

—¿Fue por él, o por uno de esos amigos de Eduardo?

—Todos, tanto Eduardo como los demás ...

—¿Frecuencia?

—Una o dos veces al mes ... Al principio. Ya ve, una quiere divertirse, pasarla bien. Ser más grande. Ahora es una o dos veces por semana. Pero estoy inquieta, angustiada, con unos cambios como si de nuevo fuera una adolescente.

—¿Alguna sustancia en específico?

—Me ofrecieron una vez marihuana, pero no me gustó. No sabía si era yo así o qué. Se siente una muy rara. Es desagradable ... En cambio ...

—¿En cambio?

—Una línea es muy distinta ..., doctor ... Usted sabe, la seguridad, la claridad ...

—Así parece, Patricia. Pero entonces ¿a qué atribuye esa inquietud, su malestar?

—Me angustia necesitar cada vez más ... frecuentemente..

—¿Y ya no quiere que eso le ocurra?

—Es que no puedo controlar la necesidad ... y ahora me cuesta. Si se enteran en casa de lo que he tenido que hacer ... La última vez vendí una vajilla francesa de mi abuela ... por monedas..

—¿No le ha preocupado el aspecto legal?, ¿que la descubra la judicial, por ejemplo?

—Como soy menor de edad ...

—Perdón, ¿cuántos años?

—Diecisiete.

—¿Cuánto tiempo le falta para ser mayor de edad?

—Siete meses. La chica se toma las manos, las oculta; con discreción se alisa la falda. Una manera de esconder su nerviosismo, de disimular la sudoración de sus manos.

El doctor Ricardo Eduardo debe resolver una situación compleja: evitar que ésta sea la última visita de Patricia, que voluntariamente se ha resuelto a enfrentar su adicción, quizá por única vez.

Por otra parte, por ser menor de edad, por necesitar autorización para el tratamiento, y a fin de buscar la manera más adecuada y urgente de ayudar a la chica, debe convencerla de que alguien de su familia se responsabilice con ella del caso. Se lo comenta. Decidida, Patricia responde:

—No, doctor, me matarían. Sólo a usted se lo cuento.

¿Qué debe hacer el médico?

¿Qué le recomendaría usted a su colega?

El arte médico y la Lex Artis

Entrevista al doctor

Ruy Pérez Tamayo

Nacido en 1924, en Tampico, Tamps., Ruy Pérez Tamayo es médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (43-50). Realizó, además, estudios de posgrado en la Universidad de Washington, en San Louis Missouri (50-52) y en el Instituto Nacional de Cardiología (53-54).

Es profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM desde 1948. Ha sido investigador en el Instituto Nacional de Cardiología (1949-50), director de la Unidad de Patología de la UNAM (1954-67). Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación Científica del Hospital General (1965-67), jefe del Departamento de Patología del Instituto Nacional de Nutrición (1974-83), miembro de la Junta de Gobierno de la UNAM (1983-1993).

Pertenece a la Academia Mexicana de la Lengua. Recibió el Premio Nacional de Ciencias, el Premio Luis Elizondo, el Premio Iguel Otero, el Premio Aída Weiss. Es miembro del Colegio Nacional desde 1980. Doctor Honoris Causa de las Universidades Autónomas de Yucatán y de Puebla y de la Universidad Colima. Profesor emérito de la UNAM. Investigador emérito (Nivel III) del SNI.

“Cómo patólogo, como filósofo, como investigador en cuanto a todo lo que ha sido su trabajo de reflexión sobre la medicina, nos gustaría que hablara sobre la ética médica; y de la relación de la medicina con la ciencia y la sociedad, pues a ella se refiere buena parte de su obra, fue la petición de la Revista CONAMED al doctor Ruy Pérez Tamayo.

La investigación biomédica en México

La separación entre el ejercicio o la práctica de la medicina cuyo objetivo es curar — o aliviar o apoyar cuando nada más se puede hacer a los pacientes en función de su enfermedad —, y la investigación biomédica —cuyo objetivo es generar nuevos conocimientos para ayudar mejor a los pacientes —, se dio hasta fines del siglo pasado y principios de este siglo; en 1898 se fundó el Instituto Médico Nacional, una de las primeras instituciones que se crearon con objeto de realizar estudios pertinentes a las enfermedades de mayor incidencia en nuestro país. Con ello, se empezó a generar información que permitiera tratarlas, atenderlas de una manera más eficiente.

