www.latindex.unam.mx periodica.unam.mx lilacs.bvsalud.org/es/ www.imbiomed.com

Entrevista

Doctor Guillermo Soberón Acevedo. Destacado médico mexicano

*Jorge A. Fernández Pérez.

Resumen

En la presente entrevista, realizada en 1999, el doctor Guillermo Soberón Acevedo (1925-2020) opina sobre distintos temas relacionados con la medicina y la salud pública. Comenta su proceso de formación como médico, la responsabilidad de los especialistas que se preparan en el extranjero y regresan a México, así como sus trabajos como rector de la UNAM y en el sector público, donde dirigió la transformación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia en la actual Secretaría de Salud.

Asimismo, aborda temas como el carácter mutifacético de la medicina, la importancia de la investigación y las facultades de medicina, el valor de la certificación, el trabajo de los colegios y las asociaciones médicas y el futuro de la ciencia médica, además de que ofrece su punto de vista sobre la Homeopatía.

PALABRAS CLAVE: Guillermo Soberón Acevedo, Secretaría de Salud, Historia de la medicina, Colegios médicos, Asociaciones médicas, Formación de médicos, Escuelas de medicina, Facultades de medicina, Salud pública, Políticas de salud.

Abstract

In this interview, conducted in 1999, Dr. Guillermo Soberón Acevedo (1925-2020) gives his opinion on different topics related to medicine and public health. He comments on his training process as a doctor, the responsabilities of the specialists who prepare abroad and return to Mexico, as well as his work as Rector of the Universidad Nacional Autónoma de México (National Autonomous University of Mexico) As well as his experience in the public sector, in which he directed the transformation of the then Secretaría de Salubridad y Asistencia (Ministry of Healthiness and Assistance) into the current Secretaría de Salud (Ministry of Health).

It also addresses topics such as the multifaceted nature of medicine, the importance of research and medical schools, the value of certification, the work of medical colleges and associations, and the future of medical science, in addition to offering his point of view on Homeopathy.

KEYWORDS: Guillermo Soberón Acevedo, Ministry of health, History of medicine, Medical colleges, Medical associations, Medical education, Medical schools, Public health, Health policies.

*Doctor en Educación. Coordinador del Doctorado en Investigación e Innovación Educativa de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A. C. Investigador Nacional nivel II. Correo: jafp58@prodigy.net.mx.

Recibido: octubre, 2020. **Aceptado:** noviembre, 2020.

Introducción

Recientemente nos enteramos del lamentable fallecimiento (13 de octubre de 2020) de uno de los médicos mexicanos de mayor trascendencia en el siglo XX, tanto en el campo de la medicina como en el de las políticas en Salud. Me refiero al doctor Guillermo Soberón Acevedo, a quién tuve el gusto de conocer y entrevistar a finales de la década de los noventa.

Dicha entrevista se realizó en 1999 como parte de la investigación doctoral *Estructura y formación profesional. El caso de la profesión médica.* La presentación de este material parte de la premisa de considerar a la profesión médico-homeopática y a la Homeopatía como integrantes de la historia de la medicina mexicana, por lo que, a través de esta charla, se tiene la intención de presentar en sus propias palabras, algunos elementos que permitan que la comunidad médico-homeopática conozca la trayectoria y el pensamiento de uno de los médicos más destacados de la medicina mexicana.

El doctor Soberón Acevedo cursó la carrera de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México entre 1943 y 1949. Se especializó en endocrinología y obtuvo un doctorado en bioquímica por la Universidad de Wisconsin. Entre sus cargos más representativos destacan haber sido rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, Secretario de Salubridad y Asistencia, Secretario de Salud y Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud).

La entrevista

Posteriormente a sus estudios de licenciatura, ¿cursó usted alguna especialidad?

Primero hice un entrenamiento en lo que entonces era el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Pertenecí a la segunda generación de lo que, en aquel entonces, se llamaban médicos internos y que ahora se denominan médicos residentes. Lo que perseguía era tener una formación en medicina interna. La institución, que fue inaugurada en 1946, estaba introduciendo innovaciones importantes en la manera de ejercer la medicina institucional.

El Hospital Infantil, inaugurado en 1943; el Instituto Nacional de Cardiología, en 1944, y el de Nutrición, en 1946, fueron los que dieron esta nueva concepción de la medicina institucional. Durante mi entrenamiento percibí que lo que más me atraía de la medicina interna era la endocrinología, que en aquellos tiempos mostraba un potencial de desarrollo tremendo; empezaban a surgir descripciones de hormonas y de sus efectos y era un campo del saber científico muy dinámico, por lo que decidí que me haría endocrinólogo. Tenía incluso una beca solicitada por el maestro Zubirán a la fundación Kellog para ir a estudiar endocrinología y regresar a Nutrición.

Otra influencia importante en mis decisiones de especialización la ejerció el maestro don Francisco Gómez Mont, director del curso de posgrado que ya se había iniciado en México y con el que tuve un estrecho vínculo de trabajo en ese período de formación y de quien aprendí nuevos caminos. Una vez terminado este período de formación, y como disponía de unos meses antes de viajar con la beca de endocrinología, por indicación suya me fui a trabajar con Pepe Laguna, quién acababa de regresar de Escocia y había establecido un laboratorio de bioquímica en nutrición. Me había sugerido el maestro Gómez Mont: "Lo que aprendas de bioquímica te va a venir muy bien para el entrenamiento en endocrinología". Ese aprendizaje me reveló otro mundo.

A partir de allí decidí que no sería endocrinólogo, sino bioquímico. Para ello tuve que ir con el maestro Zubirán, no sin temor y preocupación, para hacerle saber de mi decisión. Lo inesperado fue que el maestro, con mayúsculas, contrario a mis presunciones, se mostró entusiasta y me dijo: "¡Qué bueno!, la bioquímica es muy importante y necesitamos impulsarla". Se cambió con la Kellog la naturaleza de la beca, de modo de que pudiera hacer un doctorado en bioquímica, que culminé en la Universidad de Wisconsin cuatro años después. Al regresar, Pepe Laguna se había transferido a la Facultad de Medicina de tiempo completo y me tocó establecer el Departamento de Bioquímica en Nutrición, ya no un mero laboratorio.

¿Qué le llevó a usted a querer ser médico?

