 3 honorarios nacionales; 5 honorarios del extranjero y 4 invitados especiales.

Veintiséis Académicos de Número dictaron conferencias: los Drs. Otto Dorr y Eduardo Rosselot 5; el Dr. Vicente Valdivieso 4; los Drs. Rodolfo Armas, Ricardo Cruz Coke, Sergio Ferrer, Juan Verdaguer y Pedro Rosso 3; los Drs. Benedicto Chuaqui, Bruno Gunther, Bernardino Piñera, Humberto Reyes, Gloria Valdés y Jorge Las Heras 2; los Drs. Raúl Etcheverry, Flavio Nervi, Santiago Jarpa, Carlos Miquel, Colomba Norero, Fernando Monckeberg, Marta Velasco, Mordo Alvo, Gloria López, Manuel García de los Ríos, José Adolfo Rodríguez y Valeria Prado, 1 conferencia cada uno.

Once académicos correspondientes dictaron conferencias: Drs. Fernando Oyarzún 4; Eduardo Fasce, Carlos Martínez y Benjamín Stockins 2; Sergio Mezzano, Sergio de Tezanos Pinto, Jaime Duclós, Ernesto Mundt, Enzo Schiappacasse, René Guzmán y Octavio Enríquez, sendas conferencias.

Tres académicos honorarios nacionales dictaron conferencias: Drs. Lorenzo Cubillos y Francisco Beas 2 y Sergio Peña y Lillo, una.

Los honorarios en el extranjero: Drs. Jorge Rakela (EEUU), Marcela Contreras (Gran Bretaña), Felipe Cabello (EEUU), Héctor Pelegrina (España) Dr. Christoph Mundt, dictaron sendas conferencias.

Las conferencias dictadas en las sesiones ordinarias, según los temas escogidos por los académicos, se pueden agrupar en: humanidades 16, educación 12, medicina 10, salud pública 9, historia de la medicina 7, ética médica 6, ciencias básicas 4, universidad 4, investigación 4 y psiquiatría 3. En el ítem humanidades se incluye los temas de filosofía, antropología, literatura, arte y cultura.

Los invitados especiales que dictaron conferencias en las sesiones ordinarias fueron: Dra. Michelle Bachelet en su condición de Ministra de Salud del Presidente Lagos y la subsecretaria Dra. C Villavicencio sobre el plan de *Garantías Explícitas en Salud*; el Dr. José Manuel Sotelo, encargado de relaciones exteriores de la Organización Panamericana de la Salud, sobre *"La crisis actual y su impacto en la salud"* y el Dr.

Jaime Mañalich Muxi, en su condición de Ministro de Salud del Presidente Piñera, sobre *"Políticas de Salud del Gobierno".*

Sesiones extraordinarias. Las 33 sesiones extraordinarias estuvieron destinadas a las elecciones de Presidente y de nuevos miembros de la corporación en todas sus categorías.

Sesiones públicas y solemnes. Se realizaron 11 ceremonias de incorporación de los nuevos Miembros de Número; 1 ceremonia destinadas a rendir un homenaje póstumo; 3 ceremonias de incorporación de miembros honorarios extranjeros y 1 ceremonia de homenaje a una facultad de medicina.

- Ceremonias de incorporación de miembros honorarios extranjeros**.**

Dr. Diego Gracia Guillén (España), quien disertó sobre *"La deliberación moral"*;

Dr. Christoph Mundt (Alemania), quien dictó la conferencia *"Historia de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heildelberg"* y Dr. José López Ibor (España), quien dictó la conferencia *"Angustia y logos: Una incursión en los orígenes del pensamiento".*

- Sesión de homenaje al Dr. Armando Roa**.** Presentación de su libro póstumo *"Ensayos sobre historia de la medicina".* El libro fue presentado por los Académicos Dr. Jaime Pérez Olea y Sergio Ferrer, quien disertó sobre la vida y obra del Dr. Roa.

- Sesión de homenaje a los 170 años de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con una conferencia magistral de la historiadora profesora Sol Serrano: *"La fundación de la Escuela de Medicina. El valor de esta vida".*

- Reuniones conjuntas con otras academias del Instituto de Chile:

- Con la Academia Chilena de la Lengua, 2001. Destinada a presentar la traducción de los sonetos a Orfeo de Rainer María Rilke, en versión del Académico de Número Dr. Otto Dorr Zegers. Fue comentada por el Académico de la Lengua Sr. Hugo Montes.

- Acto académico en conjunto con la Academia de Ciencias y la Sociedad Chilena de Nutrición en honor del Dr. David Barker, profesor de epidemiología clínica de la University of Southampton.

Coloquios sobre salud. En el año 2003 se realizaron cuatro *"Coloquios sobre salud"* para conocer las ideas y políticas relativas a una reforma en salud. Fueron invitados sucesivamente como expositores los Drs. Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, Héctor Sánchez, Presidente de la Fundación Salud y Futuro; Sr. Hernán Doren Lois, Presidente de la Asociación de Isapres y el Ministro de Salud Dr. Pedro García Aspillaga.

Sesiones de trabajo informales. Además, se llevaron a cabo 14 reuniones de trabajo informales para tratar diversos asuntos institucionales y recoger la opinión de los académicos.

Extensión académica. En 2005 se realizó en Concepción la primera visita programada de la Academia para extender sus actividades a las regiones del país, con la presencia del Presidente de la Corporación y los Drs. Rodolfo Armas y Otto Dörr, quienes expusieron sobre "Salud y pobreza en Chile" y "El delirio como posibilidad humana", respectivamente.

4. Representación institucional

Miembros de la Academia la representaron en la mesa directiva y en el consejo directivo del Instituto de Chile y en diversas instituciones externas.

- *Consejo del Instituto de Chile*. Durante todo el decenio han sido delegados de la Academia de Medicina en el consejo directivo del Instituto de Chile los Drs. Ricardo Cruz Coke y Otto Dorr Zegers.

- *Comisión económica y administrativa transitoria del Instituto de Chile* el Dr. Rodolfo Armas Merino.

- *Comité editor de los anales del Instituto de Chile* el Dr. Ricardo Cruz Coke.

- *Consejo Superior de Educación*. Elegidos por el consejo directivo del Instituto de Chile, han participado en el Consejo Superior de Educación (hoy Consejo Nacional de Educación) en distintos períodos los Drs. Ricardo Cruz Coke (2001) y Alejandro Goic (2002-2006 y 2006-2011).

- *Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas* (*CONACEM).* Ha representado a la Academia en esta institución el Dr. Vicente Valdivieso Dávila.

- *Consejo asesor del Ministro de Salud para el Plan de Garantías Explícitas en Salud*. Han representado a la Academia en esta instancia los Drs. Mario Herrera Moore (2005) y Vicente Valdivieso Dávila (2006-2010).

- *Jurado del Premio de Ética del Colegio Médico.* Han representado a la Academia en distintos años los Drs. Ricardo Cruz Coke, Rodolfo Armas Merino, Otto Dorr Zegers y Mireya Bravo.

- *Jurado del Premio Nacional de Medicina*. Han presidido este jurado en distintos años los Drs. Octavio Enríquez, Rodolfo Armas Merino y Alejandro Goic y participado la Dra. Gloria López. Stewart.

-*Consejo nacional de investigaciones en salud*, los Drs. Rodolfo Armas Merino y Vicente Valdivieso Dávila.

- *Agencia acreditadora de programas de postgrado.* La Academia participa en condición de honoraria. Es miembro del Directorio el Dr. Manuel García de los Ríos y el secretario técnico de la entidad es el Dr. Vicente Valdivieso D.

- *Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (*ALANAM). Se ha desempeñado como delegado permanente el Dr. Rodolfo Armas Merino

- *Inter Academy Medical Panel* (IAMP). Ha sido delegado permanente ante esta institución el Dr. Rodolfo Armas Merino.

5. Nuevos miembros de la academia

Académicos de Número. En el período ingresaron 11 Miembros de Número: el Dr. Ricardo Uauy Dagach-Imbrack, quien disertó sobre *"Desafíos de la nutrición para el siglo XXI"*; la Dra. Gloria López Stewart, con el discurso *"El médico frente al paciente crónico*: *¿Es posible cambiar conductas*?"; el Dr. Jorge Las Heras Bonetto, quien expuso el tema *"La placenta humana. Un modelo para armar"*; la Dra. Gloria Valdés Stromilli, con el discurso *"Un largo viaje desde la hipertensión hacia el inicio de la vida"*; el Dr. Pablo Casanegra Prnjat, quien disertó sobre *"La medicina y los medios de comunicación";* el Dr. José Adolfo Rodríguez Portales con el discurso *"Del caso clínico al meta análisis: cambios en la epistemología médica"*; el Dr. Flavio Nervi Oddone, cuyo discurso versó sobre *"La doble cara del colesterol en la era postgenómica*"; el Dr. Fernando Cassorla Goluboff, quien disertó sobre *"De andrógenos a estrógenos ¿Solo un átomo de distancia?;* el Dr. Luigi Devoto Canessa, cuyo discurso versó sobre *"La mujer y la fertilidad en el siglo XXI"*; la Dra. Valeria Prado Jiménez, con el discurso *"Globalización, evolución e infecciones trasmitidas por alimentos"*; y la Dra. Mireya Bravo Lechat, quien disertó sobre *"El aporte de la bioética a la humanización de la medicina".*

Académicos correspondientes. Fueron designados 4 miembros correspondientes: los Drs. Segio Mezzano Abedrapo (Valdivia), Jaime Duclós Hertzer (Valparaíso), Eduardo Fasce Henry (Concepción) y Octavio Enríquez (Concepción). Debo destacar que la ceremonia de ingreso del Dr. Enríquez se realizó por primera vez en la ciudad de origen del académico, cuyo discurso versó sobre *"Aporte de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile al aseguramiento de la calidad de la educación médica en Chile".*

Académicos honorarios nacionales. Ingresaron 13 académicos: Drs. Rafael Parada Allende, Sergio Peña y Lillo Lacassie, Federico Puga Concha, Carmen Velasco Rayo, Mario Herrera Moore, Enrique López Caffarena, Francisco Beas Franco, Lorenzo Cubillos Osorio, Enrique Fanta Nuñez, Alberto Gormaz Balierio, Mauricio Parada Barrios, Carlos Quintana Villar y Antonio Arteaga.

Académicos honorarios en el extranjero. Ingresaron 6 académicos del extranjero: Drs. Diego Gracia Guillén (España), Héctor Pelegrina Cetrán (España), Jorge Rakela (EEUU), Marcela Contreras (Reino Unido), Christoph Mundt (Alemania) y José López Ibor (España).

6. Refundación de la sociedad de historia de la medicina

Al languidecer la vida institucional de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina, tras fallecer su fundador Dr. Enrique Laval Manríquez, la Academia asumió la responsabilidad de mantener el cultivo de esta disciplina. Organizó jornadas de historia de la medicina chilena, la primera en 1987 y la última en 2003. La Academia estimó que la responsabilidad del estudio y cultivo de la historia médica debía volver a su cauce natural, es decir, a una sociedad de la disciplina. Con tal objetivo, el año 2005 promovió la convocatoria a una asamblea general extraordinaria de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina, cuyo objetivo fundamental fue su reactivación institucional. Fue elegido Presidente del directorio provisorio de dicha sociedad el Académico de Número Dr. Ricardo Cruz Coke y, posteriormente, se eligió el directorio definitivo. Actualmente, la sociedad está activa y publica regularmente el Boletín de la Academia Chilena de Medicina.

7. Seminarios y jornadas

- Seminario sobre formación médica en la actualidad en Chile (2002). Organizado por el comité de educación superior de la Academia, presidido por el Dr. Rodolfo Armas Merino. Hubo 80 asistentes y participaron 13 de las 16 escuelas de medicina del país, autoridades de salud y educación y del Colegio Médico.

- V jornadas de historia de la medicina (2002). Organizadas por el comité de historia de la medicina de la academia, presidida por el Dr. Ricardo Cruz Coke. Participaron médicos e historiadores de la Academia y de las Universidades de Chile, Católica de Chile, de Valparaíso y de Playa Ancha.

- Errores en medicina (2004). Organizado por la Academia de Medicina, ASOFAMECH y el capítulo chileno del American College of Physicians, con amplia participación de miembros de estas instituciones. El seminario dio lugar a una publicación con las conclusiones y recomendaciones.

- Otros. Además, la Academia participó en diversos seminarios organizados por instituciones externas, donde expusieron nuestros académicos:

- Seminario sobre licencias médicas organizado por el Centro de Estudios Salud y Futuro.

- Dos seminarios sobre acreditación en medicina organizado por el Colegio Médico.

- Seminario organizado por ASOFAMECH sobre formación médica.

- *Lanzamiento del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud,* creado por el Ministerio de Salud en 2004.

- *Estrategias de intervención nutricional a través del ciclo vital*, 2005.

- *Presentación de objetivos sanitarios* 2010-2020, MINSAL.

- También nuestros académicos expusieron en diversos congresos médicos y otras instituciones.

8. Documentos de posición

- Control de calidad en medicina (2001). Documento de posición que enfatizó la necesidad de establecer mediante una ley que todas las escuelas de medicina se sometan a acreditación.

- Hacia un fondo sectorial de investigación en salud (2001). Documento de posición que sostiene la necesidad de instituir un fondo especial destinado a financiar proyectos de investigación en temas de salud.

- Certificación de especialistas médicos: una amenaza al prestigio y seriedad de la medicina chilena (2003). Declaración conjunta con la ASOFAMECH, CONACEM y Colegio Médico, rechazando categóricamente el proyecto que intenta otorgar a los directores de los servicios de salud la capacidad de certificar especialistas médicos.

- La actual formación de médicos especialistas en Chile (2005). Documento de posición que sostiene que urge la definición de una nueva política de formación de especialistas que se adecue a los tiempos actuales y garantice su rigurosidad y calidad.

- Opinión de la Academia de Medicina sobre certificación de especialistas médicos (2009). Declaración que reitera que solo es posible adquirir la condición de especialista a través de programas formales de especialización que realizan las escuelas de medicina acreditadas o aprobando los requisitos exigidos por CONACEM.

9. Actividades internacionales

- Reunión conjunta con las Academias de Bolivia, Chile y Perú, en Santiago de Chile, 2001. Asistieron el Presidente de la Academia de Medicina de Bolivia Dr. Jaime Ríos Dalenz, el Vicepresidente de la Academia de Perú Dr. Rodolfo Calderón y miembros de las tres Academias. El tema de la reunión fue el control de calidad en medicina. Expusieron los académicos Drs. Vicente Valdivieso Dávila sobre *"Certificación y recertificación de especialistas"*, Benjamín Stockins sobre *"La acreditación de las escuelas de medicina"* y Eduardo Rosselot J. acerca de *"Conclusiones sobre acreditación de escuelas de medicina"*; Esteban Parrochia B. sobre *"Acreditación de centros asistenciales"* y Rodolfo Armas: *"Los comentarios y conclusiones de la reunión".*

Reunión conjunta con la Academia Nacional de Medicina de Argentina en Buenos Aires, 2001. Presidió la delegación chilena la Secretaria Académica Dra. Sylvia Segovia en representación del Presidente. Expusieron los académicos Drs. Vicente Valdivieso: *Acreditación de especialistas en la medicina chilena*; Benjamín Stockins: *Acreditación de las escuelas de medicina de Chile*; Eduardo Rosselot: *Autoevaluación de los programas de educación médica de pregrado*; Esteban Parrochia: *Acreditación docente de los*

centros asistenciales; Armas Merino: *Los múltiples alcances del control de calidad en medicin*a. A su vez, la delegación argentina abordó el tema *Educación a distancia.*

Reunión conjunta de las Academias de Bolivia, Chile y Perú, en Lima. Participaron los académicos Alejandro Goic y Rodolfo Armas Merino, quienes expusieron el tema *Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena*. Además, se leyó por título el trabajo del Dr. Esteban Parrochia, *Atención de salud: centralización y descentralización.*

Reuniones de ALANAM:

Nuestra principal actividad internacional fue con ALANAM, que realiza reuniones bianuales en diversos países del continente en forma rotativa.

- XV Reunión del Consejo Directivo de ALANAM 2002 en Quito, Ecuador. Participaron el Dr. Rodolfo Armas Merino en representación del Presidente de la Corporación y el Dr. Ricardo Cruz Coke Madrid, quien expuso sobre los temas de la reunión: *Aspectos socio-económicos del profesional médico en Iberoamérica y Clonación Humana.*

- XVI Reunión del Consejo Directivo de ALANAM 2004, Lima, Perú. Asistieron por nuestra Academia los Drs. Alejandro Goic y Rodolfo Armas Merino. El Dr. Armas presentó preparado en colaboración con el Dr. Goic sobre S*alud y pobreza en Latinoamérica: la situación chilena.*

- XVII Reunión del Consejo Directivo de ALANAM 2006, Bogotá, Colombia. Participaron los académicos Alejandro Goic y Rodolfo Armas Merino. El Dr. Goic presentó el trabajo *Panorama actual de la educación médica en Chile,* preparado en colaboración con el Dr. Armas.

- XVIII Reunión del Consejo Directivo de ALANAM 2008, Ciudad de México. Asistieron los Drs. Alejandro Goic y Manuel García de los Ríos. La delegación chilena presentó el trabajo *Gestión y evaluación de la atención primaria de salud*. En esta reunión se designó a Chile como organizador de la XIX Reunión y se definió el temario: *Situación de salud e Investigación en medicina y salud en Latinoamérica*. Fue elegido Presidente de ALANAM el Dr. Alejandro Goic y Secretario Alterno el Dr. Rodolfo Armas Merino.