Sin embargo, el personal que trabajaba en el Instituto Médico Nacional, tenía su consultorio y veía pacientes privados en las tardes. Es decir, el médico agregó a su tarea de atender a los pacientes, la tarea de generar información para atenderlos mejor. Ésta es una situación que ha ocurrido a lo largo de muchos años. Sin embargo, no se distinguía claramente entre estas dos formas de enfocar la enfermedad.

La mayor parte de los conocimientos que se generaron antes de esta época ocurrieron casi de forma inesperada: surgieron del estudio de un paciente o de un grupo de pacientes a quienes los médicos interesados en devolverles la salud —o apoyarlos como se pudiera —, empezaron a derivar una serie de datos y de información producto de su experiencia.

La profesionalización de la investigación se da como consecuencia de la transformación científica de la medicina. Esta transformación empezó a ocurrir en el siglo XVII, primero en Francia, después en Alemania, en Inglaterra y posteriormente en otros países europeos. En México, durante toda la época de la Colonia y parte de la Independencia del país, imitábamos lo que ocurría en Europa.

Así, la separación entre la investigación y el ejercicio de la medicina empieza a fines del siglo pasado y a principios de este siglo. Pero el reconocimiento del profesional de la investigación biomédica como tal, ocurre hasta después de 1930.

Los principios son como siempre, gracias a individuos que empezaron a actuar por propia iniciativa, pensemos en Isaac Ochoterena, biólogo; o en el doctor Eliseo Ramírez. Éste era un ginecólogo que se puso a estudiar frotis de exudado vaginal, y describió los cambios en el epitelio de descamación diez años antes que Papanicolau. Pero Ramírez publicó aquí en México, en español, por lo cual no tuvo ninguna trascendencia. Después, cuando Papanicolau publicó lo mismo, lo siguió y demostró la utilidad del diagnóstico hormonal y —sobre todo— la detección temprana del cáncer, se llevó el mérito.

Vemos así, que había, en efecto, gente que hacía investigación; pero no había tradición científica. Había historia, pero no tradición ni continuidad. No había formación de escuelas, de grupos que garantizaran que se siguiera trabajando con una misma línea a través de generaciones. Esto ocurrió hasta 1939, cuando llegaron a nuestro país los médicos e intelectuales españoles, que fueron como una transfusión espléndida para el desarrollo de la cultura de nuestro país. En una área donde también influyeron fue en la investigación biomédica.

Los inmigrantes llegaron inmersos en la tradición europea: decididos a trabajar de tiempo completo en la investigación. Se rodearon de algunos jóvenes a los que entusiasmaron, estimularon y formaron en las escuelas. Yo fui discípulo de uno de ellos, del doctor Isaac Costero, llegado a México en 1939, por invitación del doctor Ignacio Chávez, para encabezar el Departamento de Anatomía Patológica en el Instituto Nacional de Cardiología, que aún no se construía.

El maestro Costero vino a México. Empezó a trabajar en el Hospital General. Aquí se rodeó de un grupo de alumnos. En 1943 se fundó el Instituto Nacional de Cardiología y se cambió a su Departamento. Ese año lo conocí y comencé a trabajar con él. Lo mismo pasó en otras áreas de investigación biomédica. Las personas que nos formamos con este grupo de intelectuales españoles representamos la primera generación de investigadores mexicanos dedicados de tiempo completo a la generación de nuevos conocimientos en la medicina, de manera que —desde el punto de vista de la evolución de la ciencia—, esto es muy reciente. Yo diría que la investigación biomédica de nuestro país es muy joven, no tiene más de 60 años, en contraste con los 300 o 400 años que tiene en los países avanzados, principalmente europeos.

Sin embargo, en este lapso, 60 años, México ha dado un salto cuántico. Cuando uno ve lo que existía en 1938 y lo que tenemos ahora, en 1999, es extraordinario, es para entusiasmar, le hace sentirse a uno optimista. Realmente hemos dado un salto trascendente. No obstante, si se compara nuestra situación con los países que empezaron hace 400 años —que es donde deberíamos estar—, nos damos cuenta de lo que nos falta por hacer.