En primer lugar, debo señalar que pertenecí a una familia de médicos: mi padre y dos hermanos; además, tengo dos hermanas casadas con médicos, por eso en la casa siempre se hablaba de asuntos relacionados con la medicina. En segundo lugar, siempre tuve un interés y una atracción natural por el fenómeno biológico. Durante la secundaría, y de mane-

ra especial en la preparatoria, recuerdo muy bien a mis maestros que en las materias biológicas cubrían esos tópicos (que me interesaban mucho), por los cuales tenía mucha curiosidad. Ya en la preparatoria, los maestros don Eduardo Caballero y don Leopoldo Ancona, con los que guardaba una cercanía silenciosa muy estrecha, me daban clases de zoología y biología, respectivamente, allá en San Idelfonso y en la secundaria la maestra Villegas.

En síntesis, tenía esa inclinación de tal manera que me sentía como pez en el agua al tratar las materias relacionadas con los fenómenos biológicos. Nunca dudé de mi vocación, ni me enfrenté con forma alguna de frustración. Es como si hubiera nacido para ser lo que decidí ser. Recuerdo que en la secundaría leí una obra que causó una gran impresión en mí: *Los cazadores de microbios*, de Paul de Kruif, en la que hace un recuento histórico de distintos personajes que van haciendo aportaciones para comprender y explicar los mecanismos de generación y evolución de las enfermedades infecciosas. Fue una experiencia fascinante.

¿Actualmente dónde desempeña usted su ejercicio profesional?

Deseo señalar que no veo enfermos, no atiendo directamente a personas que padecen enfermedades, esto desde que salí con la beca a Wisconsin, pero, desde entonces, a mi regreso al país, me dediqué a la investigación bioquímica por muchos años.

La vida fue tejiendo su trama y me llevó por otros derroteros. Me reincorporé al área de la Salud desde la perspectiva de la salud pública, de las políticas de la salud. Tuve la convicción y así lo he enfatizado siempre a mis alumnos, que hay que aprender en México todo lo que puedan del "A, B, C" de las cosas, y que, cuando vayan al extranjero, lo hagan "de la X a la Z". Que lo que aprenden aquí los prepara mejor para aprovechar una enseñanza avanzada, para hacer un papel más destacado, que les permitirá recoger conocimientos más elevados y hacer una más efectiva contribución al desarrollo de la ciencia y de la salud en el país. Ello abre el camino del progreso. Si todos los que salen a formarse en el extranjero, al regresar abren un área para el desarrollo científico para la salud, entonces vamos a ir por el camino del progreso. Antes de salir a Wisconsin el maestro Zubirán me dio un trabajo de médico adjunto en la consulta externa de Nutrición, que requería más o menos la mitad de mi tiempo. Tenía como responsabilidad revisar las historias clínicas que hacían los médicos internos, coordinar las consultas de referencia, hacer el seguimiento de éstas y reportar las novedades al jefe de la consulta externa.

El hospital de Nutrición hizo una gran aportación al desarrollo institucional, al enfoque académico de las cosas y a la fundamentación de los hechos en evidencias. Los beneficios que obtuve de mi paso por el hospital de Nutrición fueron aprender y comprender la importancia del rigorismo científico y de la vida académica. Pienso que me alejó del mito del "ojo clínico" del que mis maestros de la Facultad de Medicina, allá en el Hospital General, tanto alarde hacían: que los médicos internistas son muy buenos clínicos, sí, pero detrás del "ojo clínico" debe haber un fundamento establecido en exámenes de laboratorio, que es lo que define la práctica de una medicina científica.

Creo que esto fue lo que hicieron los tres institutos de manera fundamental, había mucho orden en ese sentido. Lo que hice con mi otro medio tiempo fue estudiar matemáticas, física y química, básicamente, para estar preparado para cuando me fuera a Wisconsin. Contar con estos conocimientos sería fundamental en mi doctorado en bioquímica, dado que en el currículum de formación del médico no se profundiza en ellos en la medida requerida para un doctorado. Ese fue el esfuerzo inicial, al que mi entonces novia y más tarde mi esposa, con la cual casi cumplo 50 años de casado y que en ese entonces estudiaba química en la UNAM, aportó una ayuda considerable en la selección de bibliografía, explicándome cosas ajenas a mi conocimiento e invirtiendo tiempo conmigo.

Me fui a Wisconsin, cumplí con mi período de formación, regresé y trabajé por veinte años en la mesa de laboratorio, tanto en el hospital de Nutrición (diez años), como en el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, donde fui director de 1965 a 1970. Luego me designaron coordinador de Investigación Científica en la UNAM por dos años. Me dedicaba a investigar y a asistir a los estudiantes de posgrado en sus estudios, en el desarrollo de sus tesis y en la elaboración de sus trabajos científicos. Con el correr del tiempo fui designado rector de la UNAM. Muy pronto llegué a la conclusión de que el giro que había tomado mi vida profesional me impedía seguir en el laboratorio, por lo que continuar no le hacía justicia ni a la Universidad ni a la bioquímica, ni a mí como persona y como profesional.

Que yo estuviera en la posición de atender dos escenarios de trabajo, la Rectoría y la investigación biomédica, ambas demandantes de tiempo y decisiones, conduciría a problemas encontrados de intereses en lo laboral y en lo intelectual, impactando

negativamente, lo más probablemente, mi rendimiento y mi eficiencia decisoria. Durante esos ocho años en la Rectoría mantenía una oficina en el Instituto de Investigaciones Biomédicas, en donde podía recluirme a gusto para tener la tranquilidad de revisar cosas de interés. Estando allí con mis amigos investigadores de Biomédicas, pedía información y platicaba con ellos de cómo iban las investigaciones y de esa manera me mantenía informado de ese otro mundo de mi interés.

Cuando terminé mi tiempo en la Rectoría, iba a tomar dos años de sabático que había acumulado y me fui a Wisconsin otra vez para rehabilitarme en Bioquímica, pues esa había sido la formación que llevé, y estando allí, el presidente López Portillo y el licenciado De la Madrid, entonces secretario de Programación y Presupuesto, me pidieron hacerme cargo de la valoración del Sistema de Salud de México y hacer propuestas de cómo debía organizarse para poder cumplir con mayor racionalidad con la meta de cobertura total.

Interesado por la naturaleza del encargo y por el reto que ello significaba, acepté y se creó, para encarar las acciones, la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República. El mandato que nos dieron decía: "Determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que dé cobertura a toda la población".

Cuando mi época como rector me correspondió ver lo relativo a la educación médica en tiempos en los que había innovaciones muy importantes en el enfoque de atención a la salud. Le estoy hablando del tiempo de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* de Alma-Ata (realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978). En la Facultad de Medicina surgió en aquel entonces el *Plan A-36*, y José Laguna, que era el director de la Facultad, fue quien lo desarrolló. Yo, como rector, tuve que brindarle todo el apoyo con los recursos necesarios. Fue un plan de importancia orientado a redefinir los propósitos y las metas de la formación del personal de salud.

