

# Médicos y medicina: el caso mexicano

*El doctor Ruy Pérez Tamayo (Tampico, 1924) pertenece a ese escaso grupo de notables investigadores que se dan tiempo para acercar la ciencia al gran público. Patólogo de renombre internacional, miembro de El Colegio Nacional desde 1980, es autor de más de 150 artículos y tres decenas de libros. Dado su talante humanista y riguroso, ha sido una de las voces más lúcidas y combativas a favor del pensamiento científico como un modelo de vida. Amablemente accedió a conversar acerca del estado de la medicina y la salud pública en México. La entrevista tuvo lugar en su casa al sur de la ciudad de México, en una sala que da la impresión de ser la extensión de una interminable biblioteca.*

■  
*Me gustaría comenzar preguntándole sobre su experiencia formativa como médico. ¿Cómo ve su experiencia con el paso de los años? ¿Cómo la compara con los estudiantes ahora?*

La formación de un médico empieza antes de que ingrese a la Facultad de Medicina. La decisión de la persona que acepta la medicina como su profesión, su modo de vivir, generalmente se produce en el seno familiar y se debe a la influencia de un médico, o a que en el contacto natural que tiene todo mundo con un médico este cause tan buena impresión que el joven empiece a pensar que eso sería lo más conveniente. En mi caso ocurrió lo segundo. Yo quería ser como mi hermano mayor que, llegado el momento de decidir, dijo “yo voy a ser médico”

y se inscribió en la Facultad, (Escuela de Medicina entonces). Al año siguiente yo me fui detrás de él.

Durante mi carrera tuve la suerte de ingresar al mismo tiempo que un muchacho yucateco que ya sabía exactamente lo que quería ser como médico: quería ser investigador en fisiología. Raúl Hernández Peón se llamaba, y me reveló lo que representa la investigación: hacerse preguntas y tratar de contestarlas. Eso es la investigación. Las preguntas que se hacen, sin embargo, deben ser buenas preguntas. Eso me lo enseñó Raúl.

En tercer año me tropecé con un profesor que cambió mi vida: el doctor Isaac Costero. Él era un trasterrado, un médico refugiado, había llegado a México en 1939. Yo entré a la facultad en 43 y llevé clase con él en el 45. Y me sedujo, las clases eran extraordinarias. Trabajé cuatro años en el laboratorio del maestro Costero y me transformé en un patólogo raro, porque no sólo sabía hacer lo que el maestro Costero enseñaba sino lo que Raúl me había enseñado.

Me fui dos años a Estados Unidos a terminar mi preparación como patólogo y aprendí otras cosas. El maestro Costero traía la escuela histológica española, la escuela de Cajal. Se caracterizaba por ser una escuela estrictamente morfológica; lo que él quería era demostrar los cambios anatómicos, lo que se ve con el

microscopio. Una vez descrito esto, ya; explicar por qué pasa, no, ya no. Y mucho menos tratar de correlacionar esto con lo que le pasa al paciente. En Estados Unidos lo único que les interesaba era la correlación con el paciente, es decir, la patología asistencial.

*A propósito de su estancia en Estados Unidos, ¿el proceso de formación de un médico está muy marcado por las condiciones regionales? Es decir, ¿es muy distinto estudiar medicina en Estados Unidos o en México? ¿Es muy marcado el cambio?*

No es muy marcado, pero sí existe. Existía más a principios del siglo pasado. Estaba la escuela francesa, la escuela clínica por excelencia, y estaba la escuela alemana, que era la escuela científica. De aquí surgió la escuela norteamericana, que era una especie de mezcla porque usaban los datos científicos a la alemana para estudiar a los pacientes desde un punto de vista clínico. El médico francés era un médico de gran intuición, con capacidad para relacionarse con el paciente y con mucha imaginación, pero con pocos elementos sólidos, mientras que el médico alemán era un médico metido en los institutos, trabajando tras los microscopios y generando conocimientos científicos pero con poco *rapport* humano. Con la Primera Guerra Mundial sucede la emigración de los sabios europeos hacia Estados Unidos y entonces hay esta sín-

tesis entre los dos estilos. Surge un nuevo estilo de hacer medicina que reúne estas dos tendencias: la tendencia clínica.