Quizá lo más grave sea el pequeño número de personas dedicadas a la investigación: la de los científicos mexicanos es una población reducida. Se calcula en relación al número de inscritos, cerca de siete mil, en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Esto es, un investigador por cada diez mil habitantes, cuando en contraste, con otros —comparemos con Japón— hay 40. Ésa es la diferencia que debemos reducir para cerrar esa brecha. Tenemos una tarea muy grande por delante.

Por fortuna ya se considera ahora a la ciencia y la tecnología como parte de las tareas sustanciales de un país. Esto es reciente, también. De hecho, no tiene ni 20 años que el gobierno dejó de hablar acerca de la ciencia y la tecnología, para

emprender acciones en favor de su desarrollo. Empero, el impulso es magro, porque el gasto que se calcula hoy en México es del 0.3 por ciento del producto interno bruto (PIB); en tanto que la UNESCO ha señalado que el mínimo del PIB que debe aplicar en ciencia y tecnología un país en desarrollo es del 1.5 por ciento; cinco veces más de lo que gasta nuestro país.

El presidente Zedillo ha dicho que al término de su gestión proyecta que esta cifra alcance el 1 por ciento; para eso tendría que triplicarse el gasto actual. ¿Qué pasaría si se triplicara? Pasaría que no tendríamos manera de gastarlo, porque no somos un número tan amplio de investigadores para que pueda invertirse tal cantidad de recursos, de manera adecuada, en trabajo de investigación. Tenemos que multiplicarnos para poder aceptar o gastar un presupuesto de ese tipo. Lo cual no es cosa de un par de años, o de unos cinco años, es asunto de una o dos generaciones. El científico, el investigador mide el tiempo en generaciones y no en años. Empezamos muy tarde y es natural que estemos retrasados. Tenemos conciencia de ello, y creo que también la ha adquirido el gobierno; y que hace lo que le corresponde dentro de la evolución natural del desarrollo de la ciencia y de la tecnología en nuestro medio.

Respecto a los médicos en la investigación, hay —igualmente— avances. Existe ya el nombramiento de médico investigador. Hay varios médicos nombrados en este hospital (el Hospital General) por la Secretaría de Salud. Hay en otros hospitales; también en los Institutos Nacionales de la Salud —que fueron reunidos bajo ese nombre por el doctor Guillermo Soberón cuando era secretario de Salud.

En la actualidad hay una Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud bajo la responsabilidad del doctor Enrique Wolpert, presidente electo de la Academia Nacional de Medicina, un individuo entusiasta, interesado en promover la investigación.

Ahora queda por hacer lo mismo que con el número de investigadores: crecer, no podemos quedarnos al nivel actual, que francamente es de subdesarrollo mientras alcanzamos una masa crítica mínima adecuada, nuestra función principal será sobrevivir, mantener la figura y tratar de educar al mayor número posible de investigadores. Creo que esto es aplicable en términos generales a otras áreas de investigación científica.

Ética Médica

En la actualidad, es mi impresión, no existe un código de ética médica en nuestro país; tampoco, un código de ética para los abogados o los ingenieros. Cuando se habla de código ético se piensa, generalmente, en una serie de mandatos, casi en un decálogo; casi todos ellos expresados en términos negativos, como otros decálogos que hay respecto al comportamiento. La verdad es que la mayoría de los intentos que se han hecho por establecer un código de ética médica, rebasan de inmediato los límites de la medicina y se transforman en copias de la ética general, de la ética normativa o de la ética a secas, que no es ética médica.

Siempre he pensado respecto al código que se dice es el más antiguo —y que se aplica a los médicos—, el Juramento Hipocrático, que leído con cuidado, poco tiene que ver con la medicina actual, ése fue un código generado hace

XXV siglos por una secta pitagórica, que, además, era minoritaria en el mundo helénico. Es muy probable que careciera de una gran vigencia, porque Hipócrates —a pesar de que se llama al texto Juramento Hipocrático— estaba en contra de varias de las ideas que registra el documento. Se trata de un texto religioso. Contiene, entre otras cosas, una de las primeras cláusulas de exclusión que conocemos. Se señala específicamente que el médico que toma este juramento

enseñará su arte a sus hijos, a los hijos de Juramento hipocrático sus maestros y a todos los que hayan firmado el Juramento, y a nadie más. Lo dice específicamente. Es una cláusula de exclusión que va en contra del espíritu de la medicina hipocrática.