La evaluación del Sector Salud fue algo atractivo a mi inquietud por conocer y estuve muy comprometido con ello. Se organizó un grupo que acometió esta encomienda y que, al cabo de un año y medio, hizo una propuesta, centrada en la búsqueda de un nuevo sistema nacional de salud. En ella se presentaron opciones para ver cómo organizar mejor las cosas y las estrategias para llevar a cabo las reformas. La propuesta fue elevada a la consideración del presidente López Portillo ya muy al final de su mandato, estoy hablando del 8 de octubre de 1982. Al conocerla dijo: "Llévensela al presidente electo —que ya era el licenciado De la Madrid— y que tome las decisiones; yo sólo quería saber cuál iba a ser la naturaleza de la propuesta".

El día 15 del mismo mes se la llevamos al licenciado De la Madrid y él nos instruyó qué hacer y cómo proceder para empezar con las iniciativas legislativas para generar los cambios que se esperaban. Esto determinó incorporar en la Constitución el derecho a la salud, la formulación de la Ley General de Salud, resumir 80 y tantos reglamentos que había en sólo seis, una simplificación muy importante, abrir cauce a lo que se llamaron las normas técnicas que indicaban los instrumentos para que las intervenciones puedan ser efectuadas por los trabajadores de la salud. Como consecuencia de ello, el licenciado De la Madrid me invitó a que me hiciera cargo de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, como se llamaba entonces, y una de las estrategias centrales fue precisamente la modernización de la Secretaría de Salud con base en un cambio conceptual de cómo abordar la atención con sentido de equidad, eficacia y eficiencia.

Aquí le hago un paréntesis a mi recuento histórico para ofrecerle la reflexión de un historiador, el doctor Fernando Martínez Cortés, que es un internista muy aficionado a la historia de la medicina. Leyó un trabajo en Guadalajara, en una reunión que organizó la Secretaría, a la que me invitaron también, en donde él presentó la historia del cuidado de la salud en México, con sus distintos enfoques. La historia es que, en 1917, es cuando el Gobierno definió y asumió su responsabilidad en el cuidado de la salud, institucionalizó y dio carácter a lo que era y sigue siendo el Consejo de Salubridad General, que siguió en el tiempo a lo que fue el Consejo Superior de Salubridad. Se creó también el Departamento de Salubridad. Lo que entonces preocupaba de manera fundamental eran las epidemias, por eso la vigilancia de puertos y fronteras era una de las medidas importantes.

En 1937, con Cárdenas en la presidencia, se incorporaron las instituciones de asistencia médica y los hospitales a lo que fue la Secretaría de Asistencia, y se creó el Departamento de Asistencia Infantil, encargando su organización y dirección al maestro Salvador Zubirán.

Posteriormente, el maestro sería subsecretario y encargado del Despacho de la Secretaría de

Asistencia con el maestro Gustavo Baz como titular. En 1943 se fusionaron la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad para dar lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la que arranca con las subsecretarías de Salubridad y la de Asistencia. Después hubo otra, la del Medio Ambiente, que se vinculó más tarde con la Secretaría en tiempos del presidente Echeverría.

Volviendo a mi relato, las dos primeras subsecretarías fueron como dos compartimentos estancos (lugares delimitados que están aislados completamente del resto, independientes y sin vinculación alguna), y cuando llegan enfoques conceptuales que dicen que hay que ver cómo estas cosas funcionan juntas, damos un vuelco a la organización interna de la Secretaría para alinearla con el nuevo marco conceptual, darle la plataforma que pudiera sustentarla, creándose además la Subsecretaría de Investigación y Desarrollo, que tomará la investigación en salud y la formación de recursos humanos como sus principales responsabilidades. Por eso se cambió de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud y por ello mis designaciones por De la Madrid, una como Secretario de Salubridad y Asistencia y otra como Secretario de Salud.

En su trabajo el doctor Martínez Cortés dijo algo que me gustó: “en la historia de las instituciones hay cambios que son evolutivos, porque se van adecuando las estructuras y se van ajustando a los requerimientos que se van dando, pero hay cambios que son revolucionarios porque así se hace un cambio drástico”, y agregó: “el cambio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la Secretaría de Salud es un cambio revolucionario, y es uno de los mejores ejemplos que ahora viendo para atrás pueda tener esa connotación”.

Ello fue lo que me llevó hacia el área de la salud pública y principalmente en el campo de políticas de salud, y cuando terminé en la Secretaría de Salud me ofrecieron incorporarme a esta institución, la Fundación Mexicana para la Salud, que es donde se hacen estudios, donde se buscan conocimientos para una mejor formulación de políticas, que aunque siendo responsabilidad de la autoridad sanitaria, nos deja espacio para brindar o aportar elementos que puedan ayudar en ese propósito y en el desarrollo del Sector Salud.

Para usted, ¿en qué consiste la profesión médica?

La profesión médica es polifacética, es tan compleja que cubre muchos aspectos. En primer lugar, hay que decir que la investigación biomédica en muy buena parte se hace por médicos, si bien reclama enfoques y estructuras muy aparte de la atención de enfermos; los que llevan a cabo investigación biomédica emplean modelos que pueden ser tejidos o células, modelos animales e incluso microorganismos. Lo que buscan es información que pueda ayudarles a resolver preguntas que se plantean en relación con el ser humano.

Sus practicantes muchas veces son médicos que se sintieron inclinados y atraídos por ella y fueron adquiriendo los conocimientos y enfoques, y algunos trabajan en investigación clínica que ahora tiene un fundamento básico muy importante; los mejores investigadores clínicos ya no son clínicos aficionados a la investigación, ya hay una profesionalización importante.

El investigador clínico tiene un tema a investigar, el sujeto de su interés, que es el ser humano completo. También tiene su laboratorio y otras cosas que persigue como la información que le permite estar siempre al día, porque tiene un problema de salud a resolver.

Ahora sabemos que el enfoque colectivo, el enfoque poblacional, es muy importante como vía de abordaje para resolver problemas de salud, lo que nos lleva al campo de la salud pública. En el enfoque poblacional hay especialistas dedicados a aplicar lo que se llama “la respuesta social organizada que la sociedad instrumenta”, o sea, el Sistema Nacional de Salud, el cual está constituido por establecimientos, hospitales o centros de salud, unidades de diferentes estilos que cuentan con una filosofía, una misión que cumplir, una manera de hacer las cosas para poder operar y desarrollarse. En él se dan competencias diferentes, y dentro de éstas, compartimentos de especialización médica y subespecialidades, de manera que el conocimiento se va orientando y parcelando en una forma implacable.