- XIX Reunión del Consejo Directivo de ALANAM 2010, Santiago de Chile.

ALANAM / Chile 2010**.** La reunión del Consejo Directivo de ALANAM no se realizaba en Chile desde hacía 18 años y ha sido talvez la actividad más importante que ha efectuado la Academia Chilena de Medicina en este período. Significó un esfuerzo de planificación y organización de gran envergadura. Tuvo un costo de alrededor de 60 mil dólares y su financiamiento fue posible gracias a la contribución económica del Ministerio de Salud, y la comprensión del Sr. Ministro Dr. Jaime Mañalich Muxi y del Colegio Médico de Chile. El ministerio aportó 25 millones de pesos (50 mil dólares) y el Colegio 4 millones (8.000 dólares).

Participaron delegados de 12 academias latinoamericanas y la Real Academia de España, 27 delegados en total y 18 académicos chilenos. Los temas *Situación de salud en Latinoamérica* e *Investigación en medicina en salud* fueron discutidos y consensuados y la Declaración sobre políticas de salud para Latinoamérica resumió el pensamiento de los participantes sobre esta materia. El Dr. Vicente Valdivieso expuso sobre *Garantías explícitas en salud* y el Dr. Juan Verdaguer dictó la "Conferencia Magistral Dr. Gonzalo Esguerra Gómez" sobre *"Arte y medicina"*.

El evento tuvo una razonable difusión en los medios de comunicación, mediante crónicas y entrevistas en diarios, revistas y televisión (CNN Chile, Televisión Nacional). Los juicios de los participantes extranjeros fueron muy positivos en cuanto a la organización y desarrollo y atenciones a los participantes. Esta reunión internacional demostró la capacidad de organización de la Academia y sirvió, además, para revitalizar los Comités de Salud Pública y de Investigación, que hicieron un espléndido trabajo.

IAMP

La Academia integra la The Inter Academy Medical Panel (IAMP), que agrupa a Academias de Medicina de distintos países del orbe, con la cual mantiene una relación de información periódica actualizada de sus actividades.

Otros eventos internacionales

Además la Academia estuvo presente en los siguientes eventos:

- *Congreso de la Sociedad de Historia de la Medicina.* Bari-Metaponto, Italia. 2004. Expuso el Dr. Ricardo Cruz-Coke.

- *Foro interamericano en problemas de salud global*. Organizado por la Academia Nacional de Medicina de México, se llevó a cabo en Ciudad de México, 2006. Participó en representación de nuestra Academia la Dra. Colomba Norero Vodizza.

- *Jornadas de Academias de Medicina del Cono Sur*, Asunción, Paraguay. Participó el Dr. Rodolfo Armas Merino con el trabajo *"Formación de especialistas a través de residencias hospitalarias".*

- *Segundo Foro Mundial de IAMP,* realizado en Beijing, China, en 2006. El tema de la reunión fue *Prioridades en el control de las enfermedades en los países en desarrollo y el rol de las Academias en difundir las recomendaciones que se acuerden.* Participó el Dr. Rodolfo Armas.

10. Distinciones a los académicos

No corresponde hacer una descripción detallada de las múltiples distinciones que han recibido nuestros académicos en la última década. Ello se puede consultar en las cuentas que cada año ha hecho la Presidencia. Solo mencionaré que, además del Premio Nacional de Medicina otorgado a cuatro de nuestros Académicos de

Número, 42 académicos han recibido valiosas distinciones nacionales e internacionales. Entre las nacionales la nominación de Profesores Eméritos y de Doctor Honoris Causa de sus universidades, Maestros de la Medicina, Miembros Honorarios de Sociedades Médicas, Medalla Rector Juvenal Hernández de la Universidad de Chile, Condecoración al Mérito Amanda Labarca y Medalla al Mérito Académico Valentín Letelier, ambas de la Universidad de Chile, Condecoración de Honor de la Orden Médica Chilena del Colegio Médico, Premio Bicentenario, Premio Excelencia en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Premio de Ética Médica del Colegio Médico.

Entre las distinciones de instituciones extranjeras: Galvano Centenario de la Organización Panamericana de la Salud, Miembros Correspondientes de Academias Extranjeras, Master del American College of Physicians, Premio Carlos Reussi Maestro de Los Andes de la Asociación Médica Argentina, Premio Abraham Horwitz de la OPS, Distinción Orden Francisco Hernández de FEPAFEM, Medalla de Reconocimiento de ALANAM, Sello de la Real Academia de Medicina de España.

11. Premio Nacional de Medicina

Instituido para *"distinguir a un médico chileno que haya sobresalido en el área de la clínica o la salud pública y que, además, haya tenido un rol destacado en el país en docencia universitaria, en la administración académica o investigación, contribuyendo al progreso y prestigio de la medicina nacional"*. Otorgado desde 2002 cada dos años por las instituciones médicas más relevantes del país: Academia de Medicina, Colegio Médico de Chile, Asociación de Sociedades Médicas Científicas de Chile y Asociación de Facultades de Medicina de Chile. Ha recaído en los Drs. Julio Meneghello 2002, Helmut Jaeger 2004, Alejandro Goic 2006, Esteban Parrochia 2008 y Rodolfo Armas Merino 2010. Todos los premiados son miembros de la Academia de Medicina.

12. Premio Academia de Medicina

Destinado a premiar a un investigador destacado que haya cultivado una línea de investigación, ha sido otorgado anualmente a los siguientes investigadores en los temas que se indican: Dr. Iván Roa Esterio 2001 (Cáncer de la vesícula biliar); Dr. Carlos Fardella Bello 2002 (Hipertensión arterial); Dra Carmen Lisboa Basualto 2003 (Fisiopatología y rehabilitación respiratoria; Dra. Gloria Valdés Stromilli 2004 (Hipertensión arterial); Dr. Manuel García de los Ríos 2005 (Diabetes); Dra. Teresa Sir Peterman 2006 (Endocrinología ginecológica); Dr. Jorge Jalil Milad 2007 (Patología cardiovascular); Drs. Marco Antonio Arrese Jiménez, Juan Francisco Miquel Poblete y Attilio Rigotti Rivera 2008 (Secreción biliar, patogenia de la colelitiasis y dislipidemias); Dr. Werner Apt Baruch 2009 (Enfermedad de chagas) y Dra. Cecilia Albala Brevis 2010 (Obesidad).

13. Publicaciones de la academia

- Hacia un fondo sectorial de investigación en salud, 2001.

- Control de calidad en medicina y educación médica, 2004.

- Reseña biográfica de los miembros de la Academia. E. Cruz-Coke, 2004.

- La actual formación de médicos especialistas en Chile, 2005.

- Errores en Medicina ¿Es segura la atención sanitaria en Chile?, 2005.

- Reseña de la Academia Chilena de Medicina, 2006.

- Informe sobre la situación actual de la educación médica en Chile, 2008.

- Índice acumulativo de materias y autores del Boletín de la Academia Chilena de Medicina (1964-2007), 2008.

- Además, se publicaron regularmente los *Boletines Anuales de la Academia Chilena de Medicina,* volúmenes XXXVIII al XLVII. Los editores han sido la Dra. Colomba Norero Vodnizza (2001-2004) y Alejandro Goic (2005-2010).

14. Libros publicados por los académicos

Entre el año 2000 y 2010, nuestros académicos publicaron 28 libros sobre las siguientes materias: 11 sobre historia de la medicina, 4 sobre medicina, 4 sobre psiquiatría, 4 sobre ética, 4 sobre cultura general y 1 sobre educación.

- *Ensayos sobre historia de la Medicina*. Dr. Armando Roa Rebolledo (libro póstumo).

- *El fin de la medicina*. Dr. Alejandro Goic. Editorial Mediterráneo, 2000.

- *La Sociedad Médica de Santiago y el desarrollo histórico de la medicina chilena.* Dr. Camilo Larraín, 2002.

- *Algo más sobre la historia de la Medicina*. Dr. Sergio de Tezanos Pinto, 2003.

- *Historia de la Medicina. Destacados personajes que la hicieron progresar.* Dr. Sergio de Tezanos Pinto, 2003.

- *Iluminando el olvido.* Dr. Sergio de Tezanos Pinto (Universidad de Valparaíso, 2002).

- *Historia de la Medicina. El concepto de enfermedad a través de la historia.* Dr. Sergio de Tezanos Pinto 2002.

- *Sonetos a Orfeo.* Dr. Otto Dörr (Editorial Universitaria, 2002).

- *Del Adriático al sur del Pacífico.* Dr. Alejandro Goic, 2002.

- *Diabetes mellitus*. 2ª. Edición. Dr. Manuel García de los Ríos, 2003.

- *Psychiatry of the concentration camps and political persecution.* Dr. Zdzislaw Jan Ryn, 2003.

- *Rok Ignacego Domeyki*. Dr. Zdzislaw Jan Ryn, 2003.

- *Etimología y fonética neohelénica del vocabulario médico.* Dr. Bruno Gunther, 2004.

- *Calidad de la medicina: criterios para la acreditación de programas de facultades de ciencias de la salud*. Drs. Jorge Las Heras y Eduardo Rosselot. Fundación OSDE. Buenos Aires.

- *Grandes médicos humanistas*. Dr. Alejandro Goic (Editorial Universitaria, 2004).

- *Las experiencias del túnel y el bardo.* Dr. Sergio Peña y Lillo (Editorial Grijalbo, 2007).

- *La palabra y la música.* Dr. Otto Dörr Zegers (Editorial Universidad Diego Portales), 2007.

- *Las emociones*. Dr. Sergio Ferrer Ducaud, 2008.

- *Mayo del 68 Francés. La imaginación sin poder.* Dr. Jorge Las Heras, 2008.

- *Ignacy Domeyko*. Bibliografía. Dr. Zdzislaw Jan Ryn.

- *Sexo, erótica y amor.* Tomo I. *La normalidad sexual*; Tomo II. *La patología sexual. Dr.* Sergio Peña y Lillo (Editorial Nueva Patris).

- *Autobiografía religiosa. Una experiencia iniciática*. Dr. Zdzislaw Jan Ryn (Editorial Grijalbo).

- *Conversaciones con Hipócrates*. Dr. Alejandro Goic (Editorial Mediterráneo, 2009).

- *El grito de Córdoba. La reforma universitaria de 1918 y su vigencia en la Universidad del siglo XXI.* Dr. Jorge Las Heras (Editorial Universitaria, 2009).

- *Semiología Médica.* 3ª. Edición. Drs. Alejandro Goic, Gastón Chamorro Z. y Humberto Reyes B. (Editorial Mediterráneo, 2009).

- *Diabetes y Neurología*. Dr. Sergio Ferrer, 2009.

- *Idea de la persona ética.* Dr. Fernando Oyarzún Peña, 2010.

- *Tuberculosis*. Dr. Victorino Farga (Mediterráneo, 2010).

15. Otros

Donaciones:

Las siguientes donaciones fueron recibidas en el período, las que agradecimos debidamente:

- Cuadro al óleo del Dr. Lorenzo Sazie de autoría de su nieta Sra. Henriette Sazie Cerda.

- Dos cuadros al óleo de autoría del Dr. Santiago Jarpa Orrego.

- Colección de la Revista Médica de Chile 1928-2005, donada por el Dr. Rodolfo Armas Merino de la biblioteca de su padre.

- Libros de la biblioteca personal del Académico Honorario Monseñor Bernardino Piñera.

16. Obituario

Lamentamos el fallecimiento en el periodo de 35 miembros de la Academia: 12 Miembros de Número, 7 correspondientes, 16 honorarios nacionales y 1 extranjero.

Los *Miembros de Número* fallecidos son los Drs. Gustavo Pineda Valdivia, Juan Allamand Madaune, Benedicto Chuaqui Jahiatt, Fernan Díaz Bastidas, Fernando Valenzuela Ravest, Svante Tornvall, Tulio Pizzi Pozzi, Sylvia Segovia Polla, Hugo Salvestrini Rici, Julio Menegello Rivera, Mordo Alvo Gateño y Bruno Gunther Schaffeld.

Los *miembros correspondientes* fallecidos son los Drs. Ennio Vivaldi Ciccero (Concepción), Carlos Silva Lafrenz (Valparaíso), Ítalo Caorsi Chouque (Valdivia), Ernesto Mundt Flushman (Valparaíso), Sergio de Tezanos Pinto (Valparaíso), Edmundo Ziede Awad (Antofagasta) y Sergio Guzmán Serani (Valdivia).

Los *miembros honorarios* fallecidos son los Drs Jorge Otte Gabler, Gabriel Gasic Livasic, Cristina Palma Prado, Dr. Federico Puga, Dra. Mafalda Rizzardini Pierreti, Dr. Juan Arentsen Sauer, Dr. Mario Herrera Moore, Helmut Jaeger Lunecke, Dr. Sergio Lecannelier Rivas, Dr. Camilo Larraín Aguirre, Dr. Ramón Ortúzar Escobar, Mauricio Parada Barros, Carlos Eyzaguirre Edwards, Roque Kraljevic Orlandini, Jorge Kaplan Meyer y Héctor Croxatto Reccio.

El miembro honorario extranjero fallecido es el Dr. Pedro Laín Entralgo (España).

17. Agradecimientos

Sras. y Srs. Académicos:

Creo que el relato de las variadas actividades realizadas en el decenio da cuenta de que esta benemérita institución está dando cumplimiento cabal al propósito por el cual fue creada por Ley de la República en 1964: "*Una corporación autónoma con personalidad jurídica, de derecho público, destinada a promover en un nivel superior el cultivo, progreso y la difusión de las letras, las ciencias y las bellas artes*".

Si revisamos los considerandos de la Ley que creó el Instituto de Chile y sus Academias durante el Gobierno de Don Jorge Alessandri Rodríguez, siendo Ministro de Educación el Dr. Alejandro Garretón Silva, el objetivo de las Academias queda, a mi juicio, medianamente claro: "*El Gobierno cree que ha llegado el momento de conferir a la vida académica mayor amplitud y favorecer, por este medio, el desarrollo de la cultura. Este proyecto no pretende substituir nada, sino ampliar la vida académica y asegurarle una organización de base legal*".

La Academia no es por consiguiente una institución de educación superior –una universidad o instituto profesional– con las finalidades que a ellas compete, como son la formación de profesionales y académicos, la investigación científica y humanística, la creación artística y la extensión universitaria, sino que una institución promotora de la cultura médica en su sentido más amplio.

Asimismo, no es una sociedad médica científica cuya tarea es cultivar una especialidad o subespecialidad, ocuparse de la educación continua de los médicos, organizar cursos y congresos anuales y publicar revistas especializadas.

Tampoco es una institución gremial, que deba envolverse en los problemas coyunturales, siempre controvertidos, sobre los cuales deba pronunciarse cotidianamente; para ello existen organismos a los que la sociedad les ha otorgado esa función específica. Esto no significa que en situaciones que la Academia considere de especial relevancia o gravedad, no se puedan emitir opiniones conjuntas con otras organizaciones profesionales, académicas y gremiales, como de hecho ha ocurrido respecto a la certificación de especialistas. Por así decirlo, la Academia de Medicina se sitúa en la interfaz de estas relevantes asociaciones médicas.

Recordemos que las Academias se iniciaron en el siglo XVII como reuniones informales de personas importantes. En esa época, Robert Boyle acuñó la sugerente expresión "*The Invisible College*", para referirse a las actividades de un grupo de destacados cultores de la filosofía natural o científicos al que pertenecía. Este grupo sería el precursor de la Royal Society del Reino Unido.

A mi parecer, *la Academia de Medicina es una institución docta y honorífica, establecida con autoridad pública, que constituye un espacio de libre reflexión intelectual, destinada al cultivo y promoción de la medicina y a distinguir a aquellos médicos que se han destacado por sus dotes personales y una trayectoria profesional y académica sobresaliente.*

Como se señala en los considerandos de la ley anteriormente mencionados: "*El fruto de sus actividades dependerá del talento, el ingenio y prudencia de sus componentes*". Me parece que la descripción de las actividades que ha desarrollado y desarrolla la Academia de Medicina refleja el espíritu con que fue creada.

Es el momento de agradecer.

En primer lugar, a los Académicos que por un decenio me han acompañado en la mesa directiva: Dra. Sylvia Segovia (QEPD), Rodolfo Armas Merino y José Adolfo Rodríguez Portales; a las Sras y Srs. Académicos que dirigieron y participaron en los diversos comités de la Academia; a quienes presentaron conferencias en las reuniones ordinarias, a los que la representaron en instituciones externas nacionales e internacionales; a los que tomaron iniciativas para el mejor desarrollo de la corporación y a todos y cada uno de los académicos que con su presencia y estímulo ayudaron a la Academia a cumplir debidamente sus responsabilidades. Un especial agradecimiento al Dr. Armas por su colaboración, su aporte de ideas, su excelente disposición, su dedicación y entusiasmo. Con él trabajamos en la elaboración de distintos

documentos institucionales y trabajos presentados en reuniones internacionales. Le deseo el mayor de los éxitos en el ejercicio de la Presidencia de la corporación.