Hay otros códigos internacionales, el famoso juramento médico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es una serie de expresiones de buenos sentimientos, basado en una serie de peticiones de principios, que si se analiza, se cae en la cuenta de que no existe ninguna razón para postularla; y, desde luego, no se trata de asuntos en los que la opinión sea unánime, sino que hay toda clase de juicios a su respecto. ¿Cuál es la dignidad de la profesión médica? ¿Cómo se define? ¿Por qué tengo que considerar a todos los médicos como mis hermanos? Así lo dice. En fin, se refiere a una serie de propuestas que son realmente la expresión de sentimientos muy nobles, mas no es un código ético.

Están, igualmente, el Código de Helsinki, y el de Nuremberg, que se refieren a situaciones muy concretas, cuando el médico hace investigación con seres humanos. Pero para otro tipo de interacción médico-paciente, no se aplican. Por tanto, no hay un código de ética médico.

Están, igualmente, el Código de Helsinki, y el de Nuremberg, que se refieren a situaciones muy concretas cuando el médico hace investigación con seres humanos. Pero para otro tipo de interacción médico-paciente, no se aplican. Por tanto, no hay código de ética médico.

Si uno examina a la profesión descubre que el código de ética tiene que surgir de ella; no puede surgir de la biblioteca de un filósofo o de una oficina de un agente del gobierno. Tiene que surgir de la naturaleza misma de la medicina. La medicina tiene tres objetivos: por un lado, conservar la salud; además, curar —o aliviar cuando no se puede curar—, o ayudar, o apoyar. El tercer objetivo es evitar muertes innecesarias y prematuras. No evitar la muerte, porque entonces el médico estaría frustrado cien por ciento. Un médico no combate a la muerte. Repito, combate a la muerte innecesaria, prematura. Y, luego, tenemos que cuidar que esos tres objetivos se cumplan en la relación que constituye el centro de la medicina: la relación médico-paciente, la interacción entre el sujeto que pide ayuda y el que acepta dársela. ¿Cuáles son las condiciones en las que esta interacción se puede dar de manera óptima? ¿Son esas las condiciones éticamente buenas desde el punto de vista médico?

Ahora bien, ¿cuáles son las violaciones de la ética? Todas aquellas que interfieren contra esta interacción óptima entre el médico y su paciente.

Entonces podemos establecer el código ético médico, basado en la práctica de la medicina propiamente dicha, al especificar que es todo aquello que interfiera con la relación médico-paciente o lo que es éticamente condenable. Todo lo que favorezca esta relación, es éticamente bueno. Preguntaríamos ahora, ¿qué tiene que hacer el médico para tener un comportamiento ético? La respuesta surge casi naturalmente: tiene que estudiar toda su vida; prepararse lo mejor posible; dedicar su conocimiento y sus sentidos para poder servir mejor al paciente. Y aquel que no continúe estudiando toda su vida, que no aumente su habilidad y capacidad, está cometiendo un acto inmoral, porque interfiere con la relación óptima médico-paciente. Por tanto, la educación médica continua es éticamente positiva. Por otra parte, no estudiar, no mantenerse al día, no asistir a cursos, no dar cursos —porque no hay mejor manera de saber algo que tratar de enseñarlo—, eso es éticamente inmoral.

La docencia médica

El médico tiene la obligación, también, de instruir a su enfermo, de educar a su enfermo sobre su enfermedad, sobre su tratamiento, acerca de lo que le va a pasar a la familia del paciente, a los amigos del paciente, al espacio social al que pertenece el paciente.

Debe instruir, asimismo, a las enfermeras para que asistan mejor al paciente. Insisto, el médico tiene que ser un docente, es un doctor. Doctor proviene de la palabra latina *docere*, enseñar.