Una segunda competencia del Sistema Nacional de Salud son los insumos médicos, los medicamentos, por ejemplo. En ello trabajan farmacólogos y gente que está en el área de la investigación del desarrollo farmacológico para ver cómo se transforma un fármaco en algo que pueda tener una presentación y una manera de suministro accesible al paciente.

Todo ello implica un espectro amplísimo de funciones y tareas. En el área de la salud inciden tantos aspectos de la vida diaria que resultaría difícil excluir una de las tantas que componen la vida nacional. Se necesita que toda la gente hable un voca-

bulario común, que les permita organizarse y comunicarse para contender con eficacia y eficiencia contra la enfermedad.

Si usted pudiera establecer ciertas características de la medicina como profesión, ¿cuáles serían esas características?

En primer lugar, está este aspecto multifacético al que me refería en la pregunta anterior, es una característica que connota la diversidad que no creo que concurra en otras profesiones.

Segundo, es una profesión muy demandante; el conocimiento se mueve tan rápidamente, que aquellos adquiridos hace más de cinco años ya son considerados como viejos. Es tal el cúmulo de conocimientos que se hace necesario buscar nuevos métodos para adquirirlos, almacenarlos y ponerlos a disposición de los usuarios. Nuevos índices fueron establecidos que ya existían en el área de la ciencia. En el campo de la medicina hay muchas revistas especializadas que nos indican dónde buscar la información para recuperarla. Todo esto se constituye en una tecnología muy importante, que le imprime a la profesión una característica muy especial.

Tercero, la innovación tecnológica ha tenido y tiene una evolución explosiva y fantástica en el área de la medicina. Tecnologías que ahora están con nosotros, dentro de uno o dos años se van haciendo obsoletas y sustituidas por otras nuevas. Esto, que es impactante y avasallador, introduce por otro lado serias complicaciones como el aumento de los costos de la atención médica de manera tremenda y el riesgo de la iatrogenia. Con tal dinámica en la evolución tecnológica, es preciso renovar esfuerzos para dar seguridades de que no van a causar algún mal a los enfermos.

¿Para usted , cuáles serían los requisitos que deben cumplirse para formar a un médico?

Antes de contestar esta pregunta no quisiera dejar fuera otro aspecto que es muy importante y que no debemos olvidar: el relacionado con el médico general y la medicina familiar. Necesitamos también mucha gente que esté preparada para un trabajo menos especializado, con más conocimientos generales sobre la medicina y la atención del paciente, que sea la puerta de entrada a un cuidado más cercano del enfermo. Hemos aprendido que es muy difícil para los especialistas resolver muchos problemas; ellos van a lo suyo, ellos "ven el árbol pero no ven el bosque". Entonces se requiere un médico con manejo de situaciones menos especializadas que tenga esas características. Desde dos décadas para acá se está recuperando una presencia cada vez mayor de este tipo de personal. Ahora la pregunta es: ¿qué características para la educación médica?

Para la formación, ¿cómo debe estar preparado un médico?

Ha habido cambios desde ese entonces, pero la vuelta que se le dio a esto fue con el informe Flexner de principios de siglo. Con este documento se introdujo el concepto de que la medicina debería tener un sustento científico, cuestiones que ya eran conocidas; que se alejara del empirismo que prevalecía. Desde entonces la educación médica se hace con un segmento de ciencias básicas que le dan al estudiante de medicina una noción de cómo estamos hechos, cómo funcionamos, cómo interaccionamos con el ambiente y qué tipo de relaciones se establecen, para después pasar, con este legajo de conocimientos, al ejercicio de la atención médica propiamente dicho. Se da por descontado que muchos de los estudiantes puedan ser motivados a irse desde estas primeras etapas por los caminos de la investigación o de la salud pública; todavía estamos con ese esquema.

Ahora, lo que queremos es formar médicos generales y que a partir de ahí sigan su curso; pienso que es un error que el profesional se especialice temprano en su formación. Personalmente creo que el médico, en primer lugar, debe ser un médico general, lo que le da una visión más completa de lo que es la medicina y su práctica, y luego puede adquirir una especialidad donde centrar su interés profesional. Sin lugar a duda ello hará de él un mejor y más completo especialista. Es lo que debemos preparar, añadiendo a ello el componente social de la medicina, que se ha ido incorporado de manera progresiva como un importante aspecto de su formación.

¿Cuál sería su opinión sobre la formación profesional como médico que usted recibió?

Fui un gran admirador de mis maestros y lo mismo de las ciencias. En la parte clínica sentía que recogía mucho de ellos; en fin, gente de la que tenía admiración. No obstante, a medida que mi formación fue creciendo y que me enfrenté a otras cosas, me fui dando cuenta de que, aunque estimadísimos y muy queridos para mí, algunos se fueron convirtiendo en ídolos de barro; como que la verdad se me fue revelando distinta a como la había aprendido de ellos. Creo que esto es natural, que nos pasa a todos, pero creo, también, que uno tiene que ser honesto y juicioso y no ser severo con personas que pasan y que cumplen una misión.

La vida necesariamente nos hace enveje-

cer, no tanto en edad sino en conocimientos; si no se renuevan, los conocimientos pasan de manera muy rápida, entonces uno va quedándose con lo que no es idóneo, por lo que el reciclaje del conocimiento se vuelve imperativo para el maestro. Creo que esta movilidad es muy importante, en nuestro campo es muy importante que entren jóvenes con los nuevos conocimientos que van adquiriendo y los que ya van más avanzados no pierdan la oportunidad de reciclarse.

El médico está condenado a estudiar toda su vida, creo que esto es lo que les espera a nuestros jóvenes médicos. Aquellos que llegan con la ilusión de que van a adquirir sólo un *modus vivendi*, que al obtener el título lo que tienen que hacer es simplemente sentarse a impartir sus conocimientos y resolver problemas, y por esto tener remuneración, se van a encontrar con que se equivocaron, que tienen poca cuerda para eso y que necesitarán estar al día por toda su vida.

¿Qué opina sobre la formación actual del médico de la escuela de la cual usted egresó?

La Facultad de Medicina tuvo un período de masificación importante. A mí, como rector, me tocó precisamente limitar con ganas la admisión a la Facultad de Medicina. En el primer año de mi mandato, ingresaron a la Facultad de Medicina 6 mil estudiantes, de 8 mil que habían aspirado, era una locura. Empezamos a ponerle el freno y a disminuir la admisión en forma tal que en el último año de mi rectorado se admitieron en la Universidad alrededor de 3 mil estudiantes, en tres lugares, la Facultad de Medicina, la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala y la de Zaragoza, ya que en estas dos se imparte la carrera de Medicina.

