

# La formación del buen médico. La historia y el porvenir

Carlos Viesca Treviño<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

El 7 de enero pasado se cumplieron 425 años de que el doctor Juan de la Fuente profesó por primera vez cátedra de medicina en la Universidad de México. Dicho acontecimiento sucedió en 1579 y tiene una importancia capital para la medicina mexicana.<sup>1</sup> Con ello se dio inicio de manera oficial a la formación de médicos en nuestro país, una vez que las instituciones de origen español habían quedado bien establecidas en nuestro país. Con ello asimismo se retomaba una vez más uno de los viejos problemas con los que siempre ha vivido la medicina, uno de los grandes problemas a los que siempre se ha encarado, que era, ni más ni menos, el de la formación de buenos médicos. No obstante cualquier consideración que se hiciere, ese 7 de enero se renovaba una vez más, como tendría que renovarse en repetidas ocasiones en los poco más de cuatro siglos transcurridos desde entonces y se tendrá que replantear en lo sucesivo.

Esto, por supuesto, no quiere decir que no hubiera habido antes médicos mexicanos y menos aún que en los milenios de desarrollo de las culturas indígenas no hubieran sido formados dignos representantes de su saber en el arte de curar. ¿Cómo se les enseñaba? ¿Qué tenían que aprender? ¿Quiénes eran sus profesores? Incluso nos hemos preguntado muchas veces si había escuelas en las que se enseñara el arte de curar y, por mucho que se haya hablado del lugar que en esto pudieran jugar los *calmecac*, no se ha ido más allá de hacer suposiciones más o menos plausibles y constatar que la gran mayoría de los médicos indígenas mexicanos aprendieron sus quehaceres profesionales de manera tutelar y que en cierta manera la medicina fue fundamentalmente artesanal. Con esto quiero decir que se educaba a los médicos mediante un sistema en el que actuaban como aprendices de los *titici* ya formados y que, si bien en las grandes ciudades es muy posible que dicha enseñanza se concentrara en los templos de los barrios en los que a su vez vivían concentrados médicos, orfebres y artífices del arte plumaria, en sitios de menor envergadura se llevaba a cabo en el entorno de las habitaciones familiares y de los sitios en los que los médicos acudían a prestar sus servicios. Pero, sin lugar a dudas se buscaba que los médicos así enseñados aprendieran bien el arte de curar, que fueran buenos médicos. Sin embargo,

resulta evidente que el médico indígena mexicano no sabía lo mismo, ni hacía las mismas cosas que un médico español de tiempos de la conquista ni que un médico egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM en este año de gracia de 2004. Pero esto no quita que pudieran ser buenos médicos y que, de hecho, hubiera entonces, como ahora, muchos buenos médicos. De hecho fray Bernardino de Sahagún preguntó a sus informantes indígenas cómo se podía definir a un buen médico y llegó a la conclusión –quizá preconcebida– de que un buen médico siempre debería de ser un médico bueno, de manera que aunó características del conocimiento de la medicina y la aplicación correcta de los tratamientos adecuados con la aseveración de que el buen médico siempre aprovecha y no daña, es decir que actúa siempre en beneficio de sus pacientes y con conocimiento de causa y, por supuesto, no ejercería acción alguna a cuenta de los antiguos dioses y menos aún de hechicería. Pero es ciertísimo que un buen médico indígena prehispánico tenía que saber a qué dioses acudir en sus oraciones y a qué malos espíritus trataría de controlar con sus conjuros y ensalmos si quería actuar con propiedad. El que no pudiera afirmar con toda autoridad, hablando el *nahuatlalotti*, que era el lenguaje de los espíritus, algúnconjuro como los que consignaron los cronistas de los siglos XVI y XVII o como los que se han pasado de generación en generación hasta nuestros días. Identificando el ser causante del mal, un buen médico no podía pasarse de decir quién era, de mimetizarse con los médicos antiguos y con las fuerzas curativas que rondan por el mundo: “Yo soy el sacerdote, príncipe de los encantos y busco el verde dolor, el pardo dolor...” para ordenar después “yo, el sacerdote, el príncipe de los encantos, te advierte encantada medicina que he de aplacar mi carne enferma, para ello entrarás en las siete cuevas, deja el amarillo corazón...”<sup>2</sup> Sólo entonces sería correcto aplicar el tratamiento. El médico que no supiera esto, y muchos otros conjuros más, no sería un médico bien preparado y nunca podría ser un buen médico hasta que no remediara tal deficiencia.