No enseñar —y esto no es nada más dando clases a estudiantes de pregrado o posgrado—; no adoptar una actitud docente en relación con el ejercicio de la medicina, es éticamente condenable, es un acto inmoral. En cambio, hacerlo, favorece la óptima relación médico-paciente. Por cierto, esto de la docencia es exactamente opuesto a lo que dice el juramento hipocrático. Así, puedo señalar como inmoral al Juramento hipocrático.

El conocimiento para el médico

El tercer objetivo del médico es investigar, generar nuevos conocimientos. Si no lo hace, no contribuye a que la relación médico paciente sea lo mejor posible, y entonces, es éticamente condenable.

No se trata de que todo el mundo gane el premio Nobel de Medicina; se debe, más bien, utilizar la experiencia adquirida para mejorar el conocimiento. Eso sí se puede hacer de manera individual y de tiempo completo —como lo hacemos los investigadores—, o como parte del ejercicio cotidiano de la medicina: reunirse con los colegas y comparar experiencias; ver cómo les ha ido a los pacientes con tal tratamiento versus este otro. Hay muchas maneras de generar nuevo conocimiento. Si el médico hace esto, está contribuyendo a mejorar la relación médico paciente; si no lo hace, no solamente está cometiendo un acto inmoral, sino que además se está aprovechando de sus colegas: está utilizando el conocimiento generado por otros sin agregar un ápice a este esfuerzo. Además, comete el acto supremamente inmoral en la medicina: considerar a la medicina como una chamba, no como una profesión.

El médico ético

Esto es ética médica: cumplir con los tres mandatos de la medicina en la relación médico paciente: el curar, el aliviar, o el ayudar —cuando no se puede cosa— a los pacientes; el enseñar a estudiantes, a médicos, a la familia etc., y el investigar para generar nuevos conocimientos. Por tanto, el médico que no hace esas tres cosas es éticamente inmoral.

No se hable de que no se debe cobrar de más; porque eso no es ética médica, es ética; tampoco el abogado debe cobrar de más, ni el ingeniero debe hacer puentes que se caigan; esa es la ética general a la que estamos sujetos todos los seres humanos en relación con nuestra propia naturaleza, no por ser médicos.

La ética a la que estamos sujetos los médicos por ser médicos, no quiere decir que nos excluya de la observancia de la ética general, de ninguna manera. Pero, sí, debemos observar —además—, una ética derivada de la naturaleza de nuestra profesión. ¿Esto cómo se enseña? Hay ahora una tendencia: encontramos algunas facultades que ofrecen cursos de bioética, y hay señores que llegan ahí y les dicen a los alumnos cómo se tienen que comportar, y qué es lo que tienen que hacer, etc., lo cual les entra por aquí y sale por el otro lado. Las cosas se aprenden viviéndolas. Hay que vivir la medicina de manera ética, ésa es ciertamente la manera de enseñar.

Porque ilustremos cuál sería el razonamiento, pese a estos cursos: "Si mis profesores ejercen la profesión de manera ética, yo lo voy aprender; pero si mis profesores dicen que se debe ejercer de manera ética, y después se dividen los ingresos con un laboratorio al cual están mandando los exámenes, entonces yo voy aprender eso, lo que están haciendo, no lo que me están diciendo."

Pienso que la ética no se puede enseñar en clases, no es una materia que se aprenda oyéndola; es una actitud que se aprende viviéndola. El profesor de toda materia tiene entre sus obligaciones comportarse de manera ética ¿por qué? Porque eso también se lo está enseñando al alumno, aparte de que le enseñe bioquímica, anatomía, también está enseñando fisiología, también está enseñándole ética médica; la ética general la enseñaron —o no— los papás y los profesores de la primaria.

Opino de esta manera —y he dado pláticas, y he publicado ensayos acerca de la ética médica—, pero me considero dentro de una minoría. A la mayoría la domina la idea de que el Juramento hipocrático es un documento que habla de la ética a través del tiempo, etc. Incluso, hay un busto de Hipócrates en la Facultad de Medicina en Ciudad Universitaria, y lo que tiene en la base es el Juramento; y nadie lo lee; porque si lo leyeran, se darían cuenta de que eso no tiene mucho que ver con nuestra profesión.