Mis agradecimientos a los funcionarios de la Academia: la Sra. secretaria de la Presidencia Cristina Blamey Vásquez, la Sra. bibliotecaria Elfriede Hersbtaedt y a los auxiliares Srs. Jorge Gajardo y Manuel Aedo y la colaboración de Esteban Fuentes. En especial, me complazco en agradecer la valiosa ayuda de la Sra. Cristina Blamey, cuya dedicación, idoneidad, conocimiento del funcionamiento de la Academia y trato cordial con los Académicos son cualidades dignas de ser destacadas.

Al finalizar esta cuenta, debo decirles que ha sido para mí un privilegio y un honor haber Presidido la Academia Chilena de Medicina durante diez años, la que he conducido con mucha dedicación, motivación y cariño. Agradezco a todos ustedes haberme otorgado esta inapreciable distinción.

INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Dr. Rodolfo Armas M.

Durante el año académico 2011, la Academia de Medicina realizó 16 sesiones: 9 ordinarias, 6 extraordinarias, 1 pública y solemne y 1 seminario sobre Bioética clínica.

Sesiones ordinarias mensuales. Dictaron conferencias, en los temas que se indican, los siguientes académicos: "Claude Bernard en su tiempo", por el Académico Monseñor Dr. Bernardino Piñera; "Nuevos desafíos en tuberculosis", por el Académico Dr. Victorino Farga; "El legado de Göethe", por el Académico Dr. Otto Dörr; "Autopsia: crónicas de un patólogo", por el Académico Dr. Jorge Las Heras; "La investigación biomédica en Chile", por la Académica Dra. Gloria Valdés; "Perfil de egreso de los estudiantes de medicina en Chile. Desafíos y oportunidades", por la Académica Dra. Colomba Norero; "La antropología médica alemana y su vigencia en la teoría médica actual", por el Prof. Fernando Lolas; "La acreditación de especialidades médicas: presente y perspectivas", por el Académico Dr. Vicente Valdivieso y "La herencia de Hipócrates", por el Académico Dr. Alejandro Goic.

Sesiones extraordinarias. Se realizaron seis sesiones:

- La primera para intercambiar ideas sobre las actividades de la Academia;
- La segunda, de instalación y designación de la mesa directiva para el período 2011-2013, la que quedó integrada por los Académicos Dr. Rodolfo Armas M. Presidente, Dr. José A. Rodríguez P. secretario y Dra. Gloria López S. tesorera. En la oportunidad, el Dr. Alejandro Goic, *Past President*, dio cuenta del decenio que presidió.
- Se realizaron también, en el transcurso del año, tres sesiones destinadas a elegir un nuevo Miembro de Número, resultando electos los Drs. Sergio Iacobelli Gabrielli (reumatólogo), Andrés Heerlein Lobenstein (psiquiatra) y una destinada a analizar modificaciones al sistema de elección de la Academia.

Sesiones pública y solemne. Ceremonia de incorporación como Miembro de Número del Dr. Sergio Iacobelli Gabrielli, especialista en reumatología y profesor titular de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su trabajo de incorporación se tituló: "Desde cristales a autoinmunidad". El discurso de recepción estuvo a cargo del Académico de Número Dr. Vicente Valdivieso D.

Seminario "Desafíos actuales de la bioética clínica" bajo la dirección de la Académica Dra. Mireya Bravo. Se efectuó en el Centro de Convenciones Manquehue el 28 de septiembre. Asistieron 168 médicos. Fueron relatores o coordinadores

de talleres personas de indudable reconocimiento en la bioética nacional: Drs Alejandro Goic, Fernando Lolas, Patricio Michaud, Juan Pablo Beca, Mauricio Besio, Aurelio Carvallo, Carlos Echeverría, Miguel Kottow, Iván Pérez, Rodrigo Salinas, Ricardo Vacarezza, Sergio Valenzuela y Dra. Paulina Taboada. Esperamos publicar las conferencias y las conclusiones de los talleres. Fuimos muy congratulados por haber emprendido este esfuerzo, fueron muchas las personas que nos sugirieron que esto había que repetirlo el próximo año.

Fundación Academia de Medicina de Chile. Se elaboró y presentó al Ministerio de Justicia la memoria anual y el balance correspondiente al período julio – diciembre 2010. Se legalizó el cambio de directorio de la fundación, quedando integrado de la siguiente forma: Dr. Rodolfo Armas M. Presidente, Dr. José A. Rodríguez P. secretario y Dra. Gloria López S. tesorera.

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. José A. Rodríguez Portales, Otto Dörr Zegers y el Presidente de la Academia.
- En el directorio de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), el Académico Dr. Vicente Valdivieso D.
- En el Consejo Nacional de Educación por el Instituto de Chile, el Académico Dr. Alejandro Goic G.
- En el consejo asesor del Ministro de Salud para el Plan de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), el Académico Dr. Vicente Valdivieso hasta julio del presente año cuando debió renunciar por disposiciones reglamentarias, al haber cumplido dos períodos. A contar de agosto de 2011 asumió esta representación la Académica Dra. Gloria López S.
- En el comité editor de los Anales del Instituto de Chile, el Académico Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid.
- En la Agencia acreditadora de programas de postgrado de especialidad en medicina y de centros formadores de especialistas médicos, en el cargo de secretario técnico el Académico Dr. Vicente Valdivieso y como miembro del directorio de esta agencia el Académico Dr. Manuel García de los Ríos.
- En el jurado del Premio de Ética Médica 2010 del Colegio Médico de Chile, la Académica Dra. Mireya Bravo Lechat.
- En el comité de postulaciones de la Academia de Medicina, los Académicos Drs. Mireya Bravo, Luigi Devoto, Valeria Prado (Presidenta), José A. Rodríguez y Juan Verdaguer.

Premio Academia de Medicina 2011. Destinado a un médico que se haya destacado por su línea de investigación, fue conferido al Dr. Miguel O'Ryan Gallardo por sus importantes aportes en investigación sobre epidemiología clínica y molecular de virus entéricos en Chile.

Publicaciones de la Academia. Se publicó el Boletín de la Academia Chilena de Medicina 2010, Nº XLVII (223 pp.).

Los Académicos Drs. Ricardo Cruz-Coke y Lorenzo Cubillos han iniciado un trabajo sobre "Médicos destacados en dos siglos de historia de Chile". Este libro será una contribución de la Academia al Bicentenario de la Independencia de Chile. Esta obra está prácticamente lista y tenemos la intención de que se publique en el transcurso del año 2012.

Extensión. La Academia participó con el tema "Investigación médica para controlar la desnutrición. La experiencia chilena", por el Académico de Número Dr. Fernando Mönckeberg B., en el ciclo de charlas que desarrolló conjuntamente el Ministerio de Educación y el Instituto de Chile para los mejores estudiantes secundarios de Santiago.

En la Presidencia del Senado, la Academia a través de su Presidente ha estado participando en la organización del encuentro "Horizontes en el Bicentenario del Congreso de la República de Chile". Este congreso se realizó entre el 30 de noviembre y el 3 de diciembre de 2011, reunió a líderes mundiales del ámbito científico, tecnológico y de las humanidades y en él se discutió y reflexionó sobre el futuro de nuestra civilización y cómo los avances científicos de hoy afectarán nuestra sociedad y los acontecimientos del futuro.

Libros publicados por Académicos: "Idea de la persona ética" del Académico Dr. Fernando Oyarzún Peña y "Tuberculosis", 3ª Edición, del Académico Dr. Victorino Farga.

Distinciones. Los Académicos Dr. José A. Rodríguez P. y Dra. Gloria López fueron designados secretario y tesorera, respectivamente, de la Academia Chilena de Medicina para el período 2011-2013.

El Académico Dr. Jorge Rakela fue elegido Master del American College of Physicians, máximo reconocimiento que esta institución norteamericana otorga a uno de sus miembros; la Dra. Marta Velasco y el Dr. Rakela recibieron esta distinción en la Reunión Anual del American College of Physicians que se efectuó en San Diego, EEUU en abril pasado. La Académica Dra. Colomba Norero fue elegida Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello. La Académica Dra. Valeria Prado fue distinguida con la Medalla "Eduardo Gotuzzo" en reconocimiento al Mérito Científico. Al Académico Dr. José A. Rodríguez P. le fue otorgado por el Capítulo Chileno del American College of Physicians la distinción Laureate Award, por su fructífera labor en esa institución como gobernador y luego como regente. El Académico Dr. Juan Verdaguer fue invitado a dar la conferencia "Arte y medicina" en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Los Académicos Drs. Alejandro Goic y Manuel García de los Ríos fueron distinguidos como Profesores Eméritos de la Universidad de Chile.

Patrocinios. La Academia otorgó el patrocinio para los siguientes congresos: XXXII Curso de Avances en Gastroenterología en "Enfermedades de hígado, vía biliar y páncreas. Desafíos en la práctica actual"; I Congreso Chileno de Hígado Graso

No Alcohólico; XXXVIII Congreso Chileno de Gastroenterología; XXII Congreso Chileno de Endoscopía Digestiva; XX Congreso Chileno de Hepatología; LXVI Congreso Nacional de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; VII Congreso Hispanolatinoamericano; I Congreso Chileno de Trastornos de la Conducta Alimentaria y 56º Congreso Chileno del American College of Surgeons.

Reunión internacional. La próxima reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM), se celebrará en septiembre de 2012 en Madrid, España y los temas a tratar serán "Universalización de las vacunas" y "Epidemiología de la obesidad". Los Académicos Dra. Valeria Prado y Dr. Manuel García de los Ríos se han encargado de elaborar las ponencias que presentará la Academia Chilena.

Vinculación con la comunidad. La Academia contrató a la empresa B12 Comunicaciones para que se encargue de vincular el trabajo de la Corporación con la sociedad. En relación con este programa, en cuatro oportunidades 11 Académicos fueron entrevistados por el canal de televisión CNN, prensa radial y escrita para abordar temas como: inequidad en salud, investigación biomédica, relación de los médicos con la industria farmacéutica, etiquetado de alimentos, acreditación de la calidad en medicina, tuberculosis, nutrición y obesidad, uso del lenguaje, término de las listas de espera AUGE, lupus, etc.

Obituario. En el presente año lamentamos el sensible fallecimiento del académico correspondiente de Concepción Dr. Elso Schiappacasse Ferreti y el académico honorario Dr. Luis Vargas Fernández.

OBITUARIO

EL PROFESOR DR. ELSO SCHIAPPACASSE FERRETI (1927-2011)[1]

Dr. Octavio Enríquez L.

Académico Correspondiente

Ante la imposibilidad de estar en el camposanto despidiendo de esta vida terrenal al distinguido Dr. Elso Schiappacasse, no me he podido sustraer a mi impulso íntimo de hacer llegar a su familia y a todos ustedes mis reflexiones y sentimientos, que como pudiera pensarse nacen no solo de la circunstancia, por lo demás feliz, de haber trabajado con él en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, bajo su dirección, sino que del hecho de que mi vinculación con él se remonta a circunstancias previas y a hechos posteriores que fueron consolidando entre ambos un aprecio profundo y un cariño entrañable, y mi admiración sincera por un hombre esencialmente bueno, generoso y amante del prójimo.

Después de que el Dr. Schiappacasse completó su formación de internista y gastroenterólogo, dedicó sus esfuerzos y energías a adquirir los conocimientos y las competencias necesarias en el extranjero, en lo que en ese tiempo era la naciente disciplina de la Educación Médica. Así no fue por azar que él junto a otros amantes de esta disciplina impulsaron su desarrollo en Chile en el inicio de la década de los setenta, lo que en la Universidad de Concepción se tradujo en la creación de la Oficina de Educación Médica en 1973, cuya dirección naturalmente recayó en nuestro querido amigo, el Dr. Elso Schiappacasse. En dicho ámbito, impulsó estrategias modernas e innovadoras, el compromiso con la medicina comunitaria, social y familiar, así como con la necesaria formación de los académicos en los aspectos educacionales y pedagógicos. En 1978, estando yo recién incorporado a la facultad como instructor, participé como alumno, junto a otros jóvenes académicos, en un curso notable de su conducción, de un año de duración, en el que se combinaban las tendencias más innovadoras y modernas en Educación Médica, con la adquisición de destrezas en tecnologías educacionales de vanguardia.

Su labor, silenciosa, en favor del desarrollo de la Educación Médica y de las vinculaciones internacionales de la facultad, durante una década fue notablemente fructífera. Esto se traduciría, a inicios de la década del noventa, en su elección como Decano de la Facultad de Medicina, para conducirla en un ciclo nuevo, lleno de desafíos y esperanzas. Así, me incorporé como Director de Postrgrado primero y como Vicedecano, más tarde, a su equipo de trabajo, en el que se asentaron las bases para profundos procesos de cambios en lo curricular y que, en la necesaria vinculación con el medio de una facultad de medicina, se tradujo en el desarrollo de programas de formación en el ámbito de la medicina y salud familiar, hoy, eje indiscutido del

1 Palabras del Dr. Octavio Enríquez Lorca en la sesión ordinaria de fecha 3 de agosto de 2011.

nuevo modelo de atención en salud. Esto se inscribía en lo que el Dr. Schiappacasse consideraba un pilar del quehacer académico, cual era una fuerte relación docente-asistencial y el servicio público, al igual que la relación y colaboración de la facultad con el Colegio Médico de Chile, en favor del desarrollo del país. Un hito en la historia de la facultad en su ciclo fue la inauguración del nuevo edificio sede con la participación de representantes de todas las instituciones vinculadas con la salud y la educación, encabezados por el Presidente de la Republica.

Como Decano de Medicina al interior de Asofamech condujo a mediados de los 90 su plan de Desarrollo Estratégico. Así, la Academia de Medicina lo incorporó, en esa circunstancia, como miembro correspondiente.

Es por consecuencia natural y lógica que durante los años que tuve la misión de conducir la facultad como Decano, propusiera el nombramiento del Dr. Elso Schiappacasse como profesor emérito de la Universidad de Concepción, ya que su pensamiento y su acción trascendió más allá de nuestra unidad académica y contribuyó a asentar la educación médica como disciplina propiamente tal, lo que hoy se expresa con nitidez en el actual departamento.

Pero permítanme ustedes señalar en esta circunstancia que hoy día nos convoca, el que en el día a día, en nuestro trabajo en común, tuve la ocasión de conocer en profundidad su alma generosa y su afecto por el desvalido. Recibí de él lo que define en esencia a un amigo, el afecto y la lealtad, sentimientos fuertemente recíprocos. Nuestros diálogos, en esas tardes de facultad, no versaban, como algunos pensaban, solo en lo académico, sino también en lo personal, familiar, político y social. En suma, sobre un humanismo que, cualquiera fuese su fundamento, estaba siempre presente. Estudioso y reflexivo, trabajador y dedicado; creyente fervoroso y consecuente. Su vida la entregó a los demás, a su familia y a muchos seres anónimos de la universidad y de su entorno social. Un mensaje reiterado por él, en muchas ocasiones frente la adversidad, fue que después de un tropiezo y una caída, a un hombre solo le correspondía levantarse, alzar la frente y la mirada y volver a caminar.

Lo que expreso hoy, también se lo expresé en vida a nuestro querido Dr. Schiappacasse, a quien creo que la Universidad de Concepción y la Educación Médica en su conjunto debe expresarle una gratitud permanente.

Elso, la providencia quiso que yo no pudiera estar físicamente hoy presente y que la emoción me impidiera expresar estas ideas. Solo quiero desear que en este transitar hacia la eternidad, encuentres esa paz y esa felicidad junto a Fresia y a muchos otros seres queridos.

Como tú decías, que los ángeles te acompañen siempre.

Elso, querido amigo, descansa en paz.

EL PROFESOR DR. LUIS VARGAS FERNÁNDEZ (1912-2011)[1]

Dr. José A. Rodríguez P.

Académico de Número

El Dr. Luis Vargas Fernández nació en Santiago en 1912 en el hogar formado por el Dr. Luis Vargas Salcedo, destacado catedrático de anatomía, clínica quirúrgica y urología de la Universidad de Chile, con doña Sara Fernández.

Hizo sus estudios primarios y secundarios en el Liceo Alemán de Santiago. En 1930 ingresó como alumno a primer año de medicina, en el primer curso de la carrera que se abría ese año en la Universidad Católica, no Pontificia todavía. Como la carrera estaba en sus inicios, debió trasladarse a Concepción para cursar el tercer año y desde cuarto fue alumno de la Universidad de Chile. Obtuvo el premio Clin en 1937 y desde sus comienzos manifestó interés por la investigación, bajo la influencia que en él ejercieron los Drs. Eduardo Cruz Coke y Alejandro Lipschütz.

Recién recibido, en 1938, fundó con el Dr. Arturo Atria el primer policlínico de enfermedades endocrinológicas en el Hospital del Salvador. En sus propias palabras, fue una gran tarea, sin medios ni presupuestos, que no pudo mantener por más de tres años. Sin embargo, acumuló experiencia en pacientes con enfermedad de Addison, en bocios y en amenorreas primarias. La experiencia clínica, desde sus comienzos, fue para él fuente de cuestionamientos y de inspiraciones para la investigación. Es así como discurrió irradiar en bajas dosis la región hipotalámico-hipofisiaria de mujeres en amenorrea, con la intención de provocar hiperemia y estimular la secreción hormonal.

En 1941 la fisiología había logrado cierto grado de desarrollo en la Universidad Católica, por lo que el Director de la Escuela, a la sazón el Dr. Joaquín Luco, encargó al Dr. Vargas crear una cátedra donde se estudiara cómo las enfermedades modificaban la fisiología normal. Nació así la Cátedra de Fisiopatología, pionera en Chile, que luego colaboró con las cátedras similares que se formaron más tarde en la Universidad de Chile y en la Universidad de Concepción. Fruto de la colaboración entre estas tres cátedras fue la publicación en 1963 del texto "Patología Funcional", editado por Günther y Talesnik.