Después de ese esfuerzo, se demostró que la relación de estudiantes y recursos educativos en la UNAM era mucho más ventajosa que en otras escuelas, diría yo que la mayoría de ellas. La UNAM contaba con suficientes recursos educativos en relación con su población estudiantil, como profesores de tiempo completo, laboratorios, camas en los campos clínicos que teníamos, número de microscopios, etcétera.

Pero también sucede que cuando se miden los desempeños de estos muchachos se ve que hay escuelas que, en el examen general de residentes, por ejemplo, están por encima de los que egresan en promedio en la UNAM. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la UNAM tiene ciertas características en sus números y en su admisión, como la de contender con una población con un amplio espectro competitivo cuestión que no hay que despreciar, que desarrolla una función social importante: es un agente de movilidad social.

Pero cuando se comparan los buenos egresados de la UNAM con los buenos egresados de otras partes, entonces vemos que no están por detrás; de hecho, yo diría que están por delante. Cuando medimos los desempeños alcanzados después en la práctica profesional, se ve que los buenos se van haciendo distinguidos y que, en sus estudios de posgrado en el extranjero, lo hacen muy bien. Es cierto que también surgen egresados de otras instituciones con muy buena preparación, tanto de universidades públicas como privadas. Lo que deseo enfatizar es que siempre hay que estar abiertos para aumentar la calidad, lo que debe ser es pugnar por la excelencia.

Durante ese mismo proceso de formación y tomando en cuenta esas dos etapas de su experiencia, como docente y como alumno, dentro del plan de estudios que usted cursó, ¿se promovían aspectos como conocimientos, habilidades, actitudes, valores, que, de alguna forma, hubieran incidido en el ejercicio de la profesión?

Esto, más que nada, se daba en el ejemplo de nuestros mentores. En mi tiempo no se hacían ejercicios en los que nos dijeran que había que cumplir con tales y cuales cosas. Algunos maestros sí lo hacían y se apartaban, pero no lo había realmente, era más bien el ejemplo de nuestros mentores de donde tomábamos esa orientación. Con posterioridad, las escuelas fueron aprendido que estos valores son importantes y han introducido en sus planes de estudios cuestiones como la bioética, y otras, consideradas muy importantes para la formación médica.

En términos generales, ¿cuál sería su opinión sobre la formación profesional de los médicos a nivel nacional?

Creo que hay espacio importante para mejorar la preparación de los médicos, lo recojo de mis amigos que son los que tienen que contender con los egresados de las escuelas de medicina del país. Creo que están desencantados de cómo les llegan los muchachos; dicen que hay algunos muy listos, esos que donde quieran la hacen. Lo que está haciendo actualmente la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, y lo sé porque aquí en Funsalud hemos tenido la oportunidad de darles algún apoyo en este sentido, es muy importante. Desde hace varios años han empezado un ejercicio para aumentar la calidad de la enseñanza médica, mediante programas de

certificación de las escuelas y facultades. La evaluación es ya una parte de la cultura del desempeño, creo que esto va a dar importantes beneficios al sistema educativo.

En su opinión, ¿qué conocimientos básicos, mínimos, debe tener el médico general?

Conocer lo esencial y lo moderno de lo que es la genética, el funcionamiento celular, la interacción con agentes infecciosos, la interacción con diferentes sustancias, lo relativo a aspectos metabólicos en general. Estimo que ellos deben saber de esto a través de las distintas materias del conjunto de las ciencias básicas que se les imparte. El problema de fondo es un aspecto de dosificación del conocimiento que se les va a dar, dado que éste va acumulándose de tal forma que ya no alcanzan ni el tiempo ni el currículum para introducir lo que cada profesor en lo individual quisiera.

Se corre el riesgo de darle al estudiante una cucharada demasiado espesa. Creo que no hay que pensar que lo nuevo debe ser, por fuerza, complejo. Que las innovaciones puedan enseñarse a un nivel que sean asimilables e ir despejando el conocimiento obsoleto para darle al muchacho la misma dosis de algo que es más actual, parte del esfuerzo pedagógico debiera ir encaminado en ese sentido.

Una vez que el médico egresa de las instituciones educativas, ¿cuáles son los ámbitos en los cuales puede desempeñarse profesionalmente?

Pues mire, la medicina es una profesión de libre ejercicio y desde este punto de vista quien tiene un título universitario puede poner en la calle un letrero y empezar a ejercer. Sin embargo, este no es el caso, hay un exceso de médicos. En estudios reveladores que hace algunos años hicieron Julio Frenk y Gustavo Nigenda, se muestra que un porcentaje importante de los médicos actualmente vivos, más del veinte por ciento, están desempleados o subempleados.

Tratándose de una profesión de libre ejercicio, esta información puede dar lugar a variadas interpretaciones. Por un lado, encontraron que hay dos tipos de situaciones: los que están haciendo otra cosa que no es la medicina, hasta manejar un taxi, y aquellos que invierten solamente una parte muy pequeña de su tiempo en la profesión, ya sea porque no están a gusto con lo que hacen o no encuentran lo que buscan; por otra parte, están también los que no encajan en ninguna de estas situaciones y que en lo que invierten su tiempo es en buscar trabajo. Esto llevó a que en los años setenta iniciáramos un gran esfuerzo, que empezó en la UNAM, por disminuir la admisión, lo que no sólo se logró, sino que también hizo que se inhibiera la demanda.

En la década de los setentas, sin embargo, surgieron 27 de las 50 y tantas escuelas de medicina que había entonces, esto en un período de diez años. Fue un crecimiento explosivo; no obstante, muchas de ellas no merecían el nombre de escuelas de medicina. El sector privado también tuvo su responsabilidad en esto. Ahora el número de escuelas de medicina, a pesar de que dijimos “ni una más por favor”, creo que anda alrededor de las 77.

¡No puede ser! Esto es frustrar a los muchachos, es meterlos en una vía que va a ser decepcionante para ellos. El otro día me decía el doctor Narro que la limitación en la admisión también empieza a aflojarse. Nosotros establecimos en aquel tiempo, por decreto presidencial, una Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos que funcionó muy bien, con la cual pudimos abordar problemas que correspondían en su solución tanto al sector educativo como al sector salud, dado que no los podían abordar unilateralmente y con ello superar aquello que yo le llamé en aquellos años, “la época de los reproches mutuos”: las instituciones de salud decían que las escuelas de medicina no estaban formando el tipo de médicos que requería el sistema, y las instituciones educativas decíamos (yo estaba entonces de aquel lado de la mesa), que las instituciones de salud no sabían qué tipo de médico querían. Esta práctica se perdió, pero es muy importante volverla a retomar para volver a poner orden en el sistema.