La CONAMED y la práctica médica

Me gustaría comentar que me pareció extraordinariamente oportuna la fundación de la CONAMED; que se estableciera antes de que estuviésemos sometidos al problema de las demandas por mala práctica médica —por el ejemplo que tenemos al norte del Río Bravo, donde esto ha llegado a una situación verdaderamente paranoica. Tienen allá un grupo de abogados que se dedican específicamente a buscar oportunidades de demandar a médicos, y a instituciones de salud con el objeto de generar recursos para ellos y para el paciente.

A su vez, los médicos obtienen un seguro para solventar estas demandas, que son generalmente caras. Así, esto cuesta, y, evidentemente, lo paga el paciente.

Se ha llegado a ello, creo, porque los empresarios y los inversionistas descubrieron que la medicina, en lugar de ser un servicio, podría transformarse en un negocio. Ignoro cuándo descubrieron esto los empresarios, y vieron: "¿quiénes están sujetos?, ¿cuál es el mercado?": "todo mundo". Todos vamos a necesitar, hemos necesitado de la medicina. Se trata en realidad de un mercado cautivo, se le explota comercialmente y, claro, es un negociazo; por otra parte, así se elevan los costos de la atención médica más allá de lo que el individuo promedio puede pagar.

En la actualidad, es muy poca la gente que puede darse el lujo de enfermarse, de ingresar en un hospital, de estar en cuidados intensivos, con una cirugía especializada un par de semanas, etc. Después de eso, se queda sin casa, sin coche, porque no tienen dinero que alcance para pagar semejante atención.

Se supone que esto debería pagarlo la seguridad social. La realidad es que no lo ha resuelto. Nada más en países de primer mundo la seguridad social alcanza una cobertura adecuada para la población. Pero eso, en México, aún no es posible.

Tenemos en el país una población flotante no empleada, muy grande; por tanto, esta responsabilidad queda en manos de la Secretaría de Salud. Mas es claro que el presupuesto para atención de la salud no alcanza por obvias razones: tenemos un crecimiento demográfico que da al traste con cualquier proyecto de desarrollo a largo plazo. Entonces, cada vez aumenta más el número de personas que se quedan sin los servicios médicos que necesitan. La solución, creo, es la seguridad social, pero

no la del Estado.

El Estado ha mostrado su incapacidad para manejarla. Por ello, la seguridad social tendría que pasar a manos privadas; pero no a empresas comerciales, sino a grupos mutualistas: individuos que están interesados en ellos mismos, en cuidar su salud, y no en ganar dinero.

Tal actitud involucraría a pequeños grupos, que contratarían un seguro que cubre servicios médicos. Así, entre todos, pagan lo que unos cuantos miembros de ese grupo requieren. Ninguno de ellos individualmente tendría recursos para hacerlo; pero en conjunto, pueden. Este tipo de organización funciona, por ejemplo, en países nórdicos. Ciertamente, allá son de dos a cuatro millones de habitantes, en los casos de Noruega o Finlandia, que son países muy pequeños. Sin embargo, en los países grandes, la solución del problema de los costos de la medicina no existe aún.

Cuando se estableció la CONAMED, hubo un grupo de médicos mexicanos, entre quienes me cuento, que aplaudimos. Dijimos, “ésta es la manera de evitar que nos pase lo que ocurrió en Estados Unidos. Necesitamos un cuerpo colegiado, expertos —técnicamente capacitados— que discriminen entre una demanda aceptable, justa, razonable; y un intento de extorsión o una demanda de tipo comercial”. Realmente, consideramos que al instalar esta Comisión se evitó que ocurriera como en EUA; la Comisión está creciendo, y hay la idea de legislar de manera bastante rigurosa al respecto.

De hecho el doctor Octavio Rivero Serrano, secretario del Consejo de Salubridad General, reunió a un grupo de médicos de diferentes disciplinas para que constituyéramos un grupo de estudio para analizar qué se puede hacer en nuestro país para evitar la comercialización excesiva de la medicina.

Tenemos más de un año de reunirnos, mes a mes; hemos producido documentos que, en conjunto, permitan establecer una propuesta para legislar los aspectos comerciales de la profesión. No queremos interferir con el *modus vivendi* de nadie; pero tampoco deseamos que el mercantilismo acabe por segregar, de manera definitiva, a un grupo grande de mexicanos que ya no tendrán acceso a los servicios de salud.