Ya Martín del Cruz, el sabio indígena que redactó el texto conocido como el *Códice de la Cruz-Badiano* 1552, hacía énfasis en que él no había aprendido medicina en la formalidad de una escuela, sino a través de la experiencia,

señalando con esto que en esos momentos se estaba dando un cambio de modelo en la formación de médicos, al ser adoptados los criterios vigentes en España.<sup>3</sup> El viejo modelo artesanal, que era el de las culturas prehispánicas, en el que la enseñanza era transmitida de padres a hijos o de los maestros con mayor experiencia a discípulos neófitos, daba paso a una nueva forma de enseñar y de aprender en la que la lectura de textos consagrados y los comentarios a ellos constituyan el meollo del saber transmitido. Saber el texto era saber medicina, aplicarlo en los enfermos, era practicarla. Por eso Martín de la Cruz, que carecía del texto era médico por experiencia, pero no por ello un mal médico. Él había tenido que prescindir del apoyo de sus dioses y quedarse a solas con su saber, que por cierto era vasto y le llevó a ser el médico reconocido por todos de los niños internos del Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco y a recibir de manos del virrey la carta que hacia las veces de título profesional al hacer constar sus conocimientos y autorizarle a ejercer públicamente la medicina.<sup>4</sup> Poco tiempo después, en 1553, el mismo virrey, don Luis de Velasco, le comisiona para examinar a los indígenas que quisieran ejercer la medicina.<sup>5</sup> Esto planteaba modificaciones en la reglamentación de la enseñanza de los médicos indígenas al sujetar a un examen a quienes quisieran ejercer, pero a la vez a un reconocimiento de su saber profesional al hacer que estos exámenes fueran llevados a cabo por médicos, asimismo indígenas, y no por los médicos españoles.

Si pensamos a guisa de ejemplo en Martín de la Cruz y Juan de la Fuente, podemos afirmar que ambos eran buenos médicos; es decir, que los dos tenían conocimientos que les permitían reconocer y diagnosticar las enfermedades, valorar las condiciones de los pacientes y prescribir tratamientos. Podemos afirmar también, sin lugar a dudas, que eran médicos que eran socialmente reconocidos y gozaban de un prestigio profesional que los distinguía y los colocaba por encima de otros colegas menos favorecidos por la naturaleza o por la suerte. En efecto, Martín de la Cruz fue médico de los niños indígenas nobles que eran educados en el Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco, recibió de manos del virrey una licencia para ejercer en cualquier parte de la Nueva España, fungió como examinador de médicos indios y todo indica que participó en la atención de don Antonio de Mendoza en la severa enfermedad que le aquejó en 1550;<sup>6</sup> por su parte, Juan de la Fuente, además de haber ganado por oposición la primera cátedra de medicina establecida en México y haberla ocupado por poco más de dieciséis años, fue en varias ocasiones protomedico nombrado por el Ayuntamiento de la ciudad de México, visitador de boticas, médico del Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, y a él se atribuye el haber realizado autopsias en el Hospital de Jesús a fin de determi-

nar la causa de la epidemia de *cocoliztle* de 1576. Puede afirmarse que cada uno de ellos representaba una diferente manera de ser buen médico. Cada uno de ellos encarnaba una tradición diferente que tenía ventajas y desventajas en comparación con la otra, con la salvedad que una de ellas, la de Juan de la Fuente, era la propia de los conquistadores y por lo tanto hegemónica y por ello estaba destinada a sufrir cambios y modificaciones de fondo en los siglos subsecuentes a cambio de persistir y seguir siendo “la medicina”.

Ahora bien, el fin de la enseñanza de la medicina, ya mediante tutelaje, ya a través de cátedras insertas en el marco de escuelas y universidades, siempre es la formación de buenos médicos. La cuestión es ¿cómo hacerlo? ¿cuáles son los ingredientes necesarios para lograrlo? Es evidente que las respuestas no han sido las mismas ni en todas partes, ni en todo tiempo. La formación de buenos médicos responde a una historicidad, ya que la excelencia profesional está directamente relacionada con la adquisición de los conocimientos vigentes en el preciso momento en que el profesionista egresa de la escuela, aun cuando es un hecho innegable que deberá continuar pendiente de los nuevos descubrimientos y de la integración de nuevos conocimientos a lo largo de toda su vida profesional.

Pero, ¿qué nos dice la historia acerca de qué ha hecho al respecto la Facultad de Medicina de la Universidad de México, antes Real y Pontificia y ahora Nacional y Autónoma, y de cómo lo ha llevado a cabo?