Después de una beca en Estados Unidos en la Carnegie Institution, entre 1942 y 43, el Dr. Vargas se reintegró a la Universidad Católica y a la investigación. Su línea se orientó a la tumorigénesis, administrando testosterona u otros andrógenos a mujeres con miomas uterinos para reducir su tamaño, a pacientes con cáncer mamario, a mujeres con endometriosis y a pacientes con enfermedad de Addison.

1 Palabras del Dr. José A. Rodríguez Portales en la sesión ordinaria de fecha 5 de octubre de 2011.

Posteriormente, el Dr. Vargas se dedicó a investigar la diabetes mellitus experimental, consiguiendo un buen modelo en conejos tratados con aloxantina. En ellos el Dr. Vargas demostró que implantes subcutáneos de protamina-zinc-insulina conseguían un mejor control glucémico que las inyecciones diarias de insulina cristalina, y se alegró cuando en 1979 aparecieron las bombas de insulina que apoyaban sus hallazgos.

Entusiasmado con los estudios de Hans Selye, comenzó luego estudios sobre el estrés, comprobando que éste se acompañaba de fuertes alzas de la hormona melanocito-estimulante. Implementó un método para medirla y documentó su elevación en la fase aguda de la úlcera duodenal, en el trabajo de parto y después del electroshock usado en depresiones graves. También trabajó en el rol de la hormona de crecimiento en el estrés y en la diabetes, describiendo una sustancia anti-insulínica en las alfa 2 globulinas, dependiente de hormona de crecimiento, la cual, al ser liberada en el estrés, permite que aumente la glucosa sanguínea.

Fue Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica entre 1949 y 1954. En palabras del Dr. Juan de Dios Vial Correa, "siempre se preocupó por el progreso de la enseñanza, por la situación de los alumnos y de los docentes. Creo que no hubo una sola iniciativa académica importante y de desarrollo en aquellos tiempos, que no haya encontrado en él un impulsor y sostenedor, cuando no un defensor o creador".

Entre ellas cabe mencionar, a modo anecdótico, sus exitosos esfuerzos para convencer al Rector de la universidad, don Carlos Casanueva, para que aceptara admitir mujeres a la Escuela de Medicina.

Además de Director, fue Decano subrogante de la Facultad de Medicina, Profesor Titular en 1970 y luego Decano de la Facultad de Ciencias Biológicas entre 1973 y 1982. En 1972 se incorporó como Miembro de Número a la Academia de Ciencias, llegando a ser su Vicepresidente en 1980 y su Presidente entre 1986 y 1991. En 1981 fue incorporado como Miembro Honorario a la Academia de Medicina. Como sabemos, en 1985 fue distinguido con el Premio Nacional de Ciencias.

Yo lo conocí en 1963, como alumno de tercer año de medicina, siendo él el profesor de Fisiopatología. Su método docente daba mucha importancia a la iniciativa original de los alumnos, a quienes encargaba que en grupos pequeños idearan un estudio experimental usando la metodología científica y luego comunicaran sus resultados en seminarios que imitaban las presentaciones de trabajos científicos en los congresos. Esto nos permitía introducirnos en el laboratorio para aprender cómo se genera la ciencia.

Diez o doce años más tarde me tocó colaborar con él como secretario de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Metabolismo, de la cual él era Presidente. Estando prohibidas las reuniones no autorizadas, nos reuníamos con el Directorio en su casa de la calle Ladislao Errázuriz, hasta tarde en la noche, para organizar cursos y congresos. Siempre me impresionó su afán por relacionar la clínica con las ciencias

básicas, dando así un fundamento a la patología que veíamos en nuestros enfermos. Era uno de aquellos que se ha tomado en serio la ciencia, consagrándole su vida y, como en el matrimonio, guardándole fidelidad "hasta que la muerte los separe".

Ahora don Luis Vargas tiene la ciencia perfecta. Como creyente, se le puede aplicar aquel versículo del profeta Isaías: "No tendrás ya más al sol como luz del día ni la luna te iluminará de noche, sino que tendrás al Señor por luz eterna y a tu Dios por tu hermosura". ■

ANEXO

DISTINCIONES RECIBIDAS, PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y CULTURALES DE LOS MIEMBROS DE LA ACADEMIA DE MEDICINA

Dr. Rodolfo Armas Merino

Docencia en Universidad de Chile

- Profesor Titular de Medicina.
- Docencia de pregrado: dictado de clases a alumnos de 3er año de la carrera de medicina, participación en proceso de evaluación de pregrado.
- Docencia de postgrado: en programa de especialización en medicina interna, realizaciones de reunión clínica, seminarios y práctica de docencia directa en consultorio de gastroenterología y participación en la evaluación final en el programa de formación de especialistas en gastroenterología.

Cargos académicos

- Presidente de la Academia Chilena de Medicina.
- Vice-Presidente del Instituto de Chile.
- Consejero del Instituto de Chile.
- Representante (como Presidente de la Academia) ante la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM).
- Representante (como Presidente de la Academia) ante el Inter Academy Medical Panel (Asociación Mundial de Academias de Medicina).

Participación en eventos académicos

- Participación en la organización del Seminario "Desafíos actuales de la Bioética Clínica".
- Participación (como Presidente de la Academia) en la organización del encuentro "Horizontes en el Bicentenario del Congreso de la República de Chile".
- Dicta conferencia en Clausura del Año Académico de la Universidad Mayor en Temuco.

Actividades societarias

- Miembro del Directorio de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile (Asocimed) en calidad de socio Emérito.
- Miembro del Comité Organizador del Congreso Mundial de Medicina Interna 2012
- Clase en Sociedad Médica de Santiago. "Daño hepático crónico no alcohólico". Curso de Actualizaciones en Medicina Interna; se transmite vía Internet a alumnos del resto del país.

Trabajo asistencial

- Desempeño como gastroenterólogo en el Hospital San Juan de Dios, atendiendo consultorio especializado dos mañanas por semana y participando de las actividades propias de la Unidad de Gastroenterología.

Publicaciones

- Armas Merino R. Presentación del texto de semiología de A Goic, G Chamorro y H Reyes. "La Enseñanza de la Semiología". Rev Méd Chile 2011; 139: 119-122.
- Letelier LM, Valdivieso A., Gazitúa R, Echavarry S, Armas M R. "Definición Actual de la Medicina Interna y el Internista". Rev. Méd. Chile, 2011, 139, 1081.

Dra. Mireya Bravo

En Academia de Medicina

- Directora del Seminario "Desafíos actuales de la Bioética Clínica". Academia Chilena de Medicina. Septiembre 2011.
- Miembro comité de postulaciones.

Docencia de post-grado en Universidad de Chile. Facultad de Medicina

- Coordinador y docente del Diploma de Ética de la Investigación Biomédica.
- Docente en el ciclo de Bioética Clínica del Magíster en Bioética.
- Evaluador de tesis de Magíster en Bioética.
- Miembro de la Comisión Académica del Magíster en Bioética (Magíster interfacultades: Filosofía y Humanidades y Medicina).

Comités

- Comisión de Ética. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Comité de Ética Asistencial, Hospital Roberto del Río.
- Comité de Ética Asistencial, Clínica Alemana. Santiago.

Trabajos presentados

- Pamela Chávez, Mireya Bravo. "Educación en Bioética. Experiencia del Magíster interfacultades de la Universidad de Chile (2004 -2011)".
- Seminario Subregional de Educación en Bioética. "Construyendo consensos". UNESCO. Lima, Perú. Agosto 2011.
- Nina Horwitz, Sergio Valenzuela, Mireya Bravo, Pedro Herzcovic, M. Luz Bascuñan. "Ética institucional. El fortalecimiento del clima ético en la academia". VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética. FEILABE. Junio 2011.

Distinción

- Distinción "Eduardo Bunster Montero" entregada por la Sociedad Chilena de Hematología en reconocimiento a su sobresaliente contribución al desarrollo de la hematología nacional. Octubre 2011.

Dr. Felipe C. Cabello

Publicaciones

- Bugrysheva, J.V., Godfrey, H.P., Schwartz, I. and Cabello, F.C. (2011). Patterns and regulation of ribosomal RNA transcription in *Borrelia burgdorferi*. BMC Microbiol. 11: 17.
- Sambir, M., Ivanova, L.B., Bryksin, A.V., Godfrey, H.P. and Cabello, F.C. (2011). Functional analysis of *Borrelia burgdorferi uvrA* in DNA damage protection. FEMS Microbiol. Lett. 317: 172-180.
- Millanao, B.A., Barrientos, H.M., Gómez, C.C., Tomova, A., Buschmann, A., Dolz, H. and Cabello, F.C. (2011). Injudicious and excessive use of antibiotics: public health and salmon aquaculture in Chile. Rev. Méd. Chile 139: 107-118.
- Cabello C, F. (2011). Editorial. Tuberculosis: steady dynamics between past and present to imagine the future. Rev. Med. Chil. 139: 829-832.
- Cabello, F. (2011). Editorial. 175 años de la National Library of Medicine, de los EE.UU. de NA: un tesoro científico y cultural digno de admiración. Rev. Méd. Chile 139: 1115-1117.
- Cabello C, F. (2011). Revisión de libros. Tuberculosis. Rev. Méd. Chile 139: 681-682.
- Cabello C, F. (2011). Revisión de libros. Tuberculosis. Rev. Chil. Infectol. 28: 282-283.

Comités

- El Dr. Cabello fue nombrado miembro por cuatro años del Literature Selection Technical Review Committee de la National Library of Medicine. National Institute of Health. EE.UU. Este comité selecciona las publicaciones científicas a incluirse en la base de datos PubMed. El Dr. Cabello fue miembro de este mismo comité entre los años 1996 y 1999.

Presentaciones

- El Dr. Cabello fue invitado a presentar su trabajo sobre el uso de antimicrobianos en acuicultura en dos reuniones científicas. En la 141 reunión anual de la American Fisheries Society en Seattle en Septiembre, 2011 y en una reunión sobre "Metagenómica y microbiología ambiental" en la Universidad Internacional de Andalucía, Antonio Machado, en octubre, 2011.

Dr. Pablo Casanegra Prnjat

Panelista

- Caso Clínico VI: Hipertensión pulmonar. Curso de Post Grado "Toma de Decisiones en Cardiología y Cirugía Cardiovascular". División de Enfermedades Cardiovasculares. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 3 al 5 de junio.

- Moderador: "Evaluación no invasiva de la enfermedad coronaria". Curso Cardiología par ano Especialistas. Congreso SOLACI, Centro de Eventos Casa Piedra, Santiago 3 y 4 de agosto.
- Enseñanza de auscultación cardíaca mediante un simulador de ruidos cardíacos en estudiantes y residentes de medicina, Dres Martinez, G., Guarda E., Baeza R., Casanegra P., División de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica de Chile. XLVIII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (Abstract).

Dr. Fernando Cassorla Goluboff

Participación en conferencias plenarias

- Growth hormone and nutrition 43th International Symposium of Endocrinology and Metabolism. Roma, Italia. Mayo 2011.
- Reproductive function in the offspring of women with PCOS: who is the chicken and who is the egg? 50th Meeting of the European Society for Pediatric Endocrinology. Glasgow, Escocia. Septiembre 2011.
- Clínica en Simposio sobre "Avances en talla baja: de lo molecular a la clínica". Santiago, Chile. Octubre 2011.
- Telemedicine to optimize GH treatment. Serono Workshop. Budapest, Hungría. Octubre 2011.
- Basic Concepts in genomics and pharmacogenomics. Buenos Aires, Argentina. Octubre 2011.

Publicaciones en revistas internacionales

- Soto N, Pruzzo R, Eyzaguirre F, Íñiguez G, López P, Mohr J, Pérez-Bravo F, Cassorla F and Codner E. Bone mass and sex steroids in postmenarchal adolescents and adult women with Type 1 Diabetes Mellitus. The Journal of Diabetes and its Complications 25: 19-24, 2011.
- Íñiguez G, Román R, Youlton R, Cassorla F, and Mericq V. Ghrelin plasma levels in patients with idiopathic short stature. Hormone Research in Pediatrics. 75: 94-100, 2011.
- Aros S, Mills JL, Íñiguez G, Ávila A, Conley M, Troendle J, Cox C and Cassorla F. Effects of prenatal alcohol exposure on postnatal growth and the insulin-like growth factor axis. Hormone Research in Pediatrics 75: 166-173, 2011.
- Codner E, Eyzaguirre G, Íñiguez G, López P, Pérez-Bravo F, Torrealba I, and Cassorla F. Ovulation rate in adolescents with Type I Diabetes Mellitus. Fertility and Sterility 95: 197-202, 2011.
- Codner E, Villarroel C, Eyzaguirre FC, López P, Merino PM, Pérez-Bravo F, Íñiguez G and Cassorla F. Polycystic ovarian morphology in postmenarchal adolescents. Fertility and Sterility. 95: 702-706, 2011.
- Íñiguez G, Argandoña F, Medina P, González C, San Martín S, Kakarieka E, Johnson MC and Cassorla F. Acid-labile subunit (ALS) gene expression and

protein content in human placentas: differences according to birth weight. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 96: 187-191, 2011.
- Sotomayor K, Íñiguez G, Ugarte F, Villarroel C, López P, Ávila A, Codner E and Cassorla, F. Ovarian Function in adolescents with Mc Cune-Albright Syndrome. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism. 24: 525-528, 2011.
- Kalfa N, Cassorla F, Audran F, Abdennabi O, Philibert P, Béroud C, Guys JM, Reynaud R, Alessandrini P, Wagner K, Bréaud J, Valla JS, Morisson Lacombe G, Daures JP, Baskin L, Fukami M, Ogata T and Sultan C. Polymorphisms of MAMLD1 gene in hypospadias. Journal of Pediatric Urology. 7: 585-591, 2011.
- Merino P, Codner E, and Cassorla F. A rational approach to the diagnosis of polycystic ovarian syndrome during adolescence. Arquivos Brasileros de Endocrinología 55: 590-598, 2011.

Miembro comité editorial

- The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism
- Hormone Research in Pediatrics.
- Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism.
- International Journal of Pediatric Endocrinology.
- Arquivos Brasileiros de Endocrinología.
- The Endocrinologist.
- Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes.
- Revista Médica de Chile.

Proyectos de investigación

Investigador Responsable:

- 2009 – 2012 Fondecyt 1095118. Efectos de la edad, género y desarrollo puberal sobre la sensibilidad de la hormona del crecimiento en el ser humano.

Co-Investigador

- 2010 – 2013 Fondecyt 1100123. Estrogens and Type 1 Diabetes.
- 2011 – 2014 Fondecyt 1110240. Intracellular signaling induced by IGF-I in human preterm and term placentas, modulation by the Klotho FGF system.

Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid

Actividades académicas nacionales

- Consejo editor de Anales del Instituto de Chile
- Reunión anual de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. Noviembre 2011, Colegio Médico de Chile.
- Congreso Científico del Futuro, Bicentenario del Congreso Nacional, Santiago, Diciembre 2011.

Publicaciones

- Cruz-Coke, Ricardo. Régimen Electoral: pasado, presente y futuro. Anales Instituto de Chile. Vol XXX, 2011 (en prensa).
- Cruz-Coke, Ricardo y Cubillos, Lorenzo. Editores. "Médicos destacados en dos siglos de la Historia de Chile", Academia de Medicina, Instituto de Chile, Santiago 2011 (en preparación).

Distinciones

- Estatuilla de la Doble Hélice. Sociedad de Pediatría de Chile. Sección Genética. Reconocimiento al valioso aporte a genética clínica. Noviembre 2011.

Dr. Lorenzo Cubillos Osorio

- Conferencia "Historia de la Sociedad de Cirujanos de Chile". Sesión inaugural 84, Congreso Chileno e Internacional de Cirugía. Puerto Varas (Frutillar). 20-11-2011.

Dr. Otto Dörr Zegers

Conferencias:

- "La medicina antropológica, Viktor von Weizsäcker y el Juicio de Nüremberg". Jornada académica sobre "La Medicina Antropológica y el Juicio de Nüremberg", organizada por el Heidelberg Center Lateinamerika y el Centro Colaborador en Bioética de la OMS. Santiago: 11 de enero de 2011.
- "Hermeneutics, dialectics and psychiatry: the contribution of Karl Jaspers". International Congress 100 Years of Karl Jaspers "General Psychopathology. Heidelberg", September 15th – 16th 2011.
- "Hermenéutica, dialéctica y psiquiatría". VII Simposium Internacional de Psicopatología y Psiquiatría Clínica, Clínica Alemana, Santiago: 30 de septiembre de 2011.
- "Eros y Psiquis. Un intento de fenomenología del amor". Conferencia magistral en II Congreso Mundial de Sexología Médica. Viña del Mar: 26, 27 y 28 de octubre de 2011.

Publicaciones:

- "Un Motivo de Preocupación en el Bicentenario: El Deterioro del Lenguaje Hablado en Chile". En: El Alma de Chile 200 años después. 26 Ensayos para la Historia. Santiago: NOVUM Editorial (2011).
- "Suicidio y muerte en R., M. Rilke". Quaderns de Versàlia (Barcelona), I: 12-17 (2011).
- "Das Wort und die Musik". Libro. Würzburg: Königshausen & Neumann Verlag, 2011.
- "Die Schizophrenie als Logopathie". In Festschrift zum 80. Geburstag von Uwe Henrik Peters. Andreas Marneros, Anke Rohde (Eds.). Koeln, ANA Publishers, 2011, pp. 352-372.