Cuando yo llegué a Estados Unidos venía con una idea mucho más germana, y me tropecé con esto, que me pareció fantástico. Y durante quince años en el Hospital General, y luego diez en Nutrición, veinticinco años en total, hice medicina asistencial. El patólogo es más bien médico de los médicos. A través de los médicos vemos a los enfermos y los ayudamos, porque lo que hacemos es utilizar métodos científicos para establecer el diagnóstico, y ya con esto el médico tratante puede trabajar. Pero hice medicina asistencial durante veinticinco años. En mis ratos libres hacía pura investigación. Al final, cuando salí de Nutrición y regresé a la Facultad de Medicina por invitación del director de entonces, establecimos un departamento de medicina experimental. Y a eso es a lo que me he dedicado los últimos años.

*Y los estudiantes de medicina ahora, sus estudiantes, ¿reciben formación a la usanza norteamericana?*

La influencia norteamericana prevalece. Es la más importante ahora. Cuando yo era estudiante era la francesa. Mis primeros libros los estudié en francés; tuve que estudiar el idioma para poder estudiar medicina. Pero a la mitad de la carrera empezaron a aparecer libros en español y en inglés.

La medicina se ha transformado. Yo creo que ha habido cuatro transformaciones importantes en la medicina. La primera fue la transformación científica, que empezó en 1543, el año en que se publicó el libro de Andrés Vesalio, *De hominis corporis fabrica*. Casualmente es el mismo año en que Copérnico publicó *De revolutionibus orbium coelestium*. La ciencia moderna empieza a fines del siglo XVI. Lo que Vesalio hizo fue decir “la realidad está allá afuera, no en los libros de Galeno”. Los médicos se reunían, discutían y, para encontrar la solución, en

vez de ir al paciente, iban a los libros de Galeno. Vesalio dijo que no: “quieren aprender anatomía, está en el paciente”. Ese es el principio de la medicina científica. Se transformó científicamente, no igual en todos los países, y hay todavía mucho que le falta para hacerse completamente científica, aunque dudo que lo alcance porque quienes la hacen son seres humanos y no robots perfectos.

La segunda transformación fue la transformación tecnológica. Empezaron los franceses. Laënnec, al inventar el estetoscopio en 1816, señaló que necesitábamos aumentar nuestra capacidad perceptiva. Antes se usaba la toalla de



Ilustraciones: LETRAS LIBRES / Alejandro Magallanes

auscultar, como le llamaban los franceses: descubrían el tórax del enfermo y ponían una toalla y pegaban el oído. Lo que Laënnec hizo fue simplemente enrollar un papel hasta formar un cilindro, pegarlo al tórax del enfermo y acercar su oído al otro lado. Después siguió el oftalmoscopio, el laringoscopio, el laboratorio clínico, los rayos X a finales del siglo XIX, la imagenología: ha sido una revolución fenomenal.

La tercera es la social. Antes la medicina era privada, pero en Alemania surgió por primera vez el seguro social, un sistema de atención médica en que participan tres elementos: el empleador,

el empleado y el Estado. La medicina entonces se socializa, se transforma en un servicio social, el Estado adquiere la responsabilidad y la comparte con los empleadores y con los pacientes. Así es posible dar atención a un número mayor de gente. Bismarck rescató la idea de la seguridad social, y llegó a decir: “la razón por la cual el trabajador es un peligro para el Estado es porque no tiene salud”.

El modelo social de la medicina representa, en mi opinión, la mejor estructura concebible para darle buen servicio médico a una población. Es decir, que los recursos provengan de toda la población y que sean aprovechados por los sectores que lo necesitan. Esto se puede tergiversar, corromper, como lo hemos visto en muchos países. Ha habido distintos tipos de servicios médicos en todos los países excepto en uno, Estados Unidos. Ahí la medicina siempre ha sido privada. Ahora Obama está tratando de modificar esto, pero las asociaciones médicas, los médicos, no quieren que se meta mano en sus negocios, porque es un negocio. Esa es la cuarta, la peor de todas, la transformación económica.

La medicina, en toda su historia, nunca fue cara. Empezó a transformarse de un servicio en un negocio a mediados del siglo pasado, cuando los empresarios descubrieron que tenían un mercado cautivo.