Al contrastar en párrafos anteriores la formación y, consecuentemente, la manera de ejercer la medicina de un médico indígena mexicano y de un médico español desarrollado en la Nueva España del siglo XVI, lo primero que se pone en evidencia es que la medicina no es siempre la misma, que evoluciona y, cuando llega a los límites que le permiten una cosmovisión o un paradigma, da saltos cualitativos que la hacen ser diferente, completamente diferente de lo que fuera antes; en segundo término, el mismo ejemplo permite destacar el hecho de que no siempre estos cambios están dados por el desarrollo de la propia disciplina, sino que provienen de circunstancias externas a ella, como lo sería el caso de la conquista española de México y la subordinación de la medicina indígena con respecto al sistema médico hipocrático – galénico. El médico indígena debía aprender cuáles eran la estructura y el funcionamiento del cuerpo en consonancia con el concepto vigente del universo, por ejemplo la relación entre las regiones supradiafragmáticas y los cielos, el corazón y el sol, la cavidad abdominal y sobre todo la matriz, en el caso de las mujeres, con el interior de la tierra y los inframundos; debía aprender a reconocer las enfermedades que aquejan y debilitan al *tonalli*, el alma de origen solar, los desbalances del calor y el frío, las malas acciones de he-

chiceros que pueden hacer girar el corazón y volver loca a su víctima o comerse sus pantorrillas y quitarle parte de su energía vital, los males enviados como castigo – y a veces como premio – por diversas divinidades; debía aprender a reconocer las numerosísimas sustancias medicinales registradas y utilizadas desde tiempos inmemoriales, a realizar con destreza algunos procedimientos quirúrgicos, como la extirpación de un pterigón, el implante de una nariz cercenada o la colocación intramedular de una delgada vara de ocote en el fémur fracturado y mal consolidado. En cambio, el médico de prosapia europea debía de saber la relación entre el cuerpo y la naturaleza (*physis*) y la dinámica de los elementos constitutivos de ésta y presentes en el cuerpo bajo la forma de humores; debía aprender a conocer hasta los mínimos síntomas que denotaran el aumento o la disminución de la bilis, la melancolía, la sangre o la flema y estructurarlos configurando diversas enfermedades; no podría dejar de conocer la teoría de los días críticos, que son aquéllos en los que la enfermedad llega a su máximo y cambia su giro, sea hacia la curación, sea hacia la muerte, ni le faltaría la ciencia del pronóstico y también, al igual que todos sus congéneres de todos los tiempos y todos los lugares, aprendería a emplear plantas y minerales y a realizar operaciones, aunque en este caso del sistema hipocrático eran de importancia particular el uso de purgantes y evacuantes y los procedimientos encaminados a expulsar del cuerpo los acumulos de humores causantes de la enfermedad.<sup>7</sup> Pero, en ambos casos había un común denominador que es el beneficio que se procura a un ser humano que sufre en razón de su enfermedad, lo que implica una actitud que suma la commiseración, la voluntad de servicio, la empatía y que confiere una dimensión humana que es propia del acto médico y le confiere un sello de calidad. Cuantitativamente se puede curar, aliviar, paliar el dolor y otras molestias, cualitativamente se ejerce el arte de la medicina.

Las escuelas de medicina españolas del Renacimiento pusieron cuidado en desarrollar en sus estudiantes este lado humano del ser médico, de manera que existen algunos bellísimos tratados en los que se exponen las características que deben satisfacer con su conducta, con su vestir, con su hablar.<sup>8</sup>

Condena a los malos médicos que hicieron de la buena medicina “arte y mercaduría”.<sup>9</sup> Apruebo, alabo y bendigo a la medicina – decía fray Antonio de Guevara, preceptor de Carlos V – y por otra parte maldigo, repreubo y condeno al mal médico que no sabe usar della”.<sup>10</sup> La culpa del fracaso de la medicina ante las dolencias o angustias de ciertos pacientes no es achacable al arte, sino a los malos médicos. En este caso, las invectivas de Guevara cubren dos terrenos diferentes, el de los médicos que no saben usar de la medicina, es decir los ignorantes, y el de quienes lucran a través de ella, o

sea los inmorales. El buen médico debe responder a ambos llamados y el darle los elementos para ello es el fin último de toda escuela o facultad de Medicina.