Traduccciones

- Libro "Pasión: El camino de Goethe hacia la creatividad", de Rainer Holm-Hadulla. Santiago: Editorial Universidad Diego Portales (2011).
- "La sexualidad en la era de la técnica", de Thomas Fuchs. En Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Año 7, Vol. 7 – Nº 3: 300-308 (2011).
- "La sexualidad en la era de la técnica", de Thomas Fuchs. Versión resumida y adaptada. Suplemento cultural "Artes y Letras" del diario El Mercurio, 13 de noviembre de 2011.

Dr. Jaime Duclos Hertzer

Docencia

- Profesor de Medicina Interna a cargo de la formación de internistas en el campo clínico del Hospital Naval A Nef,

Publicaciones

- Revista Médica de Chile me ha aceptado un trabajo con el título ¿Cuánto vale (aún) la palabra del médico en la práctica clínica? (en prensa).

Distinciones

- Relacionador público en el próximo Congreso Mundial de la especialidad a realizarse en Santiago en 2012. Sociedad Chilena de Medicina Interna.

Dr. Octavio Enríquez Lorca

Participación en seminarios, jornadas, congresos y otros en el país

- Asamblea General Ordinaria Colegio Médico de Chile, Puerto Natales, Consejo Regional Punta Arenas: Memoria del Departamento de Formación y Acreditación del Colegio Médico de Chile, del 13 al 16 de abril de 2011.
- Síntesis Histórica de Asofamech. Conferencia Sociedad Chilena de Historia de la Medicina, noviembre 4 de 2011.
- Participación como conferencista en seminario sobre Acreditación, organizado por la AACS el 1 de diciembre de 2012. Coordinador de mesa redonda.

Cargos

- Presidente del Departamento de Formación y Acreditación Médica, durante todo el 2011. Reelegido por el HCG el 1 de julio de 2011.
- Director Corporación U. de Concepción y Director Clínica Universidad de Concepción, hasta el 30 de junio de 2011.
- A partir de julio de 2011, es integrante del Consejo de Acreditación de la AACS.
- A partir de julio de 2011, es vicepresidente del Consejo de Desarrollo Regional de la Universidad Nacional Andrés Bello.

Trabajos publicados en revistas nacionales y extranjeras

- Par revisor de trabajos científicos de la Revista Médica de Chile.
- Co-editor de libro sobre Metodología de la Investigación. Dr. Manuel Bobenrieth (en prensa).
- Editoriales Cuadernos Médicos Sociales 2011.

Dr. Manuel García de los Ríos Álvarez

Docencia de postgrado

- Docente en el curso de diabetes "Insulinización para Atención Primaria SSMOCC 2011", 17 de marzo 2011.
- Integrante de la Comisión de Examen teórico en la Especialidad de Diabetes de adultos. Dra. Isabel Errázuriz Cruzat. Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 29 de marzo 2011.
- Docente en Curso Patología Nutricional. Magíster Nutrición. INTA. 5 de septiembre 2011.
- Integrante de la Comisión de Examen teórico en la Especialidad de Diabetes de adultos. Dra. Patricia Gómez Gómez. Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 29 de marzo 2011.

Conferencias nacionales

- Conferencista "Síndrome metabólico Enfoque 2011", XVIII Jornadas Multidisciplinarias de Medicina Interna. Temuco. 7-8 abril 2011.
- Conferencista "Rol de los insulino-sensibilizadores en Diabetes y Prediabetes", XVIII Jornadas Multidisciplinarias de Medicina Interna. Temuco. 7-8 abril 2011.

Asistencia a cursos, congresos y seminarios

- Curso de "Actualización en Retinopatía Diabética". Sociedad Chilena de Oftalmología. 13 de agosto 2011.
- 47 th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes. Lisboa, Portugal 12 – 16 de septiembre 2011.
- Asistente y Presidente de Mesa, XXII Congreso SOCHED. Antofagasta, Chile 10 – 12 de noviembre 2011.

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 Centro de Especialistas (APICE) en representación de la Academia de Medicina.

Actividades con la industria farmacéutica

- Chairman del Simposio "Levemir Chile". Laboratorio Novo-Nordisk. Puerto Varas. Chile. 16-18 de junio 2011.

- Chairman del Simposio "Más allá de la NPH, beneficios a largo plazo de los Análogos de Insulina, en diabetes mellitus tipo 2. Prof. Dr. G Bolli. Laboratorio Sanofi-Aventis. Santiago. 24 de agosto 2011.

Distinciones y premios

- Profesor Emérito 2011, Universidad de Chile.

Trabajos libres presentados en congresos

- XXII Congreso SOCHED. Antofagasta, Chile 10 – 12 de noviembre. Sanhueza L, Concha L, Durruty P, Wolf C, Leyton V, Rubio C, Nanjari R, García de los Ríos M. "Resistencia a la Insulina en Pacientes Diabéticos tipo 1". Abstract.

Trabajos publicados

- García de los Ríos M. Historia de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) 1970 - 2010. Rev. Chil. Endocrinol. Diabetes 2011; 4: 61-63.

Dr. Alejandro Goic Goic

Sociedades médicas y educacionales

- Ex Presidente Academia de Medicina
- Miembro del Consejo Nacional de Educación y Vicepresidente (s).
- Miembro del Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago.
- Miembro del Comité Editorial de la Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Revisor de artículos enviados para publicación en la Revista Médica de Chile.
- Editor del Boletín Academia de Medicina.

Conferencia Académica

- "La herencia de Hipócrates". Academia de Medicina, 7 de diciembre, 2011.

Seminario

- Seminario Desafíos actuales de la ética clínica. Taller: Cuándo y cómo limitar tratamientos. Presidentes: Alejandro Goic y Carlos Echeverría. Academia de Medicina. 28 de septiembre, 2011.

Distinciones

- Reconocimiento a la excelencia y trayectoria académica 2010. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 28 de abril, 2011.
- Profesor Emérito de la Universidad de Chile, 12 de diciembre, 2011. Discurso de recepción: "Elogio a la Universidad de Chile".

Extensión

- *Las sociedades también enferman* (carta al editor). Revista Mensaje.

Publicaciones

- Echeverría C, Goic A, Herrera C, Quintana C et al. [Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago]. *Eutanasia y acto médico*. Rev Med Chile 2011, 139: 642-654.
- Libro: *"El Paciente escindido"* (Editorial Meditarráneo, en prensa).

Dra. Gloria López Stewart

Docencia Pregrado

- Clase: Semiología de la Diabetes, curso de Semiología Carrera de Medicina 9/05/2011 (85 alumnos)
- Clases (3) Asignatura Medicina I Hipoglicemiantes orales. Evidencias y Guías clínicas, 22/11/2011. Complicaciones Agudas y manejo hospitalario, 24/11/2011: alumnos: 85.
- Seminario a alumnos de cuarto año de Medicina (4 por semestre): total 8, en su rotación por la Sección Endocrinología y Diabetes
- Tutor Seminarios internos de medicina VI año.3, 17/03, 30/06 y 27/10, con un total de 24; 22 y 25 internos respectivamente
- Comisión de examen de Pre-grado (dos)
- Comisión de Reválida del título de Médico: 3 exámenes
- Tutor de dos rotaciones electivas de Internado (un mes cada uno)

Docencia Postgrado

- Jefe de Programa de Título de Especialista en Diabetes del Adulto, derivada de la Medicina Interna. 2 alumnas de segundo año (Dras. Marcela Candia Hernández y Patricia Gómez Gómez) y una de segundo año, Dra. Alba González. Sección Endocrinología y Diabetes, Hospital Clínico U de Chile.
- Docente encargado de la Asignatura Clínica Diabetes Ambulatoria Programa de Título de Especialista en Diabetes del Adulto: 12 semanas Dras. Candia, Gómez y González.
- Docente colaborador en asignatura Clínica en Diabetes, Hopitalizados Programa de Título de Especialista en Diabetes del Adulto. 12 semanas, Dras. Candia Gómez y González.
- Monitor de Seminarios en Programa de formación de Diabetes, Asignatura Fundamentos de la Diabetología 3 semanarios de introducción a la Diabetología. Dra. Alba González.Programa de Título de Especialista en Diabetes del Adulto.
- Docente responsable de la Rotación Diabetes Becados de Medicina Interna, Un mes de duración: 9 becados.
- Docente responsable de la Rotación Electiva Diabetes Becadas de Medicina Interna Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana, Dra. Trigal Mora Rodríguez, junio 2011.
- Clase Insulino Resistencia en Curso Bases Fisiopatológicas de la Medicina Interna, Escuela de Postgrado Facultad de Medicina U Chile, 28 septiembre 2011.

- Clase y seminario Hipoglicemiantes Orales en Curso de Postgrado Farmacología Clínica, Escuela de Postgrado Facultad de Medicina Universidad de Chile.
- Docente de 4 Módulos en Diploma Manejo Integral de Diabetes Tipo 2 para Profesionales de Equipos de Salud de Atención Primaria Escuela Postgrado Facultad de Medicina U de Chile Medichi (julio a diciembre 2010, Tercera Versión.
- Revisor de Proyecto de Tesis Programa Doctorado en Ciencias Médicas y Especialidad (Cirugía General) Matías Gajardo Beroíza. "Función in vivo de Islotes pancreáticos purificados con un método independiente de digestión enzimática".
- Revisor de Tesis de Magíster en Nutrición INTA, Dpto. de Nutrición Facultad de Medicina U. de Chile. Universidad de Valparaíso. Nombres Ximena Palma Molina "Efecto de la Ingesta inmediata y la suplementación por 6 días con arándanos (Vacciniumcorymbosum L) sobre la glicemia, insulinemia y estado redox en sujetos sanos". Romina Morgado Pradenas, Daniela Pincheira Ruiz. Calidad Alimentaria y sus efectos en parámetros de control metabólico en diabéticos tipo 2".

Otras Actividades Académicas permanentes

- Miembro de la Comisión Coordinadora Programas de Postgrado de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina. Una reunión mensual de 2 horas de duración.
- Jefe del Programa de Título de Especialista en Diabetes del Adulto. Especialidad derivada de la Medicina Interna, Acreditado por la Agencia APICE.
- Miembro Ordinario del Comité Ético Científico o de Investigación del Hospital Clínico U. de Chile, Resolución exenta 275, 11 de junio 2010.

Actividades en Sociedades o Corporaciones de apoyo al desarrollo médico

- Miembro del Directorio de CONACEM (Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas) en representación de las Sociedades Científicas.
- Miembro del Comité Consultivo de Especialidades Médicas, órgano asesor de la Comisión Nacional de Acreditación CNA, designado por concurso.
- Vicepresidente de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas ASOCIMED.
- Miembro de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile. Integrante de su Directiva, en Calidad de Tesorero.
- Integrante Consejo Consultivo del Régimen de Garantías Explícitas Ministerio de Salud, en representación de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Proyectos Investigación

- Proyecto Domeyko En marcha. Fondos concursados y adjudicados. Proyecto Obesidad y Diabetes. "Evaluación de Marcadores Bioquímicos y Genéticos de daño Endotelial y Periodontal en Individuos Obesos Normoglicémicos, Intolerantes a la Glucosa y Diabéticos tipo 2". Investigador Principal: Verónica Araya Q. Coinvestigadores: Gloria López, Pilar Durruty, Violeta Pavez, Daniela Seelenfreund, Carlos Wolff, M. Eugenia Bruzzone, Lorena García, Sergio Lobos.
- "Hemoglobina glicosilada A1c y enfermedad coronaria en pacientes no diabéticos". OAIC. Patricia Gómez; Isabel Errázuriz, E. Chaigneau, Pilar Durruty, M. Fritz, Gabriela Sanzana, Gastón Dusaillant y Gloria López.

Publicaciones

Capítulos Libros

- "Genetics of Endothelial Damage Associated to Type 2 Diabetes Mellitus" Lorena García, Carlos Wolff, Verónica Araya, Gloria López, Sergio Lobos, Pilar Durruty, Daniela Seelenfreund; in Medical Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. 2011. Croniger C. Ed. ISBN 978-953-307-363-7. In Tech, available from http/www.intech.com/articles/show/title/genetics. Verificar
- Capítulo Diabetes Mellitus. E Carrasco, P Durruty, G López, S Muñoz en Libro Nutrición y Salud, M Ruz y F Pérez Eds. 2da Edición, 2011.

Revistas

- "Frecuencia de Periodontitis en una muestra de Diabéticos Tipo 2 y No Diabéticos de Santiago". Araya V, Pavez V, Baksai N, Cordero F, Lechuga M y López G. Rev. Chil. Endocrinol. diabetes 2011; 4(4):251-256.
- "ALAD en el futuro", López G. Rev.chil.endocrinol.diabetes 2011; 4: 66-67.
- "Association of the intronic polymorphism rs 891512(G24943A) of the endotelial nitric oxide synthase gene with hypertension in Chilean Diabetetic patients". Diabetes Research and Clinical Practice. Aceptado para publicación. Seelenfreund D, Lobos SR, Quesada A, Saavedra JM, Wolff C, López-Stewart G, Araya VA, Durruty P.

Trabajos Presentados en Congresos

- "Incorporación y aplicación de una Guía Clínica de Manejo Protocolizado de Control Glicémico en Sala de Medicina". Gómez P, Vargas C, Lazcano C, Candia M, Sanzana G, Durruty P y López G. Presentado como poster(34) en el XXII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes, Antofagasta,10 al 12 de noviembre 2011.
- "Asociación entre hemoglobina glicosilada A1C y enfermedad coronaria en adultos no diabéticos", Gómez P, Errázuriz I, Chaigneau E, Durruty P, Fritz M, Sanzana G, Dusaillant G y López G. P 36 en el XXII Congreso

Chileno de Endocrinología y Diabetes, Antofagasta, 10 al 12 de noviembre de 2011.

- "Caracterización del Infarto Agudo del Miocardio en Pacientes Diabéticos Chilenos. 16 Años de Estudio". Ugalde H, Muñoz M, López G, Ugalde D. Comunicación Oral. XXXIII Congreso Chileno de Medicina Interna, Coquimbo, 20-22 octubre, 2012.
- "Characteristcs of Diabetic Pregnant Women and Newborns from a Public Hospital", Santiago, Chile. López-Stewart G, Candia M, Gómez P, Errazuriz I, Vargas R, Durruty P. P1760 IDF World Diabetes Congress, Dubai 4-8 December 2011.
- "Infarto Agudo del Miocardio en pacientes diabéticos y no diabéticos. Evolución Hospitalaria y a 5 años", Ugalde H, Muñoz M, Ugalde D, López G. XLVI Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Viña del Mar, 3-6 Diciembre 2011.
- "Asociación entre hemoglobina glicosilada A1C y enfermedad coronaria en adultos no diabéticos", Gómez P, Errázuriz I, Chaigneau E, Durruty P, Fritz M, Sanzana G, Dusaillant G y Gloria López. P 36 en el XXII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes, Antofagasta, 10 al 12 de noviembre 2011.

Conferencias y Simposios en Congresos y Cursos

- "Insulinorresistencia y Embarazo", Curso Medicina Materno Fetal Facultad de Medicina U de Concepción, Concepción, 9 de julio 2011.
- "Diabetes y Embarazo", Curso Medicina Materno Fetal Facultad de Medicina U de Concepción, Concepción, 9 de julio 2011.
- "Diabetes, Diagnóstico y Manejo Actual". XXI Curso: Problemas Frecuentes en Medicina Ambulatoria del Adulto. SMS 22 agosto 2011.
- Nuevos Criterios Diagnósticos y terapéutico en Diabetes Gestacional. Curso Endocrinopatías: Impacto Reproductivo y en la evolución del embarazo. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes, Santiago,26 y 27 de agosto 2011.
- Presidente de Mesa en Curso Endocrinopatías: Impacto Reproductivo y en la evolución del embarazo. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes, Santiago, 26 y 27 de agosto 2011.
- "Control Glicémico, cuánto y con qué". XXXIII Congreso Chileno de Medicina Interna, Coquimbo, 20-22 octubre, 2011.
- Conferencia "Socio Honorario Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes": Diabetes y Maternidad: Un camino desde la sombra a la luz. XXII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes, Antofagasta 10-12 noviembre 2011.
- Conferencista e Integrante del Grupo de Trabajo: Diagnóstico y pesquisa de Diabetes Gestacional Taller Diabetes y Mujer en Latinoamérica, Sociedad Argentina de Diabetes, Región SACA de la International Diabetes Federation, Buenos Aires, Argentina, 18 y 19 de noviembre 2011.

Asistencia a Congresos y Simposios

- Desafíos Actuales de la Bioética Clínica. Academia de Medicina del Instituto de Chile, Santiago, 28 septiembre 2011.
- XXXIII Congreso Chileno de Medicina Interna, Coquimbo, 20-22 octubre, 2012.
- XXII Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes, Antofagasta 10-12 noviembre 2011.