Cuando le preguntaba sobre los ámbitos en los cuales el médico o la profesión médica puede desempeñarse, me comentó sobre la profesión médica vista desde el punto de vista de lo que se conoce como la profesión liberal, ¿qué otros ámbitos existen?

Bueno, además de lo ya dicho está desde luego el médico que trabaja en instituciones y de esto hay un espectro muy amplio porque las funciones que ahora desempeñan los médicos son polifacéticas. Desde luego, el cuidado de la salud requiere de varios componentes, uno es un enfoque poblacional que nos va a llevar a la salud pública que trata tanto de las condiciones de salud, o sea, saber de qué nos enfermamos y morimos. Aborda, también, lo relativo a la respuesta social organizada, o sea la organización y la aplicación de los recursos, los sistemas de salud para contender con los problemas que nos aquejan. Por otro lado, está la atención médica, que es la medicina clínica aplicada directamente al enfermo. En este campo son varias las actividades que

puede desplegar un médico, desde los que están en la puerta de entrada del sistema, el llamado primer contacto con el paciente, que es la atención primaria a la salud, la medicina familiar, y luego está el ámbito de las especialidades básicas, los otros especialistas y los súper especialistas.

El fenómeno de las especialidades está ligado estrechamente con el desarrollo tecnológico, que hizo que las especialidades básicas se fragmentaran en subespecialidades y en subespecialidades que habilitan médicos con mucho conocimiento, habilidades y destrezas en el manejo de problemas muy puntuales, lo cual los aleja considerablemente del manejo general de los problemas de salud.

Hay muchos médicos que también trabajan en investigación. La investigación en salud se ha convertido en un insumo necesario para generar información necesaria y también para captar la información que va surgiendo en otros lados. Quienes pueden captar son los investigadores que están en relación con sus pares, que hablan su lenguaje y que, por lo tanto, pueden saber qué de lo que se genera fuera es pertinente para nuestros problemas, cómo se podría importar y adecuar, etcétera.

Esta es una vía de entrada muy importante al sistema de salud. El investigador cubre los aspectos de salud pública, de la investigación clínica y la investigación básica o biomédica, de manera que tiene diferentes posibilidades de trabajo. El ejercicio de la profesión médica es una matriz muy compleja, lo que ha ido llevando al médico a definir perfiles laborales cada vez más complicados, por ello esperamos que las escuelas de medicina nos den médicos formados en lo general. Estimo que el camino concreto hacia cada una de las celdas de especialización se debe dar después de salir de la escuela de medicina.

Ya he expresado que la especialización temprana no es conveniente; siempre le decía a mis alumnos: “Esta es la última oportunidad para los que vayan a ser especialistas de asomarse a cuestiones generales, porque llegarán a ser mejores especialistas en tanto más sepan de tales cuestiones. No desaprovechen la oportunidad en su formación profesional de estar receptivos a todo tipo de conocimientos y no me salgan con que aquí alguien dice que porque va a ser cardiólogo o cirujano no le interesan la gastroenterología o una ciencia básica como la farmacología o la bioquímica. Tienen que saber todo lo que la escuela les ofrece, porque les permitirá crear un base de conocimientos sólida, más necesaria aún si van a ser especialistas”.

A medida que los múltiples conocimientos se van adquiriendo, se cuestiona cómo acomodarlos en un currículum que sirva al propósito de tener informados a los estudiantes. Aquí valga la siguiente reflexión: no hay que confundir lo viejo con lo simple ni lo nuevo con lo complicado, creo que los conocimientos nuevos se pueden dar en una forma sencilla, elemental, simplificada de divulgación, sin penetrar a las profundidades que aborda el súper especialista. De otra manera sólo se logra confundir y crear desánimo en el estudiante. Se necesita un plantel de profesores, con capacidad de traducir lo complejo en simple, de digerir el conocimiento y ponerlo al alcance del aprendiz, de constituirse en un buen traductor del pensamiento complejo del científico creativo, al pensamiento receptivo y virgen del estudiante.

¿Cuáles serían los beneficios que obtiene el médico al desarrollar su profesión dentro de las instituciones del Sector Salud?

Son varias, para todos los que hemos tenido una vida institucional es muy aparente. Mi formación la inicié en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, ahora Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición “Salvador Zubirán”, donde teníamos una actividad constante, una carga grande de trabajo, pero dentro de esto había un componente muy importante de enseñanza, de vida académica, en la cual teníamos que funcionar. Toda la discusión que se generaba alrededor de los casos clínico-quirúrgicos, alrededor de la cama del enfermo, en el cuarto del médico, con el jefe de servicio, donde se discutían los diagnósticos; las discusiones generales en el aula, en donde alguien con información adicional, hacía la presentación y defensa de su planteamiento. Se vivía en un ambiente académico muy intenso, estimo que todos los que nos formamos en Nutrición llevamos este sello. Si un día se hiciese un estudio de los residentes egresados de Nutrición, se verá que salieron con ese tipo de perfil muy definido. Gentes con una actividad académica intensa.

También en la vida institucional uno es parte de un mecanismo, una estructura compleja en la cual se tiene que funcionar bien porque de lo contrario se entorpecen procesos complicados que se llevan en las instituciones. Comprender y aprender cuál es su función y cómo desempeñarla mejor es el propósito central del aprendiz, que en retribución irá recibiendo de manera más ordenada, de manera digamos más seleccionada, más sistematizada, conocimientos que de otra forma tendría que buscar en las fuentes originales.

Al discutir con gente de experiencia, como lo podría ser un jefe de servicio hospitalario con años de experiencia en el manejo de pacientes, que nos

llama la atención de manera objetiva sobre aspectos particulares de un caso clínico o quirúrgico, estamos recibiendo información resumida y aplicada de manera directa; esto forma parte de la cadena del aprendizaje. Como aprendices estamos en el "tiempo de la esponja", es el tiempo en que absorbemos todo el conocimiento que se pone al alcance de nuestros sentidos; como maestros también estamos en el "tiempo de la esponja, pero exprimida", devolviendo lo que se nos dio y lo que, eventualmente, pudiéramos haber generado en materia de conocimiento. Este "ciclo de la esponja" se reinicia de generación en generación, retroalimentándose en una espiral ascendente sin fin.