La naciente Facultad de Medicina de México, en esos años finales del siglo XVI se lo planteó así y consecuentemente organizó los cursos orientados a lograrlo. Éstos fueron estructurados a la usanza de las universidades españolas y se ajustaron al modelo de Salamanca, lo que dejó fuera algunas tendencias innovadoras, como el énfasis puesto en la disección que florecía en Valencia, por ejemplo, o las fuertes influencias del hipocratismo y el galenismo basados en las nuevas traducciones de sus textos y en la exégesis crítica de sus afirmaciones clínicas, las cuales no aparecen en los programas oficiales pero es seguro que estuvieron presentes en las enseñanzas de De la Fuente, como se desprende del hecho de que él poseía esos textos y los conocía de corazón y del camino que tomaron sus alumnos, por ejemplo Juan de Cárdenas, quien ofrece en sus escritos una visión plenamente renacentista de la medicina y la filosofía natural.<sup>11</sup> El pensar rectamente fue una de las grandes preocupaciones de los formadores de médicos de esta época, de manera que insistían en la necesidad de que el estudiante de medicina dispusiera de un conocimiento profundo de la lógica y la dialéctica y las pusiera al servicio de su profesión, siendo pasajes comunes las quejas acerca de la terrible ignorancia de muchos médicos.<sup>12</sup> No faltó en esos momentos, lejano reflejo de lo que sucedía en Italia, un impulso hacia la práctica de la anatomía, pero debe reconocerse que en México se limitó a la observación anatómica, sin un mayor componente de práctica, aunque sí se mantuvo viva la inquietud por irla acrecentando.” Así no es muy grande desatino y locura querer alguno caminar por el cuerpo del hombre con sangrías, purgas y xarabes...sin tener conocimiento, ni de otro hallado, ni por sí sabido, de la composición del hombre...?<sup>13</sup> Es claro que esta pretensión, hecha explícita en el siglo XVI marca algo muy importante para la formación de buenos médicos, que es el paso de la lectura a la observación anatómica, pero en esto mismo subyacen otras modificaciones de gran trascendencia que se pueden resumir en una idea: la entrada de la práctica en la formación de médicos.

En efecto, durante la Edad Media se había priorizado de una manera brutal la actividad intelectual, la teoría, ante cualquier tipo de práctica, la cual era considerada actividad manual y por lo tanto de menor, mucho menor categoría, tal y como correspondía a la visión escolástica del mundo en la que el referente era el camino hacia la espiritualidad. La disección anatómica vino a cambiar el giro marcando la importancia que tiene el conocer el cuerpo para inferir qué es lo que puede suceder en su interior, pero también significó la puerta para la reivindicación de la experiencia clínica; no menos importante fue la apertura

ra para que los médicos actuaran como médicos cirujanos, como fue el caso de las universidades renacentistas españolas e italianas, lo que explica el porqué los médicos que vinieron a la Nueva España y las primeras generaciones que se formaron aquí consideraron a la cirugía dentro de sus quehaceres y la practicaron sin remilgos, aun cuando nunca dejaron de considerar que los cirujanos que no cursaban la carrera de medicina eran inferiores a los médicos y aunque los programas de estudios derivados de los de Salamanca no incluyeran a la cirugía de una manera particular entre los requisitos de formación de los médicos. Por otra parte, sobre todo hacia el final de su largo reinado Felipe II se preocupó por establecer las condiciones legales para que se formaran en España buenos médicos y estableció que para graduarse como licenciados en medicina sería indispensable haber realizado dos años de práctica al lado de algún médico de renombre y prestigio, consolidando una tendencia que ya se manifestaba desde principios del siglo. Esto mismo sería exigido por sus sucesores y en México se hizo patente en las modificaciones al currículo de estudios que agregó en 1621 la cátedra de anatomía y cirugía y pretendió establecer una de terapéutica.<sup>14</sup>

Durante el siglo XVII y los inicios del XVIII pocos cambios se registraron en la manera de enseñar la medicina en nuestro país y algunos de ellos, por ejemplo el establecimiento de la cátedra de astrología y matemáticas al interior de la Facultad de Medicina no modificaron en nada la práctica médica, sino por el contrario reforzaron criterios que pugnaban por reconocer la influencia directa de los astros sobre el cuerpo humano que ya habían sido puestos en tela de juicio cien años atrás por los médicos que trabajaban en México.<sup>15</sup>

No obstante los esfuerzos de algunos preclaros médicos, la enseñanza universitaria se vio seriamente entorpecida por su anclaje en la tradición en los caminos de la ciencia médica moderna. Fue así que grandes descubrimientos, como lo fueron el de la circulación de la sangre o la introducción de conceptos físicos y químicos en la explicación de las enfermedades, fueron aceptados y hechos públicos en nuestro país con tres cuartos de siglo de retraso.<sup>16</sup>