Actividades Editoriales y revisión de artículos

- Co Editor de la Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes desde su fundación.
- Editor de Latinoamérica de la versión en español de la revista Diabetes Care.
- Revisor de artículos de las revistas:
  Revista Médica de Chile
  Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes
  Revista de Salud Pública de la Organización Panamericana de Diabetes OPSLa
  Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (RPMESP)
  Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile
  Revista de la Clínica Las Condes

Actividades de extensión

- Organización y participación en la celebración del Día Mundial de la Diabetes en el Hospital Clínico Universidad de Chile, 14 de noviembre 2011.
- Entrevista Televisión Nacional de Chile, Noticiero Matinal, 14 noviembre 2011
- Entrevista Canal 13 Noticias de la Tarde, 14 noviembre 2011.
- Organizadora del proceso de elección del Premio Nacional de Medicina 2012. Inicio del trabajo, diciembre 2011.

Dr. Sergio Mezzano Abedrapo

Investigación

- Proyecto FONDECYT N° 1080083: "Fibrosis renal: estudio de nuevos medidores de transdiferenciación epitelio mesenquimal (TEM)". Investigador responsable: Dr. Sergio A. Mezzano. Co-Investigadores: Dres. L.Ardiles, C. Aros, D. Carpio, G. Carvajal, K. Walz (2008 – 2011).
- Colaboración internacional: Co-Investigadores Dr. Jesús Egido de los Ríos, Marta Ruiz, Raquel Rodrigues Diez, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, España.

Publicaciones

- Ardiles LG., Poblete H., Ortiz M., Elgueta S., Cusumano AM, Vuckusich A., Mezzano S.: The Health system in Chile: the nephrologist perspective. J. Nephrol, 2011, Mar-Apr, 24 (2): 149-54.
- Miana M., De la Heras N., Rodríguez C., Sanz-Rosa D., Martoin-Fernández B., Mezzano S., Lahera V., Martínez-González J., Cachofeiro V.: Effect of eplerenone on hypertension-associated renal damage in rats: potencial role of peroxisome proliferator activated receptor gamma (PPAR-y). J Physiol Pharmacol, 2011 Feb., 62(1): 87-94.
- Sánchez-Niño MD, Sanz AB, Sánchez-López E, Ruiz - Ortega M, Benito-Martin A, Saleem MA, Mathieson PW, Mezzano S, Egido J, Ortiz A.: HSP27/HSPB1 as an adaptive podocyte antiapoptotic protein activated by high Glucose and angiotensin II. Lab. Invest. 2011 Sep 19 doi: 10.1038/labinvest.

Trabajos presentados

- María Dolores Sánchez-Niño, Ana B. Sanz, Marta Ruiz-Ortega, Mon A. Saleem, Peter W. Mathieson, Sergio Mezzano, Jesús Egido, Alberto Ortiz, Nephrology, "HSP27 as an Adoptive Podocyte antiapoptotic mechanism activated by high glucose and angiotensina II". 8-12 abril, 2011, World Congress Nephrology 2011, Vancouver, Canadá.
- D Sánchez-Niño, E Sánchez-López, AB Sanz, M Ruiz-Ortega, M A. Saleem, P W. Mathieson, S Mezzano, J Egido, A Ortiz. "HSP27 as an adaptive podocyte antiapoptotic mechanism activated by high glucose and angiotensin II". XLVIII ERA –EDTA Congress, 23-26 june, 2011. Prague, Czech Republic.
- S Mezzano, R Rodríguez-Diez, C Lavoz, S Rayego-Mateos, A Ortiz, J Egido, M Ruiz-Ortega. "Gremlin is a mediator of high glucose and TGF-b-induced fibrosis in renal cells". American Society Nephrology. Renal Week 2011. PA, November 8-13, 2011. Philadelphia.

Conferencias

- "Nuevos avances en Nefropatía Diabética", Curso Internacional Genómica y Proteómica en Biomedicina. 10-18 marzo, 2011, UACh, Valdivia, Chile.
- Moderador: Session "Glomerular Diseases and Infectious Diseases of the Kidney". Tema: Glomerular Damage and Regeneration: New Insights. 8-12 abril, 2011, World Congress Nephrology 2011, Vancouver, Canadá.
- Conferencia: "Sociedad Médica de Santiago". Tema: Nefropatía Diabética: Desde el Laboratorio a la Práctica Clínica. Coquimbo, Chile, 21 octubre 2011.
- Moderador: Session: What to do with Membranoproliferative Glomerulonephritis? American Society Nephrol Kidney Week 2011, Philadelphia, USA 10-13 November, 2011.

Distinciones

- 2011. Fellow National Kidney Foundation (NKF), USA.
- 2011. Distinción: Conferencia "Sociedad Médica de Santiago" en Congreso Chileno de Medicina Interna, Coquimbo, octubre 2011

Dr. Flavio Nervi Oddone

Universitarias

- Profesor titular, jornada completa, Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

Administración académica

- Jefe División de Medicina, PUC.
- Jefe Programa de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos, PUC.

Publicaciones

- Coeditor "Medicina Paliativa y Cuidados Continuos". Editores A. Palma, P. Taboada, F. Nervi. Editorial Salesiana, Santiago, Chile. 2011.
- Nervi F. Síndrome caquexia anorexia. Ed. A. Palma, P. Taboada, F. Nervi. Editorial Salesiana, Santiago, Chile. 2011. pp. 139-146.
- Amigo L, Husche C, Zanlungo S, Lütjohann D, Arrese M, Miquel JF, Rigotti A, Nervi F. Cholecystectomy increases hepatic triglyceride content and very-low-density lipoproteins production in mice. Liver Int. 2011; 31: 52-64.
- Espino A, Villagrán A, Vollrath V, Hanckes P, Salas R, Farah A, Solís N, Pizarro M, Escalona A, Boza C, Pérez G, Carrasco G, Padilla O, Miquel JF, Nervi F, Chávez-Tapia NC, Arab JP, Álvarez-Lobos M, Arrese M, Riquelme A. Plasminogen activator inhibitor type 1 serum levels and 4G/5G gene polymorphism in morbidly obese. Hispanic patients with non-alcoholic fatty liver disease. Ann Hepatol. 2011; 10: 493-501.
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, Singh GM, Gutiérrez HR, Lu Y, Bahalim AN, Farzadfar F, Riley LM, Ezzati M; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. Lancet. 2011; 377: 557- 567.
- Amigo L, Quiñones V, Leiva A, Busso D, Zanlungo S, Nervi F, Rigotti A. Apolipoprotein A-I deficiency does not affect biliary lipid secretion and gallstone formation in mice. Liver Int. 2011; 31: 263 - 271.
- Del Río MI, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Taboada P, Nervi F. Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. Psychooncology. 2011 Dec 8.

Proyectos de investigación

- Investigador responsable, proyecto Fondecyt 2010 – 2012 *"Rol de la Vesícula Biliar en la Regulación del Metabolismo Hepático de Triglicéridos y Colesterol, y en la Patogenia del Hígado Graso no Alcohólico".* Colaboración con investigadores del "Institutes of Clinical Chemistry and Clinical Pharmacology, University of Bonn", Alemania.
- Coinvestigador, proyecto Fondecyt, Dr. J.F. Miquel, "Rol de determinantes genéticas que controlan el circuito entero-hepato-biliar de lípidos en la patogenia de la colelitiasis en Chile".

Actividades de extensión: sociedades científicas, comités editoriales de revistas y otros

- Miembro de Número, Academia de Medicina, Instituto de Chile.
- Evaluador de proyectos FONDECYT.
- Miembro de los Comités Editoriales de: Annals of Hepatology, World Journal of Gastroenterology, Journal of Palliative Care y European Review for Medical and Pharmacological Sciences.
- Revisor de artículos de las siguientes revistas: Gastroenterology, Hepatology, Journal of Clinical Gastroenterology and Hepatology, Journal of Hepatology, World Journal of Gastroenterology y Journal of Palliative Care.
- Vicepresidente de la Fundación *Pro Dignitate Hominis* (Clínica Familia para Cuidados Paliativos) y Fundación *Civitas.*
- Director de la Fundación *Pro Ecclesia.*

Dra. Colomba Norero Vodnizza

Distinciones

- Nombramiento como Decano Facultad de Medicina U. Andrés Bello, abril 2011.
- Miembro ASOFAMECH, abril 2011.

Conferencias

- "Perfil de egreso de los estudiantes de medicina de las universidades chilenas". Sesión Academia de Medicina. Septiembre 2011.

Publicaciones

- Libro: Pediatría Ambulatoria, II Edición, Mediterráneo, 2011, Editor Dr Arnoldo Quezada.
- Norero Colomba, Capítulo 19, Infección urinaria; pags. 192 -201.

Dr. Sergio Peña y Lillo Lacassie

Publicaciones

Libros

- El Temor y la Felicidad, 28ª Edición, Editorial Nueva Patris, 2011. 168 pág.
- El Príncipe de la Locura, 4ª Edición, Editorial Nueva Patris, 2011. 284 pág.

- El Enigma de lo Poético, 2ª Edición. Editorial Nueva Patris, 2011. 201 Pág.
- Temores Irracionales, 3ª Edición, Editorial Nueva Patris, 2011. 108 pág.
- Puntos de vistas, 2ª Edición, Editorial Nueva Patris, 2011. 233 pág.
- La manía de adelgazar, 3ª Edición, Editorial Nueva Patris, 2011. 180 pág.

Artículos

- "La regresión a vidas pasadas" (Un posible ejemplo del "Efecto Dodó"). Gaceta de Psiquiatría Universitaria. Año 7, Vol. 7 - N°1 marzo de 2011 (pág. 30-32).
- "Psicopatología y Clínica". Gaceta de Psiquiatría Universitaria. Año 7, Vol. 7, N°4 Diciembre de 2011 (pág. 375-377).

Dra. Valeria Prado Jiménez

Participación en congresos y actividades académicas

- XV Congreso Panamericano de Infectología. 7 al 11 de Abril 2011, Punta del Este, Uruguay:
- Conferencista Tema "Infecciones hospitalarias por Enterobacterias resistentes en América Latina".
- Expositor Presentación Oral "Actividad bactericida de superficies de cobre, en una Unidad de Cuidados Intensivos y su impacto para reducir la carga bacteriana ambiental" Prado V., Durán C., Crestto M., Gutierraz A., Sapiain P., Flores G., Fabres H., Tardito C., Schmidt M.
- Premio Medalla Eduardo Gotuzzo, en reconocimiento al Mérito Científico.
- XIV Congreso Latinoamericano de Infectología Pediátrica "Dr. Calil Farhat".25 al 28 de Mayo 2011, Punta Cana, República Dominicana.
- Conferencia en Simposio."Aplicaciones de la capacidad bactericida del cobre para prevenir infecciones intrahospitalarias".
- Expositor Poster. Evaluación de un método rápido mediante tiras cromatográficas, para el diagnóstico de infección por *Shigella sonnei y Shigella flexneri* 2a en niños con diarrea aguda. Prado V, Durán C, Chandia S, Soza G, Anderson L, Benadof D, Zamorano A, Germani Y, Nato F, Phalipon A, Sansonetti P.
- XVI Congreso de la Asociación Mexicana para el estudio de las Infecciones Nosocomiales.26 al 28 de Octubre 2011, México DF, México.
- Conferencia: Papel de las superficies de contacto en el desarrollo de infecciones hospitalarias.
- XXVIII Congreso Chileno de Infectología. 30 de Noviembre al 2 de Diciembre 2011, Coquimbo, La Serena.
- Conferencia Plenaria: Infecciones por *E. coli* productor de Shigatoxina: un desafío global.
- Premio al mejor trabajo "Propiedades antimicrobianas del cobre en moldes de audífonos". Bravo G, Durán C, Carrasco I, Bahamondes H, Díaz MC, Prado V.
- 29th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID).7-11 June 2011, The Hague, The Netherlands.

- Poster: Immunogenicity and tolerability of an investigational multicomponent meningococcal serogroup B (4CMenB) vaccine in healthy adolescents. Santolaya ME, O´Ryan M., Valenzuela MT., Prado V, Vergara R., Muñoz A., Grana MG et al.
- Profesor Invitado XI Curso de Pediatria Ambulatoria. 28 de Mayo al 18 de Junio 2011.Servicio de Pediatria Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.

Publicaciones

- Santolaya ME, O´Ryan M, Valenzuela MT, Prado V, Vergara R, Muñoz A, Grana MG et al. Immunogenicity and tolerability of an investigational multicomponent meningococcal serogroup B (4CMenB) vaccine in healthy Chilean adolescents. Lancet 2012, Jan 18

Dr. Jorge Rakela

Publicaciones

- Rakela J. Liver disease recurrence after liver transplantation. Rev Med Chil 2010; 138: 504-510.
- Werner T, Aqel B, Balan V, Byrne T, Carey E, Douglas D, Heilamn RL, Rakela J, Mekeel K, Reddy K, Vargas HE. Treatment of hepatitis C in renal transplantation candidates: a single-center experience. Transplantation 2010, 94: 407-411.
- Eleid MF, Hurst RT, Vargas HE, Rakela J, Mulligan DC, Appleton CP. Short-Term Cardiac and Noncardiac Mortality Following Liver Transplantation. J Transplant 2010; Article ID: 910165. Epub 2010 Aug 12.
- Bertolaso M, Olsson J, Picardi A, Rakela J. Gene therapy and enhancement for diabetes (and other diseases): the multiplicity of considerations. Diabetes Metab Res Rev 2010; 26 (7): 520-524.
- Carey EJ, Steidley DE, Aqel BA, Byrne TJ, Mekeel KL, Rakela J, Vargas HE, Douglas DD. Six-minute walk distance predicts mortality in liver transplant candidates. Liver Transpl 2010; 16(12): 1373-8.
- Gallegos-Orozco JF, Rakela-Brödner J. Hepatitis viruses: Not always what it seems to be. Rev Med Chile 2010; 138: 1302-1311.
- Jenks N, Myers R, Greiner SM, Thompson J, Mader EK, Greenslade A, Griesman GE, Federspiel MJ, Rakela J, Borad MJ, Vile RG, Meier TR, Blanco MC, Carlson SK, Rusell SJ, Peng KW. Safety studies on intrahepatic or intratumoral injection of oncolytic vesicular stomatitis virus expressing interferon-beta in rodents and nonhuman primates. Human Gene Therapy 2010; 21(4): 451-462.
- Jimenez-Zepeda VH, Heilman RL, Engel RA, Carey EJ, Freeman C, Rakela J, Mulligan DC, Fonseca R, Stewart AK. Monoclonal gammopathy of undetermined significance does not affect outcomes in patients undergoing solid organ transplants. Transplantation 2011, 92(5): 570-574.

Presentaciones en reuniones de sociedades nacionales e internacionales

- Moss AA, Douglas DD, Reddy KS, Mekeel KL, Carey EJ, Aqel BA, Byrne TJ, Vargas HE, Rakela J, Mulligan DC. Liver Transplantation in the obese class II and III recipient. Poster presentation. American Transplant Congress 2010, San Diego, May 1-May 5, 2010. Am J Transplant 2010; 10 (Suppl 4): 263.
- Mulligan DC, Moss AA, , Mekeel KL, Rakela J, Byrne TJ, Carey EJ, Vargas HE, Aqel BA, Douglas DD, Reddy KS. Extended recipient middle hepatic vein utilization for optima drainage in living donor liver transplantation. Poster presentation. American Transplant Congress 2010, San Diego, May 1-May 5, 2010. Am J Transplant 2010; 10 (Suppl 4): 271.
- Hsieh T-H, Byrne TJ, Carey EJ, Aqel BA, Hsieh H-L, Vargas HE, Douglas DD, Rakela J, Mulligan DC. Living and deceased-donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma: comparison of clinical parameters and outcomes. Poster presentation. American Transplant Congress 2010, San Diego, May 1-May 5, 2010. Am J Transplant 2010; 10 (Suppl 4): 271.
- Hsieh T-H, Yosephy A, Aqel BA, Byrne TJ, Carey EJ, Douglas DD, Harrison E, Rakela J, Vargas HE. Hepatic Abscess in Liver Transplant Recipients: Trend in Era of Living-Donor Liver Transplantation, a single center 10-year experience. Poster presentation. American Transplant Congress 2010, San Diego, May 1-May 5, 2010. Am J Transplant 2010; 10 (Suppl 4): 427.
- Carey EJ, Steidley E, Aqel BA, Douglas DD, Vargas HE, Byrne TJ, Mekeel KL, Moss AA, Reddy KS, Mulligan DC, Rakela J. Six minute walk test predicts pre- and post-transplant mortality in patients listed for liver transplantation. Poster presentation at the International Liver Transplantation Society; June 16-19, 2010, Hong Kong, China. Liver Transpl 2010; 16 (Suppl 1): S152.
- Ting-Hui H, Byrne T, Carey E, Douglas D, Harrison ME, Rakela J, Vargas H, Aqel B., Role of antibiotics use in patients with cirrhosis and acute variceal bleeding: single center experience. Poster presentation at the American College of Gastroenterology Annual Scientific Meeting and Post-Graduate Course. 2010, San Antonio, October 15-20. Am J Gastroenterol 2010; 105 (Suppl 1): S117.
- Gallegos-Orozco JF, Aqel B, Carey EJ, Byrne TJ, Hansen KL, Ellis TL, Douglas DD, Rakela J, Vargas HE. Poster presentation. 61st Annual Liver Meeting, 2010, Boston, October 28- November 2, 2010. Hepatology 2010; 52 (Suppl 4): 771A.
- Hsieh T-H, Harrison ME, Crowell MD, Mekeel K, Aqel B, Carey E, Byrne T, Vargas H, Douglas DD, Rakela J, Reddy K, Moss A, Mulligan DC. Anastomotic biliary strictures after living donor liver transplant: ischemia increases recurrence following initial endoscopic treatment. Poster presentation. Digestive Disease Week 2011. May 9, 2011. Chicago, Illinois.
- Hsieh T-H, Harrison ME, Crowell MD, Mekeel K, Aqel B, Carey E, Byrne TJ, Vargas HE, Douglas DD, Rakela J, Reddy KS, Moss A, Mulligan DC. Combination of running and interrupted sutures significantly decreases biliary strictures after living donor liver transplantation. Poster presentation. 62nd

Annual Liver Meeting, 2011, San Francisco, November 4-8, 2011. Hepatology 2011; 54 (Supplement): 680A.