*Finalmente tienen una cartera de clientes inagotable...*

Sí, todo el mundo necesita servicios médicos. Los empresarios empezaron a generar tecnología de primerísimo nivel, que es una maravilla, y a transformar la práctica de la medicina. Los hospitales privados, los laboratorios clínicos privados comenzaron a compliarse y a hacerse cada vez más caros. Y luego empezaron a surgir los seguros. Y entonces la relación ya no fue sólo entre paciente y médico sino entre el

médico, el paciente y la compañía de seguros. Y la compañía de seguros está ejerciendo la medicina, porque le dice al paciente qué médicos te pueden ver, que exámenes te pueden hacer, a qué clase de hospital puedes acudir y qué está excluido. Entonces están ejerciendo la medicina; la ejerce el contador de la compañía de seguros. En Estados Unidos esto llegó a niveles grotescos.

*En este sentido, ¿cómo se han visto reflejados estos cambios en la salud pública en México?*

A mí me tocó ver esta transformación, porque el Seguro Social se instauró en México en 1945. Al principio hubo resistencia por parte del cuerpo médico. Decían: “ya no va a ser uno su propio jefe, tengo que checar tarjeta, tengo que ver a treinta pacientes en tanto tiempo...”. Entonces hubo una especie de división en la comunidad médica. Los médicos de segunda estaban en el Seguro y, peor, en el ISSSTE, y los de más alcurnia trabajaban por fuera. Poco a poco la población médica fue creciendo —en las ciudades, no en el campo, porque había y sigue habiendo un problema de distribución de la atención en México—, y algunos de los médicos más importantes empezaron a aceptar plazas en el Seguro. Pero el Seguro Social tiene una capacidad limitada, y la movilidad social ha ido creciendo en el país; por lo mismo la demanda de servicios es mucho mayor que la oferta. Y el resultado de esto ha sido una disminución en la calidad del servicio.

Te cuento una anécdota. Cuando me tuvieron que operar de la columna vertebral, fui a los hospitales del Seguro, eran los mejores. Estuve espléndidamente bien atendido, y no tuve ningún problema. Veía cómo trataban a los enfermos y el trato era de primer nivel. He trabajado en Estados Unidos y en Alemania, de manera que conozco las cosas desde dentro, y nosotros no teníamos nada que pedirles. Y en algunas cosas estábamos en la frontera, en la vanguardia. Los médicos venían aquí a aprender. Yo iba a enseñar a España en la época de

Franco. Se habían quedado en el medioevo. Se murió Franco, vino la República, empezaron a llamar a todos los que se habían ido y, con el espíritu español de siempre, en una generación saltaron al primer mundo.

En nuestro caso, las instituciones empezaron a sucumbir a la burocratización. Con tanta demanda y tan poca capacidad para enfrentarse a ella, lo que pasa primero es que los estándares bajan y la gente empieza a frustrarse. No nada más los pacientes, la gente que tiene que esperar meses para un quirófano; también los médicos, y los sindicatos y los empleados. Todo se pierde en esta masa deshumanizada de la burocracia. Esto afecta muy gravemente a nuestros hospitales y a nuestras instituciones de salud. Están tratando de salir cuando de repente el Dr. Julio Frenk inventa el Seguro Popular. Vamos a darle a la gente que no tiene atención médica la oportunidad de que la tenga: lo va a pagar el Estado. Entonces se multiplica la demanda, sin aumentar la oferta: no se construyen nuevos hospitales, no se amplían las instituciones de investigación. Simplemente se intenta hacer más con lo que había antes. Peor todavía: hay que ver el Instituto Nacional de Cancerología. A las tres de la mañana no cabe la gente en la acera, enfermos acostados en el suelo, y los médicos trabajando como desesperados sin lograr dar atención a todos.

*¿Cuál es la solución? ¿Ampliar la oferta?*

La única solución, yo siempre regreso a lo mismo, es la educación. Lo que necesitamos es invertir en la gente, haciendo más universidades, dando más becas, formando más médicos. En 1950 se dividió Corea por la guerra. Qué le tocó a Corea del Norte: la industria, todo. Qué le tocó a Corea del Sur: la agricultura, nada. Pero los coreanos del sur se preguntaron “qué nos queda”, y se respondieron “nos quedan coreanos, entonces vamos a invertir en los coreanos”. Hicieron mil universidades. ¡Mil! Y dos generaciones después están en el primer mundo.

Esta solución es accesible, sólo hay que creer en la gente. Nosotros no hemos tenido estadistas, gente preocupada por mejorar el país. Tenemos partidos políticos, o sea, gente preocupada por ganar el poder. Y los políticos una vez que han adquirido el poder, y la riqueza, entonces quieren ejercerlo, no mejorar las condiciones del país. Nosotros tenemos los recursos —este es un país rico— y tenemos a la gente. Pero necesitamos preocuparnos por la calidad de vida de todos, no nada más de los de mi partido.