No fue sino hasta bien entrado el siglo XVIII cuando los médicos mexicanos pugnaron por conocer las ideas recientemente expresadas por autores europeos, y ya no sólo españoles, así como por establecer que ellos también participaban en la construcción del conocimiento en las ciencias médicas "modernas", en las que la historia natural tomaba una notable dimensión. El médico se tuvo que volver naturalista, preparando así el paso que daría entrada a la biología, ciencia creada en esos últimos años del siglo XVIII y los primeros del siguiente, como el nuevo marco de referencia para la creación de paradigmas médicos diferentes

del humoral y del animismo y el vitalismo que pretendían sustituirlo.<sup>17</sup> En fin, el problema central para la definición del buen médico se fue orientando a lo que el médico sabía y al tipo de conocimiento que sustentaba. Si el camino para la renovación del conocimiento médico en el México del siglo XVIII fue relativamente simple, en términos de que la apertura tardía al mundo ilustrado no dejó que muchos de los sistemas médicos que se generaron en la primera mitad de ese siglo y en la segunda del anterior hicieran presencia aquí, la necesidad de estar al día no era menos urgente que en otros sitios del globo. Una de las quejas más álgidas de Bartolache era, en efecto, referente a los pocos médicos mexicanos que manejaban adecuadamente las teorías de Boerhaave, de van Swieten, de Stahl, es decir de los grandes capos de escuela europeos de los cien años previos, pero, es un hecho, los buenos médicos los conocían, sabían a conciencia lo que ellos decían y eran capaces de aplicar sus teorías y orientaciones terapéuticas en la práctica y, aún más, de combinarlas con conocimientos y aplicaciones generados en la Nueva España.<sup>18</sup> Ese buen médico de fines del siglo XVIII debía manifestar, además de su saber, una identidad nacional.<sup>19</sup> Pero es también importante no perder de vista el hecho de que en esta misma época se deja de pensar en otros aspectos de la práctica médica, menguando la conciencia en la responsabilidad moral del médico, aspecto que habrían de rescatar los filósofos escoceses seguidores de Hume y los enciclopedistas franceses al insistir en la importancia de la etiqueta médica y de la moral médica respectivamente. En México, sin embargo, el peso de la filosofía moral no se hizo sentir mayormente, quedando esta parte tan fundamental del ser del médico definido en términos de moral católica y del ejercicio de la caridad. El médico egresado de la Real y Pontificia Universidad de México debería de ser antes que nada un cristiano piadoso y caritativo y esto mismo era la garantía de su buen ejercicio profesional.

Con el siglo XIX entraron a México los vientos de independencia y las ideas que modernizaban y afrancesaban a la medicina y al quehacer del médico se sumaron nuevas prácticas. El buen médico comenzó a percutir el tórax de sus enfermos y a escucharlos a través del estetoscopio, que primero fue llamado pectoriloquio, también aprendió a realizar necropsias y a observar los órganos alterados, a meditar acerca de los cambios que la enfermedad y la muerte provocaban en el cuerpo. Por igual el médico debía de aprender a observar, a enfocar su capacidad de captar los mínimos detalles y conferirles el carácter de signos, es decir, de indicios de algo que no era otra cosa que la manifestación de la enfermedad y, en última instancia, la corroboración clínica de la lesión que, previamente aprendida por el médico pasaba a ser imaginada y reificada a través de los datos recabados mediante la exploración.<sup>20</sup> Sin embargo, no se debe ol-