- Byrne TJ, Ashman J, Aqel B, Carey EJ, Douglas DD, Harrison ME, Rakela J, Vargas HE. Preliminary experience with stereotactic body radiation therapy (SBRT) for unresectable hepatocellular carcinoma. Poster presentation. 62nd Annual Liver Meeting, 2011, San Francisco, November 4-8, 2011. Hepatology 2011; 54 (Supplement): 1392A.

Conferencias dadas por invitación durante el año 2011

- Rakela, J: "Recurrence of viral hepatitis after liver transplantation", "From liver transplantation to gene and cellular therapies", "Recurrence of autoimmune liver diseases after liver transplantation". These three Conferences were given at the Annual Mexican Congress of the Mexican Association of Hepatology. Cancún, June 22-25, 2011, México.
- Rakela, J: "From liver transplantation to gene and cellular therapies", "Oncolytic viruses, a form of gene therapy". These two conferences were given during course entitled "New Therapeutic Frontiers: Gene therapy and cellular therapy in liver diseases". Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana; July 11, 2011, Santiago, Chile.
- Rakela, J: "From liver transplantation to gene and cellular therapies", Medical Grand Rounds, August 26, 2011. Mayo Clinic in Arizona. Scottsdale, Arizona.
- Rakela, J: "Hepatitis C: New Therapies and the Beginning of Individualized Medicine". Conference given at the Annual Meeting of the Arizona Chapter Scientific Meeting. October 1, 2011. Tucson, Arizona.
- Rakela, J: "History of the Acute Hepatic Failure Study Group", "Protective Responses: HGF, ET-1, HMBG-1". Two lectures given during "Pathogenesis of Liver Injury Forum", Acute Liver Failure Study Group. October 16-18, 2011, DFW Grand Hyatt, Dallas, Texas.

Dr. Humberto Reyes Budelovsky

Actividades en la Academia

- Miembro del *Comité (o Grupo de Estudios) de Investigación en Salud*, para la Reunión de ALANAM. Coautor de manuscrito en preparación, basado en el informe evacuado en 2010 y presentado por la Académica Dra. G. Valdés en sesión de la Academia, 2011.

Actividades universitarias

En la Universidad de Chile, Facultad de Medicina:

- Miembro del Consejo de la *Fundación para Estudios Médicos Avanzados*.
- Miembro de la *Comisión de Apelaciones a la Calificación Académica*.
- Docente en el *Curso de Bases Fisiopatológicas de la Medicina Interna*, para Becarios de Medicina Interna, Escuela de Post Grado: docente del capítulo Fisiopatología Hepatobiliar.

- Diplomado en Bioética, Departamento de Bioética de la Facultad de Medicina, 22 de noviembre de 2011. Conferencia "Ética de las publicaciones científicas. Conflictos de intereses".

En la Universidad Andrés Bello, Facultad de Medicina:
- Asesor Académico.
- Miembro del Consejo de la Escuela de Medicina.
- Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Interna.
- Docente en las asignaturas de Semiología y Medicina: encargado de clases de Semiología Hepatobiliar y Clínica de enfermedades hepatobiliares; docencia práctica de semiología general.
- Clases en cursos de Introducción a la Medicina y de Medicina: "El rol profesional del médico en el Siglo XXI"; "Medicina: Ciencia y Arte"; "¿Qué es Medicina Interna?"; "El campo laboral del Internista en Chile, hoy".

Actividades en otras instituciones académicas
- Revista Médica de Chile. Editor Jefe.
- Sociedad Médica de Santiago – Sociedad Chilena de Medicina Interna. Miembro del Directorio (por invitación).
- Fundación Social y Educativa Doctor Hernán Alessandri Rodríguez. Miembro del Consejo.
- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Miembro permanente, incorporado en abril de 2010.

Publicaciones
- Reyes H, Palma J, Andresen M. La importancia y el destino de los resúmenes presentados en reuniones científicas. Rev Med Chile 2011; 139: 7-10.

Conferencias en instituciones y participación en congresos médicos
- Reunión anual del *International Committee of Medical Journal Editors*, 5 al 7 de junio de 2011, en Ottawa, Canadá.
- XXIII Congreso Chileno de Medicina Interna, 20 al 22 de octubre de 2011, Coquimbo. Conferencia "¿Cómo logro que mi manuscrito lo acepte una buena revista?"
- II Seminario de revistas científicas y culturales, Instituto de Chile, 15 de noviembre de 2011, Santiago. Conferencia: "Relevancia de la indización en bases de datos internacionales: el caso de la Revista Médica de Chile".
- Reunión de editores de revistas médicas chilenas indizadas en SciELO Chile, Sociedad Médica de Santiago y American Collegue of Physicians, Santiago, 7 de diciembre de 2011. Organizador de la reunión.

Participación en comités editoriales de revistas extranjeras
- Editorial Board de "Obstetric Medicine-The Medicine of Pregnancy", London, UK.
- Comité Editorial de "Acta Gastroenterológica Latinoamericana", Buenos Aires, Argentina.

Dr. José A. Rodríguez Portales

Cargos

- Miembro del Board of Regents, American College of Physicians, Philadelphia, EEUU.
- Chairman, International Council, American College of Physicians, Philadelphia, EEUU.
- Miembro del Credentials Committee, American College of Physicians, Philadelphia, EEUU.
- Secretario, Academia de Medicina, Instituto de Chile.
- Miembro del Consejo Directivo, Instituto de Chile.
- Miembro del Comité de Postulaciones, Academia de Medicina, Instituto de Chile.
- Miembro del Comité Organizador, Congreso Mundial de Medicina Interna, Chile 2012.
- Miembro de Task Force on Prevention of Secondary Fractures, American Society for Bone and Mineral Metabolism.

Docencia

- Actividades de docencia, asistencia e investigación en la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile.

Distinciones

- Premio "Laureate Award" 2011, Capítulo Chileno de American College of Physicians.

Investigación

- Investigador principal en Chile de dos proyectos (Fase II y Fase III) sobre tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica con un inhibidor de Catepsina K.

Dr. Benjamín Stockins Fernández

Conferencias

- XVIII Jornadas Multidisciplinarias de Medicina Interna. "Estudio Cardiovascular en pacientes con Síndrome Metabólico ¿Cuándo y cómo?" Temuco, Chile. 7 y 8 de abril de 2011.
- VI Congreso Panamericano del Endotelio. Simposium; Endotelio y Dislipidemias. Viña del mar, Chile. 15 y 16 de abril de 2011.
- Filial Sur de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: III Curso de Cardiología. Módulo Enfermedad Coronaria: "Insuficiencia Cardíaca 2011", Temuco, Chile. 7 y 8 de julio de 2011.
- Curso Anual de Cardiología SOCHICAR. SOLACI. "Evaluación Diagnóstica". Santiago, Chile. 3 al 5 de agosto de 2011.
- II Curso Nacional de Cardiología. "Manejo del Paciente con Insuficiencia Cardíaca". Antofagasta, Chile. 2 de septiembre de 2011.

Cargos

- Jefe del Centro Cardiovascular en Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco.
- Profesor titular de Cardiología Universidad de La Frontera.
- Asesor del Programa AUGE- Infarto del Miocardio en Servicio Salud Araucanía Sur.
- Miembro Junta Directiva Universidad de La Frontera, Temuco.
- Consejero de Dirección Académica de Postgrado.

Participación en congresos y cursos

- American Diabetes Association. Congreso ADA, San Diego – USA, junio 24 al 28, 2011.
- 7º Simposio Internacional GEMI. Síndromes Coronarios Agudos. Santiago, Chile. 1 y 2 de julio 2011.
- ESC Congress 2011, París – Francia. 27 al 31 agosto 2011.
- PCR, París, Francia. 14 al 20 de mayo de 2011

Publicaciones

- Stockins B., "Resultados chilenos del Registro internacional de factores de riesgo y tratamiento de angina inestable e infarto al miocardio sin supradesnivel del segmento ST"; ACCORD. (Acute Coronary syndrome Descriptive study). Revista Médica de Chile, 2011.
- Stockins B., "Perfil Clínico – Epidemiológico de Pacientes con Endocarditis Infecciosa, Período 2003 – 2010 en Hospital de Temuco, Chile". Revista Médica de Chile, 2011.
- Stockins B.,. Revista Chilena de Cardiología: XLVIII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Diciembre 2011.
- "Complicaciones hemorrágicas del tratamiento anticoagulante oral en pacientes con fibrilación atrial no valvular", abst.
- "Hallazgos metabólicos en pacientes sometidos a coronariografía en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, entre 15 junio y 06 septiembre 2011", abst.
- "Pacientes jóvenes sometidos a coronariografía en el Hospital Dr. Hernán Henríquez de Temuco, en el período 2004 y 2011. Perfil clínico, angiográfico y terapéutico", abst.
- "Logro de metas en prevención secundaria en pacientes con cardiopatía coronaria, Temuco", abst.
- "Efectividad del tratamiento anticoagulante oral en fibrilación atrial no valvular", abst.
- "Características clínico-demográficas de pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo evaluados en Hospital Hernán Henríquez de Temuco, entre los años 2003 y 2010", abst.

Nombramientos

- Socio Honorario Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Dr. Ricardo Uauy D.

Publicaciones

- Prince M, Acosta D, Dangour AD, Uauy R, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Rodríguez JJ, Salas A, Sosa AL, Williams JD, Acosta I, Albanese E, Dewey ME, Ferri CP, Stewart R, Gaona C, Jotheeswaran AT, Kumar PS, Li S, Guerra JC, Rodríguez D, Rodríguez G. Leg length, skull circumference, and the prevalence of dementia in low and middle income countries: a 10/66 population-based cross sectional survey. Int Psychogeriatr. 2011 Mar; 23(2): 202-13.
- Dangour A, Allen E, Clarke R, Elbourne D, Fasey N, Fletcher AE, Letley E, Richards M, Whyte K, Mills K, Uauy R. A Randomised controlled trial investigating the effect of vitamin B12 supplementation on neurological function in healthy older people: the Older People and Enhanced Neurological function (OPEN) study protocol [ISRCTN54195799] Nutrition Journal 2011, 10: 22.
- De Romaña DL, Olivares M, Uauy R, Araya M. Risks and benefits of copper in light of new insights of copper homeostasis. J Trace Elem Med Biol. 2011 Jan; 25(1): 3-13.
- Nanthakumar N, Meng D, Goldstein AM, Zhu W, Lu L, Uauy R, Llanos A, Claud EC, Walker WA. The Mechanism of Excessive Intestinal Inflammation in Necrotizing Enterocolitis: An Immature Innate Immune Response. PLoS Med March 2011 | Volume 6 | Issue 3 | e17776.
- Dangour AD, Albala C, Allen E, Grundy E, Walker DG, Aedo C, Sánchez H, Fletcher O, Elbourne D, Uauy R. Cluster RCT of cost-effectiveness of nutrition supplement and physical activity on pneumonia incidence and walking capacity in Chilean older people. PLoS Med April 2011 | Volume 8 | Issue 4 | e1001023.
- Uauy R. The impact of the Brazil experience in Latin America. Lancet. 2011 May 9; 60437-6.
- Uauy R, Kain J, Corvalán C. How can the Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) hypothesis contribute to improving health in developing countries? Am J Clin Nutr. 2011 May 4.
- Torrejón C, Uauy R. Quality of fat intake, atherosclerosis and coronary disease: effects of saturated and trans fatty acids. Rev Méd Chil. 2011 Jul; 139(7): 924-31.
- Kain J, Corvalán C, Lera L, Galván M, Weisstaub G, Uauy R. Association between body mass index (BMI) and height from birth to 5 years in Chilean preschool children. Rev Méd Chil. 2011 May; 139(5): 606-12.
- Uauy R, Corvalán C, Kain J. The Pacific Obesity Prevention in Communities (OPIC) project. Obes Rev. 2011 Nov; 12 Suppl 2: 1-2.
- Sánchez H, Albala C, Lera L, Castillo JL, Verdugo R, Lavados M, Hertrampf E, Brito A, Allen L, Uauy R. Comparison of two modes of vitamin B12 supplementation on neuroconduction and cognitive function among older

people living in Santiago, Chile: a cluster randomized controlled trial. A study protocol Nutr J. 2011 Sep 27; 10: 100.
- Neveu MM, Dangour A, Allen E, Robson AG, Bird AC, Uauy R, Holder GE. Electroretinogram measures in a septuagenarian population. Doc Ophthalmol. 2011 Oct; 123(2): 75-81.

Dra. Gloria Valdés Stromilli

Docencia

Pregrado

- Tutora en Nefrología Ambulatoria, 6 al 17 de junio y 7 al 18 de septiembre.

Postgrado

- Conferencia Preeclampsia en Curso Procesos Biológicos Doctorado en Ciencias Médicas, 7 y 11 de marzo.
- Tutora Tesis Daniela Schneider, alumna Bioquímica Universidad Católica de Valparaíso, Rol del sistema calicreína-cinina sobre la invasión del trofoblasto en el modelo de la cobaya gestante.
- Tutora Unidad de Investigación Alberto Leguina, alumno Programa Doctorado en Ciencias Médicas, Escuela Medicina PUC.

Investigación

- Proyecto "Efecto materno fetales del bloqueo los receptores de bradicinina y la estimulación con angiotensina II durante la gestación temprana en la cobaya y en trofoblastos inmortalizados HTR8/SVneo", financiado con fondos privados.
- Postulación a Concurso Regular 2012 Fondecyt, con el proyecto "Searching a disequilibrium between the opposing renin-angiotensin/kallikrein-kinin systems in preeclampsia at the bradykinin B2 and the angiotensin II type 1 receptor level". Aprobado. Nº 1121161.

Publicaciones

- Valdés G, Corthorn J. Challenges posed to the maternal circulation by pregnancy. Integr Blood Press Control. 2011; 4: 45-53.
- Erices R, Corthorn J, Lisboa F, Valdés G. Bradykinin promotes migration and invasion of human immortalized trophoblasts. Reprod Biol Endocrinol. 2011; 9: 97.
- Valdés G, Corthorn J. Review: The angiogenic and vasodilatory utero-placental network. Placenta. 2011; 32 Suppl 2: S170-5.
- El embarazo humano. Paradigma de tolerancia y adaptación. Rev Méd Chile 2011; 139: 400-405.

Conferencias en congresos y cursos postgrado

- ¿Puede el feto modificar su ambiente intrauterino y su vida en el largo plazo? Cursos Origen Temprano de la salud y enfermedad 2010-2011. Organizado por el Comité coordinador DOHaD-Chile. Santiago. 26 de marzo.
- Hypertension and Pregnancy: pathophysiology, diagnosis and treatment. Course on Advances in Hypertension: recent concepts pathogenic, clinical and therapeutics. Hypertension and Kidney 2011. Continuing Medical Education Course, International Society of Nephrology, bn Global Outreach Sister Renal Center Chile-Spain 2011, 7-8 julio. Santiago.
- Estado de la investigación clínica en Chile. XXXIII Congreso Sociedad Médica. Coquimbo. 21 de octubre.
- An angiogenic and vasodilatory placental network. Reunión conjunta Council High Blood Pressure Research e Inter-American Society Hypertension, Orlando, USA. 21 de septiembre.

Otros

- Integrante Comité de Bioética, Escuela Medicina PUC.
- Integrante Comité Etica y Bienestar Animal, Escuela Medicina PUC.
- Conferencia "Análisis de la investigación biomédica en Chile", reunión mensual Academia de Medicina, 3 de agosto.
- Curso NIH en línea "Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research", 7 sesiones desde el 28 de septiembre al 9 de noviembre.
- VII Taller de Bioética. Fondecyt.

Dr. Vicente Valdivieso Dávila

Conferencia

- Presentación en sesión ordinaria del 2 de noviembre de 2011: "La acreditación de los programas de formación de especialistas médicos: situación actual y perspectivas".

Cargos

- Representante de la Academia ante el Consejo Consultivo de AUGE hasta octubre de 2011.
- Representante de la Academia ante el Directorio de CONACEM.
- Secretario Ejecutivo de la agencia acreditadora APICE.