Sucede así con las llamadas HMO, compañías de seguros privadas que se multiplicaron hasta tener 60 millones de afiliados. Ahora sólo tienen 30 millones; su caída se debe a su transformación en centros de comercio. Cobraban el seguro y después determinaban cuál médico debía ver al paciente, qué exámenes practicarle, cuáles ofertas terapéuticas eran posibles, etc. Su actuación se debía al 30 por ciento de beneficio que aportaba a los inversionistas: eso es negocio. Y eso es lo que hay que evitar: que los empresarios hagan negocios con la medicina.

Desde luego, la propuesta que elaboramos no se dará a conocer hasta que esté terminada; la haya visto el titular de la Secretaría, y se haya planteado y discutido con él. La idea última es una propuesta de Ley para que el mexicano promedio quede protegido contra este tipo de prácticas comerciales que abruman a E.U.A. —y eso que la economía de los E.U.A. se basa en la abundancia.

Si ellos no pueden soportarlo, pese a ser el país más rico del mundo; nosotros no vamos a copiar un sistema en quiebra; particularmente cuando nuestra economía se basa en la carencia. Este esfuerzo es paralelo al de CONAMED, de algún modo complementario con CONAMED.

El futuro de la Medicina

El futuro de la medicina es muy favorable, avanza cada vez con mayor rapidez. La

tecnología moderna es maravillosa,extraordinaria.Entre la medicina que estudié hace 50 años y la que se ejerce ahora,el panorama es totalmente diferente,han mejorado los métodos diagnósticos de una forma extraordinaria; así como los exámenes de laboratorio y los sistemas terapéuticos;se ha aprendido muchísimo y cada vez se aprende más.Creo que con la introducción de la biología molecular y la posibilidad de la terapia génica,se va a dar —muy pronto —un salto cuántico excepcional en unos pocos años.Cada vez,la Medicina será más eficiente y positiva en relación con sus objetivos.En realidad,lo que el médico quiere es que la gente,hombres y mujeres,mueran jóvenes y sanos lo más tarde que sea posible;conservar la salud el máximo posible,y que el individuo que tenga que morir muera en las mejores condiciones de salud y lo más tarde que sea posible.

Esto es lo que se ha logrado.La medicina ha sido responsable de esto en parte;en parte no.Ello se debe al saneamiento ambiental:introducir agua potable y drenaje adecuado agrega diez años de promedio de vida a la población,nada más eso; regular las horas de trabajo,evitar que los niños trabajen hasta que sean mayores de edad;la higiene en general: comer tres veces al día,carne dos veces a la semana; este tipo de costumbres modifica la salud de la población de manera radical.

Pero siempre habrá enfermos,la medicina siempre tendrá un lugar y ese lugar aumentará su eficiencia cada vez más gracias a la tecnología,que es una bendición. Un magnífico procedimiento para averiguar lo que está mal,e indicar un tratamiento.Los tratamientos ahora son espléndidos,maravillosos.El problema es que,al mismo tiempo,ha crecido el afán de lucro y la medicina se ha encarecido.Cada vez es mejor,pero a la vez menos accesible.

La gran transformación que espero ocurra el próximo milenio,es que la medicina se haga accesible con toda su eficiencia al máximo de personas en el mundo.Creo que esto será factible,viable,si se legisla de manera adecuada para evitar los aspectos excesivos de comercio,de negocio en la profesión.

Soy optimista por naturaleza y creo que la medicina seguirá progresando. Aquellas personas que dicen que se ha deshumanizado,prejuzgan con facilidad. Argumentan que ahora la tecnología aleja al médico del paciente,del enfermo.No es reciente la deshumanización,siempre ha habido policías inhumanos, y abogados inhumanos;la inhumanidad o la falta de compasión por los demás es parte del carácter del homo sapiens ,no del médico.