vidar que el origen de la auscultación "mediata", es decir en la que algo se colocaba entre el tórax del paciente y la oreja del médico, tuvo que ver con el pudor de las jóvenes que se veía afectado por el hecho de que éste colocara su oreja directamente sobre su pecho. La figura del médico cobraba, o mejor dicho, recobraba su más alta dignidad, la cual le hacía merecedor de confianza tanto en términos académicos como morales. La crítica que fray Antonio de Guevara hacía a los médicos que he citado unas páginas atrás, bien podía reformularse haciendo eco al decir de Napoleón cuando señalaba que él no creía ni confiaba en la medicina, pero sí en Nicolás Corvisart, su médico. Los avances en el saber médico, los cambios notables que se habían dado en las últimas décadas previas en la cirugía, el que los médicos se fueran haciendo científicos a través de su asidua presencia en la Academia de Ciencias, no eran suficientes, se requería de la personificación de una reciedumbre, de una solidez moral que diera al enfermo la seguridad de que sus necesidades, no sólo físicas sino humanas, tendrían eco. Esta medicina fue la que los médicos mexicanos introdujeron en la enseñanza oficial de la medicina al ser abierto el Establecimiento de Ciencias Médicas en octubre de 1833. El médico ideal, el buen médico por antonomasia requería, a los ojos de estos fundadores de la medicina mexicana moderna como lo fueron Valentín Gómez Farías, Casimiro Liceaga, Manuel Carpio, Luis Jecker, Pedro Escobedo..., un conocimiento profundo de la anatomía y la fisiología, de la práctica de las disecciones y la nueva fisiología que entra veía en el laboratorio la posibilidad de disecar funciones, de la patología interna y externa y de sus clínicas, de las técnicas operatorias que se iban depurando y aumentando día a día y de la obstetricia y el arte de atender los partos complicados, en fin de la terapéutica; y a todo esto se sumaban los intentos repetidos para integrar los conceptos históricos de la profesión aunados a una sólida formación moral, en el aula y enseñada con el ejemplo.<sup>21</sup> Ser médico presuponía una auténtica vocación de servicio que en ese tiempo tomaba la dimensión de un verdadero apostolado laico, ya que no era la religión la guía primordial del médico en estos casos, ni el temor a la persecución inquisitorial, que ya había desaparecido, sino el ánimo de cumplir con las exigencias de una profesión abierta hacia el beneficio de los demás; en el esquema de la vida de cualquier médico de renombre, la atención de enfermos pobres y desvalidos ocupaba un lugar al menos tan importante como el que tenía la clientela privada, y el hospital público, al que los médicos más eminentes acudían a prestar atención de manera prácticamente gratuita, se erigía en el lugar de elección para aprender y enseñar, para aplicar los nuevos descubrimientos y observaciones, en síntesis en el sitio en el que se ejercía la medicina más avanzada. El asilo y el hospital al que se iba a bien morir y a ser objeto de caridad habían quedado atrás.

Este cambio radical se fue dando paulatinamente a lo largo del siglo XIX, especialmente en su segunda mitad, por medio de un proceso que puede denominarse de *medicalización*, a pesar de lo redundante que parezca, ya que el hospital nos parece ahora un lugar definido para que en él se realicen las más importantes acciones médicas. Sin embargo, recordemos que por siglos no hubo hospitales, que en muchas culturas nunca los ha habido y que los primeros de ellos, en la cultura europea, tenían un doble valor: el de permitir la práctica de la caridad cristiana y, secundariamente, ofrecer algún apoyo médico. Con el nacimiento y desarrollo del hospital moderno, el perfil del buen médico se ha modificado sustancialmente. Cada vez es más un médico que sabe y puede, sobre todo puede, llevar a cabo acciones complicadas tanto en concepto como en lo práctico, tanto en la actividad diagnóstica y de prescripción como en las intervenciones quirúrgicas.<sup>22</sup> Este nuevo tipo de médico se puede orientar indistintamente y de acuerdo a sus preferencias o a sus aptitudes a especialidades médicas o quirúrgicas, pero de cualquier manera debe de poseer un conocimiento mínimo de todo el ámbito de la medicina; debe de ser un científico, es decir, conocer los últimos avances de las ciencias médicas y no sólo de sus aplicaciones prácticas; debe de alimentar constantemente un espíritu de duda y de búsqueda formal de respuestas a las preguntas que continuamente se hace; debe cuestionar la calidad de su actividad profesional a la luz de un juicio crítico que le ubica como el primero en buscar el cómo mejorarla continuamente, el cómo evidenciar y corregir los errores, el cómo evitarlos en lo sucesivo. El médico se fue convirtiendo en científico. Como bien calificaba Ignacio Chávez, tuvo que convertirse en científico para poder seguir siendo médico; lo contrario, el mantenerse al margen de esta inmensa corriente de la ciencia, el permanecer aferrado a la tradición y a la costumbre o, simplemente, el perder de vista la posibilidad de una constante superación en lo que se hace, encierra al que debiera ser médico en una condición artesanal.<sup>23</sup>

Las escuelas y facultades de medicina tienen ante sí como reto primordial el resolver la manera de formar este tipo de nuevos médicos, y se han aplicado a ello cada vez con mayor celo e interés. Lo que debe saber un médico ha aumentado de manera inconcebible. Son miles, decenas de miles, las páginas que se publican anualmente en revistas y libros médicos, ofreciendo nuevos conocimientos, discutiendo los ya adquiridos o discutiendo su importancia y trascendencia y aun los detalles en cuanto concierne al proceso de investigación. Es evidente que ningún humano puede leer, año con año, día con día, tal cantidad de información, de la misma manera que es claro que ninguna escuela o facultad de medicina en el mundo puede ser capaz de incluir en sus programas de estudios o de actualización la totalidad de los conocimientos más recientes. Esto