Dr. Juan Verdaguer Tarradella

Presentaciones científicas

- Curso de Retina 2011. Antofagasta, Marzo 19, 2011
  Presentaciones: "Degeneración macular relacionada a la edad" y "Manejo actual de la retinopatía diabética"

- XVIII Pan American Regional Course. Estoril Portugal. Abril 7-9
  Presentaciones: "Adult-onset Viteliform Macular Dystrophy", " AGES and Diabetic Retinopathy" y "Retinal Pigment Epithelial Tears in Bevacizumab-Treated Eyes"
- IV Curso Internacional de Actualización Oftalmológica. Tarija, Bolivia Mayo 12-14
  Presentaciones: "Clasificación y tratamiento de la retinopatía diabética", "Presentación y casos clínicos" y Conferencia Magistral: "Degeneración macular relacionada a la edad"
- LV Curso de Formación y Perfeccionamiento de Oftalmólogos. Santiago, 27-28 de Mayo. " ¿Cómo lo hago? Como trato la degeneración macular relacionada a la edad"
- XXIX Congreso Pan Americano de Oftalmología. Buenos Aires. International Council of Ophthalmology Conference for Ophthalmic Educators.
  Presentación: "Ophthalmic Education in Latin America"
  Coordinación Workshops on Continuing Medical Education in Ophthalmology
  Academia Ophthalmologica Internationalis Symposium. "Evidence and Experience"
  Presentación: "Diabetic Macular Edema"
  Presentación: "Tratamiento actual de la retinopatía diabética"
- IX Curso Post Grado de Formación en SIDA. Hospital Clínico, Universidad de Chile. Santiago, 20 de Agosto
  Presentación: "Manifestaciones oculares del SIDA"
- Curso de actualización en Retinopatía Diabética. Sociedad Chilena de Oftalmología. Santiago, Agosto 13.
  Presentaciones: "Clasificación de la Retinopatía Diabética", " Tratamiento del Edema Macular Diabético"
- Jornadas Universitarias de Actualización. Retina 201. Hospital de Clínicas, UBA, Buenos Aires
  Presentaciones: "El desprendimiento del epitelio pigmentario y la DMRE", "Distrofias retinales. Nuevas técnicas diagnósticas", "Clasificación de la retinopatía diabética y sus implicaciones prácticas. Controversias" , "Vasculitis Retinales" y " Tumores vasculares de Retina y Coroides"
- XIX Jornadas Franco-Chilenas de Oftalmología. Santiago, Octubre 6,7 y 8
  Presentación: "Retinopatía Diabética 2011 de la A a la Z". Moderador del bloque Vítreo-Retina
- Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Buenos Aires, Octubre 20 Conferencia Magistral por invitación: "Arte y Medicina"

- Sociedad Chilena de Retina y Vítreo. Santiago, Diciembre 3.Presentación y discusión de casos clínicos.

Distinciones

- Invitado de Honor , XXIX Congreso Pan Americano de Oftalmología. Julio 2011.
- Conferencista invitado a la Academia de Medicina de Buenos Aires. Agosto 2011.

Publicaciones

- Verdaguer T. J. Prólogo. En Arévalo JF, Arabe CW. Diabetes en Oftalmología. The Pan American Association of Ophthalmogy, 2011: 2-3.
- Verdaguer T. J. Parasitosis Ocular. En Apt W, Editor. Parasitología. McGraw-Hill editores. En prensa.

MEMBRESÍA DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

2011

Rodolfo Armas Merino
Presidente

José A. Rodríguez Portales
Secretario

Gloria López Stewart
Tesorero

ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE PRECEDENCIA[1]

Nombre	Fecha de incorporación	Nº de sillón
Fernando Monckeberg Barros	21 de septiembre de 1972	6
Ernesto Medina Lois	8 de agosto de 1979	15
Raúl Etcheverry Barucchi	5 de agosto de 1981	4
Ricardo Cruz-Coke Madrid	3 de abril de 1985	23
Jaime Pérez Olea	8 de mayo de 1985	24
Esteban Parrochia Beguin	28 de abril de 1987	26
Victorino Farga Cuesta	16 de noviembre de 1988	14
Rodolfo Armas Merino	26 de abril de 1989	27
Alejandro Goic Goic	30 de noviembre de 1989	28
Carlos Miquel Bañados	19 de abril de 1990	29
Manuel García de los Ríos	10 de mayo de 1990	30
Juan Verdaguer Tarradella	4 de octubre de 1990	31
Eduardo Rosselot Jaramillo	26 de noviembre de 1991	33
Marta Velasco Rayo	20 de agosto de 1992	34
Vicente Valdivieso Dávila	14 de abril de 1994	5
Santiago Jarpa Orrego	19 de mayo de 1994	2
Sergio Ferrer Ducaud	23 de mayo de 1996	9

1 Llevan un † los académicos que han fallecido durante el año.

Humberto Reyes Budelovsky	28 de junio de 1996	25
Colomba Norero Vodnizza	25 de julio de 1996	12
Otto Dörr Zegers	21 de abril de 1999	20
Pedro Rosso Rosso	23 de junio de 1999	18
Ricardo Uauy Dagach-Imbarack	25 de abril de 2002	21
Gloria López Stewart	24 de abril de 2003	11
Fernando Cassorla Goluboff	20 de noviembre de 2003	1
Flavio Nervi Oddone	22 de abril de 2004	32
Jorge Las Heras Bonetto	17 de junio de 2004	8
Gloria Valdés Stromilli	19 de mayo de 2005	19
Pablo Casanegra Prnjat	21 de julio de 2005	22
José Adolfo Rodríguez Portales	13 de octubre de 2005	35
Mireya Bravo Lechat	19 de abril de 2007	13
Luigi Devoto Canessa	15 de mayo de 2008	36
Valeria Prado Jímenez	16 de abril de 2009	16
Sergio Iacobelli Gabrielli	18 de agosto de 2011	10
Andrés Heerlein Lobenstein	Académico electo	7
Vacante (Dr. Günther) †		17
Vacante (Dr. Salvestrini) †		3

RELACIÓN DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS DE NÚMERO SEGÚN FECHA DE INCORPORACIÓN A LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

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 el 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 el 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 asilado al ser humano"*
Discurso de recepción realizado por el Académico Dr. Luis Hervé L.

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.

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

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 de noviembre de 2003
Discurso de incorporación: *"De andrógenos a estrógenos: ¿solo 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

VALERIA PRADO JIMÉNEZ
Fecha de incorporación: 16 de abril de 2009
Discurso de incorporación: *"Globalización, evolución y enfermedades transmitidas por alimentos"*
Discurso de recepción realizado por la Académica Dra. Colomba Norero Vodnizza

SERGIO IACOBELLI GABRIELLI
Fecha de incorporación: 18 de agosto de 2011
Discurso de incorporación: *"Desde cristales a autoinmunidad"*
Discurso de recepción realizado por el Académico Dr. Vicente Valdivieso Dávila

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL PAÍS

Nombre	Año de incorporación	Lugar
Adolfo Reccius Ellwanger	1975	Valparaíso
Fernando Oyarzún Peña	1978	Valdivia
Fructuoso Biel Cascante	1984	Concepción
Gonzalo Ossa Abel	1984	Temuco
Hernán Sudy Pinto	1984	Arica
Luis Cabrera Spiess	1986	Ovalle
Carlos Martínez Gaensly	1986	Concepción
Alberto Gyhra Soto	1989	Concepción
Elso Schiappacasse Ferreti †	1989	Concepción
Benjamín Stockins Fernández	1993	Temuco
Juan Donoso Muñoz	1998	Concepción
Sergio Mezzano Abedrapo	2001	Valdivia
Jaime Duclos Hertzer	2002	Valparaíso
Eduardo Fasce Henry	2002	Concepción
Octavio Enríquez Lorca	2007	Concepción

ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES

Nombre	Año de elección
Luis Vargas Fernández †	1981
Jorge Allende Rivera	1988
Mons. Bernardino Piñera Carvallo	1991
Felipe Cabello (reside en EEUU)	1998
Rafael Parada Allende	2003
Sergio Peña y Lillo Lacassie	2003
Carmen Velasco Rayo	2004
Francisco Beas Franco	2006
Lorenzo Cubillos Osorio	2006
Enrique Fanta Núñez	2006
Alberto Gormaz Balierio	2006
Enrique López Caffarena	2007
Carlos Quintana Villar	2007
Antonio Arteagas	2008
Marcela Contreras (reside en Inglaterra)	2008
Jorge Rakela (reside en EEUU)	2008

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL EXTRANJERO

H. Cecil Coghlan	1984	(EEUU)
Jorge Litvak	1993	(EEUU)

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 Náquira Velarde	1985
Dr. Carlos Bustamante Ruiz	1985
Dr. Jorge Voto Bernales	1985
Uruguay	
Dr. Eduardo C. Palma	1978
Dr. Federico Salveraglio	1978
Dr. Rodolfo V. Talice	1978
Venezuela	
Dr. Marcel Roche	1985
Dr. Jacinto Convit	1986
Dr. Gabriel Briceño Romero	1987
Dr. Francisco Kerdel Vegas	1987
Dr. David Iriarte	1987
Europa	
Alemania	
Dr. Christoph Mundt	2008
España	
Dr. Valentín Matilla	1981
Dr. Benigno Lorenzo Velázquez	1986
Diego Gracia Guillén	2001
Dr. Héctor Pelegrina Cetrán	2007
Dr. Juan José López-Ibor	2009
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 - 2010	Dr. Alejandro Goic Goic
2011 a la fecha	Dr. Rodolfo Armas Merino

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
1997 - 2007	Dra. Sylvia Segovia
2008 -2010	Dr. Rodolfo Armas Merino
2011 a la fecha	Dr. José A. Rodríguez Portales

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 - 2010	Dr. José Adolfo Rodríguez Portales
2011 a la fecha	Dra. Gloria López Stewart

ACADÉMICOS DE NÚMERO FUNDADORES[2]

Dr. Emilio Croizet
Dr. Armando Larraguibel M.
Dr. Leonardo Guzmán
Dr. Hernán Alessandri Rodríguez
Dr. Alfonso Asenjo

2 La Ley Nº 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 Nº 15.718, modificada por la Ley Nº 18.169 de 1982, rige el Instituto de Chile y sus Academias. La sesión constitutiva de la Academia de Medicina tuvo lugar el 26 de octubre de 1964

ACADÉMICOS DE NÚMERO ELEGIDOS EN LA CUARTA SESIÓN (25 de noviembre de 1964)

Dr. Sótero del Río Gundián
Dr. Víctor Manuel Avilés Beúnza
Dr. Amador Neghme Rodríguez
Dr. Luis Prunés

ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE SILLÓN DESDE LA FUNDACIÓN

Sillón número 1:	Fecha de fallecimiento
Dr. Emilio Croizet Croizet	(junio 1965)
Dr. Juan Allamand Madaune	(marzo 2003)
Dr. Fernando Cassorla Goluboff	
Sillón número 2:	
Dr. Armando Larraguibel Moreno	(julio 1972)
Dr. Roberto Estévez Cordovez	(junio 1993)
Dr. Santiago Jarpa Orrego	
Sillón número 3:	
Dr. Leonardo Guzmán Cortez	(julio 1971)
Dr. Hugo Salvestrini Ricci	(mayo 2010)
Vacante	
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)
Dr. Vicente Valdivieso Dávila	
Sillón número 6:	
Dr. Sótero del Río Gundian	(marzo 1969)
Dr. Fernando Mönckeberg Barros	
Sillón número 7:	
Dr. Víctor Manuel Avilés Beúnza	(marzo 1997)
Dr. Mordo Alvo Gateño	(agosto 2009)
Dr. Andrés Heerlein Lobenstein (electo)	
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 (agosto 2009)
Dr. Sergio Iacobelli Gabrielli

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 (diciembre 2009)
Vacante

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 DE LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Académicos de Número	N° de sillón	Fechas de fallecimiento
Dr. Emilio Croizet	1	Junio 1965
Dr. Sotero 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. Hernan 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. Óscar Avendaño Montt	9	Marzo 1993
Dr. Roberto Estévez Cordovez	2	Junio 1993
Dr. Francisco Rojas Villegas	25	Diciembre 1993
Dr. Héctor Orrego Puelma	12	Febrero 1995
Dr. Rodolfo Armas Cruz	16	Enero 1995
Dr. Víctor Manuel Avilés	7	Marzo 1997
Dr. Salvador Vial Urrejola	20	Julio 1997
Dr. Armando Roa Rebolledo	18	Septiembre 1997
Dr. Luis Hervé Lelievre	11	Enero 1998
Dr. Benjamín Viel Vicuña	21	Julio 1998
Dr. Gustavo Pineda Valdivia	11	Agosto 2001
Dr. Juan Allamand Madaune	1	Marzo 2003
Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt	32	Junio 2003
Dr. Fernán Díaz Bastidas	8	Julio 2003
Dr. Fernando Valenzuela Ravest	19	Noviembre 2003
Dr. Svante Törnvall Stromsten	22	Marzo 2004
Dr. Tulio Pizzi Pozzi	13	Agosto 2005
Dra. Sylvia Segovia Polla	16	Enero 2008
Dr. Mordo Alvo Gateño	7	Agosto 2009
Dr. Julio Meneghello Rivera	10	Agosto 2009
Dr. Bruno Günther Schaffeld	17	Diciembre 2009
Dr. Hugo Salvestrini Ricci	3	Mayo 2010

Académicos Correspondientes y Honorarios	Fecha de fallecimiento
Dr. Ottmar Wilhelm (Corresp.)[3]	Junio 1974
Dr. Alejandro Garretón (Hono)[4]	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.)	Septiembre 1989
Dr. Pablo Goepfert Seinecke (Corresp.)	Septiembre 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.)	Septiembre 1991
Dr. Roberto Gajardo Tobar (Corresp.)	Diciembre 1992
Dr. Carlos Levi-Ruffineli (Corresp.)	Enero 1993
Dr. Desiderio Papp (Hon.)	Enero 1993
Dr René García Valenzuela (Hon.)	Marzo 1993
Dr. Néstor Flores Williams (Hon.)	Septiembre 1993
Dr. Onofre Avendaño Portius (Hon.)	Abril 1994
Dr. Antonio Rendic Ivanovic (Hon.)	Junio 1994
Dr. Jeróme Lejeune (Hon. Francia)	Abril 1994
Dr. Melchor Riera Bauzá (Hon.)	Enero 1995
Dr. Luis Tizné Brousse (Hon.)	Septiembre 1995
Dr. Alberto Cristoffanini Truco (Corr.)	Marzo 1996
Dr. Aníbal Scarella Calandroni (Corr.)	Mayo 1996
Dr. Claudio Zapata Ormeño (Corr.)	Septiembre 1996
Dr. Ramón Valdivieso Delauney (Hon.)	Diciembre 1996
Dr. Hernán Hevia Parga (Hon.)	Julio 1997
Dr. Carlos Patillo Bergen (Corr.)	Enero 1998
Dr. José Manuel Balmaceda Ossa (Hon.)	Junio 1998
Dr. Arturo Atria Ramírez (Hon)	Junio 1998
Dr. Alberto Taquini (Hon. Ext.- Argentina)	Junio 1998
Dr. Jorge Mardones Restat (Hon.)	Noviembre 1998
Dr. Mario Plaza De Los Reyes (Hon.)	Abril 1999
Dr. Ivar Hermansen Pereira (Corr.)	Diciembre 1999
Dr. Abraham Horvitz (Hon.)	Julio 2000
Dr. Jorge 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 Ossandon 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

3 (Corresp.) = Académico correspondiente.
4 (Hon.) = Académico Honorario.

Dra. Mafalda Rizzardini Pierreti (Hon.)	Junio 2004
Dr. Carlos Silva Lafrentz (Corr.)	Julio 2004
Dr. Juan Arentsen Sauer (Hon.)	Noviembre 2004
Dr. Mario Herrera Moore (Hon.)	Marzo 2006
Dr. Helmut Jaeger Luncke (Hon.)	Noviembre 2006
Dr. Ítalo Caorsi Chouquer (Corr.)	Noviembre 2006
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.)	Septiembre 2008
Dr. Roque Kraljevic Orlandini (Hon.)	Enero 2009
Dr. Carlos Eyzaguirre Edwards (Corr.)	Febrero 2009
Dr. Jorge Kaplan Meyer (Corr.)	Abril 2009
Dr. René Guzmán Serani (Corr.)	Abril 2009
Dr. Ramón Ortúzar Escobar (Hon.)	Junio 2010
Dr. Mauricio Parada Barrios (Hon.)	Agosto 2010
Dr. Héctor Croxatto Rezzio (Hon.)	Octubre 2010
Dr. Elso Schiappacasse Ferreti (Corr.)	Julio 2011
Dr. Luis Vargas Fernández (Hon.)	Septiembre 2011

EX PRESIDENTES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DEL INSTITUTO DE CHILE

Dr. Armando Larraguibel M.
Presidente
(1964-1969)

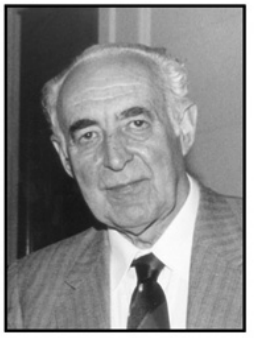
Dr. Víctor Manuel Avilés B.
Presidente
(1969-1973)

Dr. Juan Wood W.
Presidente
(1973-1975)

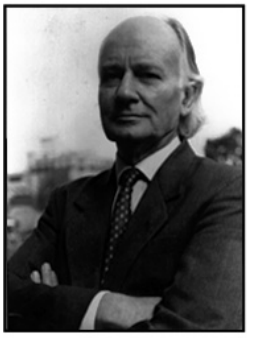
Dr. Aníbal Ariztía A.
Presidente
(1975-1976)

Dr. Amador Neghme R.
Presidente
(1977-1987)

Dr. Armando Roa R.
Presidente
(1987-1997)



Dr. Jaime Pérez Olea
Presidente
(1997-2000)



Dr. Alejandro Goic G.
Presidente
(2001-2010)