La percepción social es que muchas veces el desempeño profesional del médico es distinto cuando ejerce la profesión dentro de las instituciones que cuando lo hace de manera privada, ¿cuál sería su opinión?

Mire, yo creo que hay razón en esto. Por un lado, la práctica institucional de la medicina ha afectado de manera significativa la relación médico-paciente. El sentido humanitario de la relación se va diluyendo un tanto por la presión de la demanda por atención que siempre lleva la delantera a la disponibilidad del recurso médico. Éste transfiere su relación a un expediente que sirve de interlocutor mudo, y donde todos los actuantes descargan de alguna manera su relación con el paciente. El paciente desaparece del horizonte profesional y se convierte en un caso manejado fríamente, a través de los registros, que no alcanzan a incorporar el sentido humanístico de esa relación. El maestro Chávez fue un campeón del humanismo médico; uno lee sus escritos y se enfrenta con el ser humano que nos pone a pensar que estamos contendiendo con el sufrimiento de un semejante, al que debemos brindarle, junto al cuidado profesional, afecto y atención a su estado emocional.

Por otro lado, en la práctica privada existe el concepto remunerativo por la atención brindada. En este escenario el médico con más holgura de tiempo y motivado por la remuneración por paciente atendido, brinda más atención a esa relación y la humaniza. Sin embargo, la situación no es del todo color de rosa, pues existen otras variables que le dan un sesgo negativo a la relación y es la posibilidad potencial del uso desproporcionado de tecnologías diagnósticas y terapéuticas, reguladas sólo por los valores éticos y el comportamiento moral del profesional.

Por el lado del paciente, existe un comportamiento, que pesa en el médico. Al paciente no le agrada la espera y tampoco el trato deshumanizado del servicio institucional, por lo que si se da la ocasión y a pesar de tener servicios prepagados, recurren al médico privado. Esto es comprensible y así pasa muchas veces, pero las personas no se dan cuenta de que en la institución hay un elemento que marca la diferencia: la calidad del servicio.

El servicio institucionalizado trabaja sobre escalas de mercado notablemente superiores a las del sector privado. Por ello la dotación de servicios basados en tecnologías complejas y de alto costo son más rentables, la diversidad de servicios es más amplia, por las mismas razones y por las cuestiones estadísticas que en el sector privado no se dan. Por un lado, el servicio institucional ofrece un espectro tecnológico más completo que en el sector privado; por otro, el privado ofrece el estímulo económico que no se da en el marco institucional. Ello conduce a otro tipo de comportamiento profesional, si bien no generalizado, que está presente: la transferencia del paciente institucional a la práctica privada y viceversa.

En la práctica privada el paciente no espera y paga, y el mismo paciente es enviado al servicio institucional para exámenes especializados de alto costo no disponibles o muy costosos en el sector privado; un comportamiento que pudiera pensarse es beneficioso para médicos y pacientes, pero que da lugar a corruptelas. Todo esto, en gran medida, está condicionado por la relativa ignorancia del enfermo frente al médico, que hace que aquel delegue en éste lo concerniente a la toma de decisiones en materia relacionada con la intervención médica a seguir.

En caso de que algún médico dentro de su práctica profesional fuera sujeto a una demanda, ¿a quién tendría que recurrir?

Se ha dado un gran paso en nuestra administración. Al establecerse la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) se llenó un vacío muy importante; es un paso trascendente desde muchos puntos de vista. Ahora el usuario de los servicios tiene mecanismos de defensa para expresar su inconformidad y ser indemnizado o retribuido por el daño ocasionado, cuando hay prueba fehaciente de lo que se ha dado en llamar "mala práctica" por parte del prestador del servicio; asimismo, cuando el médico se ve injustamente señalado por defectos que no existieron o por complicaciones que se dan y que son compatibles con el curso natural de la enfermedad u otras circunstancias ajenas a la responsabilidad del servidor, el médico, el prestador, también puede recurrir a los servicios de dicha Comisión.

En Estados Unidos, en último término, se da lo que se llama la medicina defensiva, en la que el médico, frente a la posibilidad de que sea demandado por faltas inherentes a su práctica profesional, tiene que recurrir a seguros que lo protegen de muchas de

esas cuestiones, por lo menos en el aspecto económico. Esto conlleva a un encarecimiento de los servicios debido al costo del seguro, que lo asume el usuario, lo cual eleva el costo de la atención. Por otro lado, la Conamed sirve a los propósitos del usuario que puede utilizar sus servicios de asesoría, mediación y arbitraje, y mediante ello ser la herramienta que prevenga en México la medicina defensiva y, como consecuencia, el encarecimiento de los servicios médicos.

A partir de la firma y la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio se empieza a hablar de los procesos de certificación y acreditación, aun cuando la historia de la profesión médica habla de que éstos ya se venían dando desde tiempo atrás. ¿Actualmente cuáles son las normas que los regulan?

En el caso de los especialistas ha habido un gran avance, los propios consejos de especialidades ya tienen sus requerimientos para certificar que una gente puede ser sancionada como especialista. Además, ahora existe una recertificación cada cinco años, de tal manera que el médico tiene que mantenerse actualizado para seguir prestando sus servicios. En muchas ocasiones, el médico se encierra en el vértigo de su actividad profesional y no le presta la debida atención a las necesidades de actualización. Ahora va a tener que hacerlo, so pena de perder la certificación como especialista, lo que implica pérdida de la práctica médica como tal.

¿Quién norma este proceso?

Es responsabilidad de la Secretaría de Salud. En otros países, sin embargo, se la dejan a organismos privados a los que se les delega esta función. De hecho, cuando esto empezó en el país, se crearon grupos en los cuales se integraron otras instituciones además de la Secretaría, que contribuyeron con sus puntos de vista. Originalmente esta función le fue encomendada a la Academia de Medicina, desde principios de los setenta, cuando era secretario el doctor Jorge Jiménez Cantú. Años después, cuando el doctor Jesús Kumate fue designado secretario, se le transfirió parte de la responsabilidad a la Academia de Cirugía, que estuvo pugnando por muchos años para asumir la función. Lo que la Academia hace para la certificación de las especialidades es encargarle a prestigiados exponentes de una especialidad determinada que convoque a quienes militan en ella para definir qué es y qué alcance tiene la especialidad, qué elementos confiables pudieran darse para medir si se puede establecer un Consejo y le pide a estas personas que definan el rango de requisitos a ser usados por el Consejo en el proceso de certificación. Esto está en continuo proceso de revisión y los Consejos van aplicando los exámenes, previo al otorgamiento de las certificaciones.