No soy pesimista, pero tampoco quiero pecar de optimista. Quiero ser realista. Si comparo cómo estábamos hace cincuenta años y cómo estamos ahora, pues sí: hemos progresado. Lo puedo ver como científico. Hace cincuenta años, cuando empecé a trabajar, no había nombramientos de investigadores, ni recursos para hacer investigación, ni reconocimiento académico. No había laboratorios, ni institutos, nada. Mira cómo estamos ahora. Claro, los jóvenes de veinticinco años dicen que estamos muy mal. Oye, pero de dónde venimos. Yo creo que sí ha habido un avance.

No hemos avanzado debido a planes de desarrollo, a visión de futuro. Hemos ido mejorando porque somos muy tercos, muy testarudos. Hemos sido nosotros, la sociedad, los que hemos logrado avanzar. No los políticos, eso no ha funcionado. Lo que ha funcionado es el aguante; lo que nosotros hemos hecho por nosotros mismos. Y por eso soy optimista. Esto yo lo puedo ver en mi caso: cuando yo crecí éramos muy pobres en mi casa, y ahora soy profesor emérito en la Universidad. Creo que cada vez es mayor el sector ilustrado, y poco a poco se irá diluyendo el residuo medieval que todavía tenemos.

*Menciona el residuo medieval en la sociedad mexicana y, siguiendo esa imagen, es claro que sigue habiendo, a pesar de los avances médicos, una prevalencia del pensamiento mágico, de supersticiones... ¿Cómo lidiar con pacientes que, a pesar de poder ver hechos,*

*de tener datos objetivos a la mano, siguen recurriendo a lo invisible, lo improbable como remedio?*

Sí, lo vemos todos los días. Es una realidad cotidiana. Estamos compitiendo, no ganando, con las medicinas alternativas. Me restrinjo a la medicina, aunque podríamos referirnos a muchos más aspectos de la cultura. Tenemos una carga tradicional muy pesada, de la que Juárez trató de empezar a librar-nos y no lo logró. No se logró combatir estas fuerzas del pasado. No somos la única sociedad que tiene este problema: Estados Unidos enfrenta ahora una oleada de creacionismo que no es más que la misma gata revolcada. Todavía hay un enorme peso de la tradición. Si tú le preguntas a una persona en una procesión qué opina del uso de los antibióticos para el manejo del VIH, dicen: no, hay que recurrir a la Virgen. Le tienen más fe a la Virgen porque desde pequeños les enseñaron eso, porque sus padres y sus abuelos lo creían. Sacar a la gente de eso es tremendamente difícil.

*No es un problema exclusivo del campo...*

No. En el campo es donde está más manifiesto el problema, porque ahí está más subdesarrollada la educación, pero en los centros urbanos también pasa. En las ciudades hay colegios confesionales, ¡y caros! Regreso a lo que decía: es un problema de educación.

*El lado opuesto de este fenómeno puede ser la accesibilidad inmediata que trae internet. Ahora cualquier persona con cualquier padecimiento puede buscarlo, encontrar una especie de diagnóstico y sentirse informada. ¿Qué opina de esto?*

Una persona que no tiene la capacidad para analizar críticamente la información cree que está informada, pero en realidad está deformada. Otra vez, es un problema de educación. Mientras sigamos reduciendo el presupuesto de educación, estamos mal.

*En varios de sus ensayos y algunas entrevistas ha dicho que es necesario no sólo estar en contacto y darle su lugar al pensamiento científico, sino que es necesario vivir la ciencia, vivir científicamente. Me gustaría pedirle que ampliara un poco esta idea.*