conlleva un cambio de actitud en cuanto a lo que se enseña y su relación con lo que se debe enseñar y también en cuanto a lo que se aprende y lo que se debiera aprender. El problema de transmitir directamente el conocimiento al médico en formación se tamiza hacia un único recurso que queda viable que es el de reducir al mínimo el conocimiento transmitido para centrar los esfuerzos en enseñarle a aprender.<sup>24</sup> El abordaje a los medios de información va cobrando día con día más fuerza e importancia, sean éstos electrónicos o bien los tradicionales: libros, revistas, congresos y reuniones con pares, cursos específicamente dirigidos, etcétera, de manera que una buena parte del tiempo y esfuerzo del médico se concentran en acercarse a los veneros en los que se procesa y conserva el conocimiento y a adquirirlo, aunque esto último se tiene que hacer cada vez de manera más selectiva. Cualquier médico debe, imprescindiblemente, ser un experto en el o los temas profesionales de su directa incumbencia, debe de poseer un acúmulo respetable de conocimiento de las especialidades y temas afines y debe asimismo tener una idea razonablemente precisa del conjunto de la medicina, del arte de curar y del desarrollo de las ciencias básicas médicas que los sustentan. Y esto es el gran reto para toda escuela o facultad de medicina cuyo personal reflexione con seriedad en su misión y para todo médico que se precie de serlo verdaderamente.

Sin embargo no todo termina aquí. La gran crisis de la medicina de nuestros días se puede representar en dos dimensiones principales: por un lado la elevación de sus costos y la injusticia flagrante que se deriva de ello y que se va haciendo más patente a medida que la evolución de la sociedad se orienta hacia el libre mercado irrestricto y el abandono por parte del estado de sus responsabilidades en lo que toca a velar por la salud de sus poblaciones y cuidar que exista un acceso a ella, y, por otro, al hecho de que los médicos descansen cada vez en mayor grado en la tecnología y abandonen el sentido humano de su actividad profesional, la consabida deshumanización de la práctica médica. En este sentido, los requerimientos de una ética médica que responda a los nuevos problemas y las propuestas de una bioética dirigida expresamente a ellos no son soluciones todavía, sino partes integrantes de esta inmensa crisis. El buen médico, no lo olvidemos, debe de ser un médico bueno y también un ser humano bueno, no puede ni debe darse el lujo de prescindir de la responsabilidad que entraña su ejercicio profesional, la entrega sin regateos de tiempo ni de esfuerzo, la compasión y solidaridad para con sus pacientes, el respeto por sus valores, la congruencia moral, en fin, la capacidad para responder a las necesidades existenciales que se derivan de la enfermedad, del proceso de recuperación y convalecencia o, contrariamente, del camino hacia la muerte inevitable. El

médico que, además de saber medicina, de estar actualizado en sus conocimientos profesionales, no responde a este imperioso llamado de humanidad, no podrá nunca llegar a ser un buen médico. Formarlo en este camino múltiple y complejo, es la tarea de las escuelas y facultades de medicina, pero, ante todo, es la misión última de sus profesores.