¿En el caso de los médicos generales?

Hasta donde yo sé, esto no se ha consolidado aún. Ya ha sido propuesto y sancionado; hay esquemas de formación de médicos generales.

En términos generales, ¿cuál sería su opinión sobre el proceso de certificación que se da actualmente?

Yo creo que es algo que está en proceso de desarrollo y consolidación, con amplio espacio para mejorar. Ha habido grandes avances y existe confianza por la existencia de procesos sólidos evaluados con criterios objetivos, pero al mismo tiempo hay otros que no tienen la misma solidez pero que con el empeño demostrado, lograrán consolidarse.

¿Cuáles serían los requisitos para poderse certificar?

Eso yo no se lo podría decir porque depende de cada especialidad. Sin embargo, hay elementos comunes tales como tener competencia de conocimientos, prácticas, una historia en donde pueda apreciarse con objetividad todas las actividades formativas en las que han participado.

En caso de que los médicos, tanto especialistas como generales, puedan certificarse, ¿cuáles serían los beneficios que obtienen a partir de esto?

El solo hecho de contar con una certificación de especialidad le da a la práctica profesional un valor agregado de particular importancia ante el paciente. Le da al médico todas las credenciales para que la gente que llega al consultorio vea que su competencia como especialista le ha sido acordada por autoridad competente. Es bueno que sea así, y que haya evidencia tangible de ello.

En cuanto al ejercicio profesional de la medicina en México ¿quién norma esta profesión?

En la Ley General de Salud hay muchos reglamentos específicos, fundamentalmente con relación a instituciones, reglamentos de salud, etcétera. La normativa para el ejercicio liberal está a cargo de estos consejos que están estipulados en la Ley General de Salud y en la reglamentación de la misma. Estos son órganos en los que destaca el atributo de autonomía con respecto a la autoridad sanitaria constituida. Estimo que el que sea así es bueno e importante, que estos órganos estén al margen de los zigzagueos políticos y administrativos a los que está expuesta la burocracia gubernamental.

¿Los gremios médicos participan de alguna forma en el establecimiento de las normas?
No, aun cuando ha habido una pretensión en este sentido de parte de los colegios médicos, estos son más bien organismos gremiales, no son académicos y por lo tanto no reúnen los atributos para calificar la calidad profesional pues habría conflicto de intereses. Cuando estos organismos gremiales han pretendido que se les otorgue esta facultad, se les ha dicho que no. El Consejo de Certificación es un órgano integrado por gentes que tienen las credenciales explícitas para poder cumplir con el mandato. La Academia de Medicina los avala. Ellos deben ser independientes de cuestiones gremiales para que no tengan ninguna presión de ese tipo.

¿Cuáles serían entonces las funciones que tendrían los Colegios Médicos, las Asociaciones?
Los colegios médicos manejan cuestiones gremiales que son discutidas en su seno. Las asociaciones profesionales comparten actividades y conocimientos de neto corte profesional, relativos a las especialidades medico quirúrgicas y los consejos se establecen sólo para certificar.

¿Qué beneficios obtiene el médico que ingresa a un colegio médico o a una asociación médica?
Al participar de las reuniones científicas y congresos de las especialidades a las que pertenecen, los médicos, al contender con sus pares, tienen un intercambio enriquecedor de conocimientos y experiencias que se dan y se reciben. Esto lo pone en contacto con otros profesionales y centros médicos nacionales y extranjeros, y en la manera que muestra sus trabajos y su presencia se hace común en esos círculos, adquiere prestigio y renombre ante sus pares y los centros a que pertenecen.

¿Estas actividades gremiales inciden en la formación profesional de los médicos?
Sí inciden, de alguna manera puede llegar a permear hacia actividades en la docencia y en las instituciones docentes que son autónomas en general. Desde una posición teórica, la acción gremial es un complemento de lo que podríamos llamar la práctica profesional. Es complementaria porque aborda aspectos que sitúan a la práctica desde una perspectiva social, política y económica.

En la sociedad existe la percepción de que los médicos tienen un ingreso económico alto, ¿cuál sería su opinión?
También aquí hay un abanico muy amplio de situaciones. Un estudio que hizo Julio Frenk con Gustavo Nigenda en el Instituto Nacional de Salud Pública hace algunos años, muestra que de 30 mil médicos registrados en el censo del año noventa, entre el 20 y 25 por ciento estaban desempleados o subempleados, considerando a estos últimos como los que no están haciendo uso completo de su tiempo y sus capacidades, pues veían media docena de enfermos a la semana, lo que les dejaba libre un tiempo considerable que no podían llenar por falta de clientela. Los hay que están dedicados a otras actividades que les ocupan su tiempo y que les representan ingresos, pero no están activos en tareas para las que fueron formados.

Hay aún otros que ocupan su tiempo en estar buscando empleo y nada más. Por eso hay un porcentaje muy alto de desocupados y sub-ocupados. Este estudio se llevó a cabo en los años setenta y si hiciéramos un cobro de conciencia sobre la situación, sobre las medidas tomadas y el establecimiento de políticas para detener la admisión, creo que logramos un balance positivo. Sin embargo, ahora hay signos de que se están volviendo a relajar las cosas; el número de escuelas de medicina, me enteraba el otro día que estuve en una reunión en Guadalajara, alcanza a más de 70, lo que es un horror para un país del tamaño del nuestro, sobre todo si muchas de ellas no cumplen con el mínimo indispensable de requisitos para ser consideradas como tales.

Dentro de la profesión médica existe un subgrupo profesional que es el de los médicos homeópatas, ¿cuál sería su opinión sobre esta profesión?
Mire, uno camina en la vida con creencias y escepticismos en relación con los valores que va uno a encontrar. Yo no me he empapado nunca lo suficiente de la medicina homeopática como para poder dar un juicio que fuese objetivo sobre ella. Siempre he tenido una actitud escéptica de la misma; por ejemplo, la cirugía, un procedimiento que ha logrado enorme desarrollo tecnológico no es una práctica que ella utilice, y eso de las dosis mínimas es algo que me produce muchas dudas. Me he encontrado en el camino con personas que dicen que después de haber transitado por muchos consultorios de médicos alópatas encontraron un médico homeópata que les resolvió su problema. Hay de todo, pero en estos casos hay un componente añadido que es el efecto placebo, en el que el aspecto psicológico del enfermo cuenta mucho en la solución del problema, especialmente si éste es de naturaleza psicosomática. Pienso que muchos de los casos, o buena parte de ellos, pudieran caer dentro de una de estas explicaciones.