Me enfocaría en los criterios que debemos enseñar a una persona para que crea algo. ¿Cuáles son las formas que tienen los distintos tipos de creencias? Pienso que son varias. Ya mencionamos la tradición. Otra es la revelación: creo esto porque Dios me habló y me lo reveló. Pero hay una forma de creencia que se basa en la evidencia: creo esto porque lo he visto o, aunque no lo conozco, porque



he leído a gente que me presenta evidencia, o porque si yo reprodujera esos experimentos vería que son ciertos. Si nosotros fuéramos educados para creer solamente aquello de lo que existe evidencia, pruebas o posibilidad de verificación, entonces no existirían esas otras formas de creencia, por autoridad, por revelación o por tradición. Pero si uno acepta la realidad cuando hay evidencia, o cuando lo que le dicen a uno es susceptible de ser examinado, yo lo creo. Por ejemplo, yo nunca he medido la velocidad de la luz, pero creo que es de trescientos mil kilómetros por segundo. ¿Por qué? Porque leí cómo la midieron y estoy

convencido de que si yo lo hago llegaré al mismo resultado. En cambio, ¿dónde está la transustanciación? ¿Dónde está la eucaristía? En la autoridad. Sí, hay que saber ciencia, porque es fascinante y divertida, pero lo que hace más falta, en realidad, es el espíritu científico.

*En uno de sus ensayos, “Notas sobre la ignorancia médica”, usted cita a Lewis Thomas al hablar de la tendencia a instar a los jóvenes médicos a intentar soluciones a pesar de no saber qué hay que hacer. Dice Thomas que hay una “tendencia irresistible a hacer algo, lo que sea. Los pacientes lo esperan y los médicos lo aceptan aun frente a la ignorancia”. ¿Cómo enfrentarse a lo que no se sabe? ¿Cómo hacer que los jóvenes médicos encaren esta condición?*

Lo que yo les digo a mis alumnos y a mis residentes es: humildad. Esa es la actitud moral que uno debe desarrollar. Uno sabe ciertas cosas y, si está seguro, debe obrar en función de ellas. Pero también uno sabe que no sabe muchas cosas. Eso podría llevar a la parálisis, pero el médico no puede paralizarse. Lo que dice Lewis Thomas es que, si lo que estás haciendo sale bien, síguelo haciendo; si lo que estás haciendo no sale bien, deja de hacerlo y, si no sabes qué hacer, no hagas nada. Ahí, en esto último, no estoy de acuerdo, porque el médico tiene que hacer algo, y el paciente está esperando que haga algo. Entonces el médico, si no tiene conocimiento, debe recurrir a su intuición. Y esto nace de la experiencia. Habiéndolo hecho muchas veces, poco a poco, el médico puede irse convenciendo de que si sigue su intuición puede ser que las cosas salgan bien.

Obrar ante la ignorancia es cotidiano, es el pan nuestro de cada día. Lo que uno tiene que hacer cuando no sabe es tratar de aprender: “yo no sé lo que tiene este paciente, por lo mismo tengo que ver cómo saber; le haré estos exámenes, probaré esta otra cosa”. Trabajar en función de hipótesis con posibilidad de



verificación. Lo que no hay que hacer es hacerse el tonto, porque el que sufre es el paciente. Claro, no siempre salen las cosas bien. Uno que hace experimentos sabe que no todos los experimentos salen. Una de las cosas que nunca falla es hablar con el paciente. Decirle: mire, su caso es complicado, podría ser esto pero en este momento todavía no sé, no tengo suficiente información, le propongo que hagamos esto. Es necesario que el paciente esté enterado de cómo funciona el médico, pero hay una gran tendencia de tratar a los pacientes con paternalismo. Y esto lleva al fracaso de la medicina.

*Y ¿cómo inculcarle a los estudiantes esta manera de relacionarse con la ignorancia, con lo que no se sabe?*

Trabajé una temporada en el sanatorio español, cuando regresé de Estados Unidos, con don Tomás Perrín. Y él me dijo que organizara y propusiera, y yo le propuse un proyecto de reestructuración del departamento que incluía una pequeña hemeroteca de publicaciones especializadas y libros de uso continuo. Se presentó al patronato, que eran empresarios, viejos españoles que sostenían al sanatorio. La respuesta fue: sí, que se reestructure, pero para qué quieren una hemeroteca, lo que nosotros queremos son médicos ya preparados, no médicos en preparación. ¡Eso fue lo que dijeron! No es que fueran tacaños, pero no entendían que un médico tiene que estar preparándose siempre. Esto pasa con mucha frecuencia. Le cuento esta historia a mis estudiantes, porque ellos piensan que es mucho lo que tienen que estudiar pero que, cuando terminen la carrera, ya. Y no: la carrera es esto, estudiar siempre. Tú me preguntabas qué hacer cuándo uno no sabe. Hay que confesarlo y estudiar.