## Referencias

1. Fernández CF. La Facultad de Medicina según los archivos de la Real y Pontificia Universidad de México, México, UNAM, 1953: 15 ss, 84 ss.; Viesca Carlos. La primera cátedra de medicina en México a los 425 años de su inauguración, en prensa; Rodríguez, Martha Eugenia. La Real y Pontificia Universidad de México y las cátedras de medicina, en F. Martínez Cortés, coord. general, G. Aguirre Beltrán y R. Moreno de los Arcos, coord. de volumen, Medicina Novohispana del siglo XVI. Volumen II de Historia General de la Medicina en México, México, UNAM / Academia Nacional de Medicina, 1990: 261-271.
2. Ruiz de Alarcón H. Tratado de las supersticiones y costumbres gentilicias que oy(sic) viven entre los indios naurales de esta Nueva España, México, ed. Fuente Cultural, 1952: 151.
3. De la Cruz M. Libellus de medicinalibus indorum herbis, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1964, fo. 1.
4. De Velasco L. Mandato en relación con la autorización que se da a Martín de la Cruz para ejercer como curandero, 27 de mayo de 1551, AGN, Copia microfilmada del Documento no. 140 de la Hans P. Kraus Collection of Hispanic American Manuscripts de la Biblioteca del Congreso, Washington, D.C., fols. 148v y 149r.
5. De Velasco L. Licencia a Antón Martín y Martín de la Cruz para curar y examinar, Ms. 1121, Ayer Collection, Newberry Library, Chicago, fo. 332v.
6. Viesca C. Y Martín de la Cruz, autor del Código de la Cruz – Badiano, fue un médico tlalocla de carne y hueso... Estudios de Cultura Náhuatl (México), 25 (1995): 479-498.
7. Lain EP. La medicina hipocrática, Madrid, Revista de Occidente, 1970.
8. Enríquez EJ. Retrato del perfecto médico, Salamanca, en casa de Juan y Andrés Renaut, 1595; Miranda, Alfonso de, Diálogo del perfecto médico, Lisboa, Juan Alvarez, 1562.
9. Mexía P. Coloquios. Sevilla, Bibliófilos sevillanos, 1947: 24-28.
10. Guevara A. Epístolas, 2 vols. Madrid, Rae, 1950 – 1952: 200.
11. De Cárdenas J. Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias, México, en casa de Pedro Ocharte, 1591, entre las reediciones recientes se cuenta la de la Academia Nacional de Medicina, México, 1980.
12. Enríquez J. Op. Cit., 280 y ss.
13. Enríquez J. Op. Cit., 208
14. Fernández CF. La Facultad de Medicina según los archivos de la Real y Pontificia Universidad de México, México, UNAM, 1953: 20-42.
15. Bravo OF. Opera Medicinalia, México, Pedro Ocharte, 1570; Barrios, Juan de, Verdadera medicina, cirugía y astrología, México, Fernando Balli, 1607.
16. Mendiola GJ. Historical synthesis of Medical Education in Mexico. In: J.Z. Bowers and E. Purcell, Aspects of the History of Medicine in Latin America, New York, Joseph Macy Jr. Foundation, 1979: 88-96.
17. Viesca C, Sanfilippo J. La medicina en las Gacetas de Literatura. En: P. Aceves, ed. Periodismo científico en el siglo XVIII. José

- Antonio Alzate y Ramírez, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2001: 251-285.
18. Bartolache JI. El Mercurio Volante, 16 números, México, octubre de 1772 – febrero de 1773. En particular, el no. 5, 18 de noviembre de 1772 y el 16, 10 de febrero de 1773.
  19. Viesca C. Medicina e Ilustración. En: ME Rodríguez y X Martínez, coords. Medicina Novohispana. Siglo XVIII. Vol. IV de C. Viesca, coord. gral. Historia General de la Medicina en México, México, UNAM/ Academia Nacional de Medicina, 2001: 165-172.
  20. Martínez CF. La medicina científica y el siglo XIX mexicano, México, Fondo de Cultura Económica, 1987; Martínez Cortés Fernando. El modelo biológico lesional de enfermedad en el siglo XIX mexicano, En: L. Cházaro, ed. Medicina, Ciencia y Sociedad en México, Siglo XIX, Zamora, Mich. El Colegio de Michoacán / Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002: 43-52. Viesca Carlos. El cambio de paradigmas. De la medicina de los humores a la medicina de las lesiones, en C. Viesca, F. Martínez Cortés, eds. Medicina Mexicana del siglo XIX, Vol. V de Historia General de la Medicina en México, en preparación, (Una versión preliminar fue presentada en el simposio Medicina, Ciencia y Sociedad en México, El Colegio de Michoacán, Zamora, Mich., 1999.)
  21. Chávez I. México en la cultura médica, México, El Colegio Nacional, 1947: 87 y ss; vvaas. El Establecimiento de Ciencias Médicas y sus primeros catedráticos, México, DAPP. 1939.
  22. Ortiz QF. Hospitales. Ed. Mac Graw Hill, 2000: 187 y ss; Díaz de Kuri Martha, Viesca C. Historia del Hospital General de México, México, Patronato del Hospital General, 1994: 23 y ss. 47 y ss.; Fajardo Ortiz Guillermo, Del Hospital de Jesús a Institutos, Centros Médicos y Albergues. Historia de los Hospitales de la Ciudad de México, México, Glaxo / Smith Kline, 2003: 131 y ss.; L. Granshaw, R. Porter, ed. The Hospital History, London, Routledge 1989: 181 y ss; A.M. Mc Gehee, G. Brieger, S. Abrams, V. McKusick, A model of its kind. A Centennial History of Medicine at Johns Hopkins, Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1989. Morris V. The making of Modern Hospital, Chicago, Ill., University of Chicago Press, 1987.
  23. Chávez I. Grandeza y miseria de la especialización médica. Aspiraciones a un nuevo humanismo. En: I. Chávez, Discursos y conferencias. México. El Colegio Nacional, 1977: 12-26
  24. Ortiz QF. Healthcare for the Age of Learning, Washington, Georgetown University, 2000; Ludmerer, Time to Health, London/ New York, Oxford University Press, 1999.