Un médico deshumanizado es deshumanizado no porque sea médico;sino porque es un ser humano deshumanizado.Eso no tiene que ver con la tecnología.Lo que ha afectado el ejercicio de la profesión es la masificación de los servicios.Hay médicos que tienen que checar a las ocho y salir a las tres,y ver 30 enfermos,porque si no,no les pagan;entonces no revisan con cuidado a sus pacientes.El médico debe tener tiempo:tiempo para estudiar,para asistir a congresos,y para investigar y ejercer su profesión.En el momento en que se burocratiza a causa de la masificación —vean lo que ha sucedido con el Seguro Social:enormes filas;esperar dos meses una cama en sus hospitales —puede argumentarse que es esta circunstancia y no la tecnología quien deshumaniza al médico.

Vayan al Seguro Social,el paciente no ve nunca al mismo médico,ni una sola vez:ve a un residente,ve a otro ...,como le va tocando.Esto si es una pérdida de algo fundamental en el ejercicio de la medicina;de algo que creo se debe recuperar:porque hay conciencia de que está mal.Y no tiene por qué ser así.

Hay países en donde se dieron cuenta de este problema y conservaron los aspectos personales de la relación médico-paciente y la agregaron a la seguridad social para aliviar el problema económico.En Inglaterra el paciente escoge a su médico;conserva este tipo de relación constante,tiene fe,lleva a sus hijos con él;ve a

su mujer, es un miembro del círculo de gente a la que tiene confianza. Esa otra gran transformación debe ocurrir. (Entrevista de OCM y BR)

El distintivo humano

“Fundamental para el tratamiento, la información del paciente ”

Entrevista con

Julio Sotelo Morales *

Hablemos de la práctica médica en la relación directa con el campo de la neurología, el sentido de la investigación, y en particular, la relación médico paciente, que en esta área muestra líneas de contacto apasionantes y sutiles. Quisiéramos conocer, su opinión respecto a las conductas que la práctica del arte médico genera en el ejercicio de la especialidad.

Si ponemos a la neurología dentro del contexto de la medicina general y de la ética médica general, la neurología tiene una característica peculiar, por varias razones. Vamos a llamarle no neurología, sino ciencias neurológicas, que son las que atañen al órgano como tal; llámense neurocirugía, neurología y también algunos componentes de la psiquiatría dentro de las ciencias neurológicas. Se trata de un aspecto complicado porque nuestro oficio es sobre el cerebro, que es el distintivo humano.

Todos los demás órganos de la economía no marcan diferencias en la escala filogenética; pero sí, a veces, una obvia inferioridad del ser humano comparado ante otros animales.

Por lo tanto, las ciencias neurológicas se ocupan de la credencial de nuestra especie, que es el cerebro humano. Desde ese punto se torna importante, porque el cerebro es un órgano no reproducible, de absoluta individualidad. Lo que hace la diferencia entre una y otra persona es su cerebro. El cerebro es la marca de identidad, no sólo la identidad interespecies, sino intraespecies. Así, el individuo difiere de todos los demás individuos de su especie gracias a su cerebro; y éste también lo hace inconfundible frente a cualquier otra especie animal.

Esta característica otorga a la práctica médica de las ciencias neurológicas peculiaridades importantes desde el punto de vista ético y de su propio ejercicio. Si cada cerebro de cada individuo dentro de nuestra especie es diferente, entonces tenemos una diversidad propiamente espectacular dentro de nuestro oficio. Lo cual distingue nuestro trabajo del de cualquier otra especialidad médica. Esto no le ocurre, digamos, a un cardiólogo que trabaja, en cambio, con un patrón de regularidad —por así decirlo.

De esta forma, tenemos que ver con una problemática muy vasta, por un lado, en cuanto a la diferenciación de un sujeto a otro; por otra parte, nos encontramos ante nuevos conceptos a los que debemos enfrentarnos. Entre éstos, por ejemplo, se hallan los que se refieren a la vida y a la muerte. Las definiciones clásicas señalaban que un sujeto fallece cuando tiene un paro cardiorrespiratorio, ésa ha sido la cuestión jurídica; ése, el concepto tradicional.

Presencia de la tecnología

Con la tecnología moderna tales conceptos han evolucionado de tal manera que ahora obligan a que el concepto real de muerte esté en franco debate, porque hoy la técnica médica hace posible que se pueda mantener por tiempo ilimitado a un sujeto