*Prevalece la idea del conocimiento como algo finito, como una meta a la que se llega o no...*

Sí, como si fuera un recipiente cerrado: lo posees y ya. Pero no: está abierto y nunca lo posees del todo. Tuve un alumno, el

mejor que he tenido, un inmunólogo pediatra, que decía eso: “cuando uno ve a un paciente, está el papá, la mamá, la enfermera, todos con diferentes visiones y opiniones, y el médico tiene que hacer y decir cosas para que todos estén de acuerdo, incluso empezar diciendo cosas con las que no coincide para conseguir el acuerdo”. La medicina no se da en un círculo cerrado; el paciente, sus amigos, su familia, las enfermeras, otros médicos, todos están involucrados al mismo tiempo. Uno tiene que vigilar su comportamiento porque hay que obtener la aprobación de todos; si no, no hay cooperación.

A un paciente lo pueden ver varios especialistas, pero al final quién suma. Ahora dicen que hay algo nuevo, que llaman médico familiar, pero están inventando la leche tibia porque así era como se empezó. Esto existe porque hay la necesidad de integrar. En cancerología yo lo he visto: el paciente rebota de un médico a otro, y no sabe quién es su médico. Están luchando ahora porque exista el médico que haga la síntesis.

*La hiperespecialización obliga a los médicos a estar cada vez más al tanto de los detalles de su área, volverse más profundos y no necesariamente más amplios. Y con esto se deja el gran panorama descuidado.*

Es un dilema: ser un especialista cada vez más profundo... de cada vez menos cosas. Hasta que llegas a ser, como yo le digo a los cardiólogos, médico del ventrículo izquierdo, y no te metas con el ventrículo derecho, porque ese es de otro especialista. Es un dilema que se ha tratado de resolver creando este médico, el médico personal. Una vez que uno ha ido con todos los especialistas regresa con el médico personal, y él intenta sintetizar lo dicho por los especialistas.

*Representa una especie de vuelta al origen.*

Significa regresar a la medicina general, al médico general. Esa es la tristeza: ya no hay esos médicos. En las estructuras hospitalarias ahora se está tratando de dar ese tipo de función, por lo menos

en una institución que yo conozco, Nutrición, a las Primeras. Las Primeras es el nombre que se les da a las jefas de enfermeras. La Primera es una persona que tiene experiencia y autoridad, y ahí en nutrición hay Primeras de primera. Es un hospital con ciento veinte camas, una cosa pequeña. El maestro Zubirán, que era el director, dijo: por qué no le damos esta responsabilidad a la Primera. Habló con dos de ellas y les planteó la cuestión. Una aceptó y la otra dijo: no, yo no puedo sustituir a los médicos, yo soy enfermera; usted quiere alguien que haga el papel de un médico, por qué no busca a un médico. Y lo que hizo el maestro Zubirán fue eso: nombró a una de las enfermeras y a un médico. Claro, si tienes ciento veinte camas se puede, pero ¿si tienes dos mil?

*¿Cómo ve usted la manera en que se relacionan los médicos y los pacientes?*

Déjame contarte esta historia: la medicina surge cuando una persona busca la ayuda de otra persona que cree saber, que cree que puede ayudarlo y que acepta hacerlo. Se establece entonces lo que yo considero la relación central en la medicina: la relación médico-paciente. En la medida en que esta relación se de bien —que el paciente tenga confianza en el médico, que vaya mejorando, que el médico lo trate como ser humano, respete su autonomía y le explique las cosas, lo vea con afecto—, en esa medida la medicina funciona. Si no se da esa relación, la medicina no funciona, aunque sea muy científica. La relación humana es central, y no lo ha cambiado la tecnología ni lo cambiará nada. El problema central ahora es que, para que se establezca esta relación, se tiene que tener tiempo. Por lo mismo el médico familiar que iba a la casa y veía al abuelo, a la mamá, al papá, a los hijos, y luego se sentaba en la mesa a tomar un vino, era un médico muy efectivo aunque con muy pocas armas terapéuticas. Tenía una, infalible e hipocrática: la palabra.

*Era un verdadero diálogo.*

Exactamente. Ahora, ¿para qué sirve la medicina? Las funciones de la medicina son tres. Uno, preservar la salud. La medicina clásica no estaba para preservar la salud sino para la segunda función: curar al enfermo. Y ahora hay medicina social...

*Todo el aspecto preventivo...*

Sí, el aspecto profiláctico. Antes era pura terapéutica: proteger la salud, curar y, cuando no se puede, ayudar. Y siempre consolar y acompañar al paciente, aunque sepas que va a morir. El médico es un ser humano atendiendo a otro ser humano, entonces tiene que acompañarlo, porque el otro lo respeta, le hace caso. Todo esto es medicina. La tercera función es evitar las muertes prematuras e innecesarias. Bueno, esas tres funciones se dan sólo cuando existe una relación óptima entre médico y paciente.

*¿Le parece que esa relación está minada por la velocidad a la que estamos obligados a vivir?*

Un obstáculo importante es la burocratización, la desigualdad entre la oferta y la demanda. Es de lo que se acusa a las instituciones hospitalarias, frecuentemente con razón, y es que se han transformado en estructuras que van en contra de las funciones de la medicina. Se están oponiendo a ella. Lo que tendríamos que hacer es reconsiderar este tipo de estructuras. Divide y vencerás, dice la famosa máxima a la que nadie hace caso.

En el temblor del 85, cuando se cayeron los hospitales, Guillermo Soberón era el secretario de Salud, y dijo que los hospitales grandes estaban obsoletos, que no era posible hacer buena medicina con dos mil camas. Debían tener cuando más cuatrocientas camas, y estar en distintas partes de la ciudad. Propuso transformar el Hospital General en cinco hospitales, en distintas áreas de la ciudad, con distintas especialidades, para atender mejor a los pacientes. Pero no quisieron.

*Estamos muy atados al monumento, a la mentalidad, todavía.*

Sí. Decían: “este es un gran hospital, y la tradición...”, pero ¡si estamos hablando de medicina! Acuérdense de los pacientes, de qué se trata la medicina.

*¿La privatización de la medicina alivia un poco estas fallas, sana un poco la relación médico-paciente?*

La privatización no las alivia, eso depende de la calidad humana. Puedes tener gente muy perversa en instituciones públicas y médicos privados que son unos ángeles. Pero la privatización introduce el elemento



económico, y en el momento en que este entra se pervierte, yo diría que se prostituye la relación. Deja de ser una relación médico-paciente limpia. El paciente llega y pregunta cuánto se le va a cobrar, y el médico piensa si le va a poder pagar o no. Es por eso que yo creo que el seguro social, la medicina social, debe ser pagada de forma global. Que no interfiera el factor económico, que esté resuelto de entrada. Eso es lo que lograron en Suecia, en Alemania. Yo he estado enfermo en Alemania y están obligados a atender a todo sujeto que entre a cualquier hospital y diga que se siente mal.

*El sistema inglés funciona...*

En Inglaterra es un sistema híbrido. Tú puedes ir al médico que tú escojas, y el médico tiene la obligación de atenderte. Te cobra, pero sólo una fracción y la otra fracción la paga el Estado. El médico gana lo que piensa que debe ganar, y el paciente paga lo que puede. Ese es un sistema especial de los ingleses. A los noruegos les quitan el setenta por ciento de impuestos, pero la educación y la salud son gratuitas. Si necesitas un implante de cadera, vas al hospital y te lo hacen y no pagas un centavo. Lo pagan tus impuestos y los de todos los noruegos. Hay distintas soluciones, pero lo que nunca se debe perder de vista es que cualquiera que sea la solución no debe prostituir la naturaleza de la profesión. Y lo que ha ocurrido con el Seguro en México es exactamente eso: está trabajando en contra de sí mismo.

*Y en términos de soluciones, aquí la posibilidad de cobrar impuestos muy altos en pos de hacer que los servicios sean gratuitos es prácticamente imposible, pero quizá el sistema más a la inglesa podría funcionar.*

Sí, creo que ese podría ser el experimento. Yo creo en los experimentos y se podría hacer ese experimento. Hubo una vez esa oportunidad, y yo estuve involucrado. Había un hospital de los ferrocarrileros, cuando había ferrocarriles, y el sindicato presentó a los directivos —yo era miembro— un proyecto para que la empresa pagara una parte, los trabajadores aumentarían su contribución, y así irían al Estado y le dirían: “ya generamos estos, igualen esta cantidad y mejoren el servicio”. La solución que se les dio, lo que les dijo el gerente de los ferrocarriles en contubernio con el director del hospital, fue que de ese modo nos estábamos transformando en el Seguro Social, y que para qué imitar esa institución si nosotros éramos mejores. Y ahí se acabó. Y también se acabó el hospital. —

— PABLO DUARTE