

Los territorios ignotos de nuestra mente

Juan Gérvas¹

Caso clínico personal

Tengo 60 años. Estoy casado (con una médico general rural), tengo cuatro hijos y siete nietos (más otro en camino). Soy médico general rural desde hace nueve. Mi entorno de vida y trabajo es la montaña, con buenas comunicaciones, y puertos en las carreteras de hasta 1.600 metros de altitud; nevadas entre octubre y abril. Antes he trabajado en la gran ciudad, también como médico ge-

¹ Juan Gérvas es Doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid (España). Ha recibido becas y ayudas varias, patrocinadas por el Consejo de Europa, la Unión Europea y el Programa Fullbright, entre otros. Tuvo estancia docente en el Instituto Karolinska (Estocolmo, Suecia) y fue *Visiting Professor* en el Health Policy and Management Department de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE. UU.). Actualmente, coordina del Equipo CESCA, grupo científico de investigación y análisis de la organización y actividad de la Atención Primaria en funciones desde 1980 (<www.equipoCESCA.org>). Es profesor de Atención Primaria en Salud Internacional (Escuela Nacional de Sanidad, Madrid) y de Salud Pública (Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid). Ha publicado múltiples artículos en revistas con revisión de pares; es, por otra parte, revisor de múltiples revistas españolas e internacionales.

neral. Empecé los estudios de medicina con 16 años, en 1965, en Valladolid (España) y allí los terminé seis años después. Elegí estudiar medicina por consejo de mi padre. Con nueve hijos se trasladó a vivir en una ciudad con universidad para facilitar sus estudios. Y de pronto, el quinto hijo pide estudiar biología, casi la única carrera que no tenía en aquel entonces esa universidad. Me pidió, claro, que lo pensase, y que eligiese medicina como alternativa mejor. Abracé los estudios de medicina con entusiasmo desde el principio. Me pareció grande poder entender el cuerpo humano, su estructura y función, su composición. Me sentí unido a todos los que nos han precedido en el estudio del ser humano, desde el hombre prehistórico al del Renacimiento, y al científico del siglo XIX y a los que casi fueron coetáneos del siglo XX. Me gustó la sala de disección, el estudio de la anatomía, el formarme una imagen espacial de mi propio cuerpo con todo su contenido. Me pareció maravilloso en su complejidad y perfección. Me sucedió lo mismo al estudiar bioquímica, al comprender el metabolismo. También me asombró la histología. Mi entusiasmo creció con el conocimiento sobre el cerebro y su funcionamiento, sobre la transmisión del estímulo nervioso y la increíble organización de las neuronas y de la neuroglía. Obtuve plaza de alumno interno de medicina interna por oposición, de forma que con 18 años empecé a atender pacientes en la sala de ingresos y a hacer guardias de 24 horas. Éramos dos alumnos internos (uno “viejo” y uno “joven”) con un cirujano de guardia, más una monja y dos estudiantes de enfermería. Nos atrevíamos con todo lo que llegaba, desde una neumonía a un accidente de tráfico, una apendicitis o un infarto de miocardio; raramente hubo que pedir ayuda a otros médicos de guardia localizada. Por supuesto, tuvimos situaciones apuradas, pero no

recuerdo ninguna con angustia tal como para no repetir la experiencia ahora mismo. Desde el principio me interesó la vertiente humana y social de la carrera. Dedicué días enteros a leer sobre la historia de la medicina, las novelas, ensayos y otras publicaciones sobre médicos y enfermos, y a hablar con los pacientes, a intentar entender el impacto del enfermar en sus vidas, a sentirme privilegiado porque abrían su corazón y su alma del mismo modo en que entregaban su cuerpo para ser explorado. Siempre me llamó la atención esa confianza del paciente en su médico, en el residente, incluso en el estudiante. Siempre me apiadé de su dolor, del sufrimiento, del miedo a lo desconocido, del enfrentarse a la muerte. Estudié sin descanso, yendo a los libros (dos por asignatura, como mínimo) y tomando anotaciones y apuntes de los profesores en clase, a medias con mi novia de entonces, esposa luego hasta la fecha. Los libros daban información que a veces contradecía lo que transmitían los profesores, y había que decidir quién estaba más cerca de la verdad. Terminamos la carrera con un expediente espléndido que nos abrió todas las puertas. Pero terminé tuberculoso, contagiado por un enfermo ingresado en mi planta, en el hospital universitario, del que adquirimos la enfermedad varios compañeros. Tuve tiempo de pensar. Decidí hacer la tesis doctoral y dar clase de anatomía en mi propia facultad. Terminé la tesis sobre las lesiones en médula con modelo de ratas, y me trasladé a Madrid, a trabajar en un moderno departamento de investigación en neurofisiología. Allí perdí la fe en la ciencia del laboratorio y en los círculos universitarios, y opté por la medicina general. Conseguí plaza en un puesto público, en la ciudad, y ya no he dejado esta práctica más que en cortos periodos de tiempo para formarme en salud pública (con una beca Fulbright en la Escuela de Salud

Pública de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, EE. UU.), para dar cursos sobre organización de la Atención Primaria en la propia Johns Hopkins y en la Escuela Nacional de Sanidad, en Madrid, o para viajar y trabajar en asesorías en varios países (Andorra, Bulgaria y Georgia). En 1980 formamos el Equipo CESCA, grupo multiprofesional de desarrollo de estudios, análisis e investigación sobre organización de servicios sanitarios en Atención Primaria. Desde 2000 vivo y trabajo en la sierra madrileña, y compatibilizo el trabajo clínico de médico general rural con el de investigación y docencia. Soy un autor prolífico, especialmente sobre cuestiones en torno a la organización de servicios y los abusos del sistema sanitario (con énfasis en los excesos de la prevención). Me gusta pasar la consulta, y atender a los pacientes a domicilio. Ocasionalmente tengo residentes y médicos que acuden a rotar conmigo, españoles y extranjeros; a todos ellos les intento transmitir el trato digno al paciente y a los colegas, el control juicioso de la incertidumbre durante el encuentro con el enfermo, la práctica de una ética de la ignorancia (compartir con el paciente nuestras limitaciones científicas) y de la negativa (para rechazar aquello que no tiene sentido, firme pero amablemente, de pacientes, jefes y compañeros), y una enorme polivalencia en el limitado tiempo de la atención clínica. En mi consulta siempre tengo flores naturales, y mis pacientes nuevos reciben un folleto con mi filosofía acerca de la práctica clínica (por ejemplo, que llegado el caso me hago cargo de los pacientes para ayudarles a morir con dignidad, que no discrimino por ninguna razón a los pacientes, etc.). Tengo buenas relaciones y coopero con las autoridades de los pueblos en que ejerzo, con los maestros, y con la comunidad en general. Me queda poco para jubi-

larme, para dejar la práctica clínica y concentrarme en los estudios, las publicaciones, los viajes y la docencia. Puedo mirar hacia atrás y decir que ser médico ha sido importante para mí como persona, y que animaría a otros a ser médicos, si consideran esta posibilidad como una alternativa. Les daría cuatro tipos de razones.

Cuatro tipos de razones para ser médico hoy

1. Razones personales

Hay razones personales profundas para ser médico. Son las que menos “se pueden dar” desde fuera, pues parten de lo más íntimo del corazón de cada cual, de lo más recóndito de nuestro yo. Pueden ser religiosas, filosóficas o de vida, como la creencia del impacto de la medicina en la equidad. Puede ser el ejemplo de un padre, o de un familiar cercano, o de un amigo de la familia, o incluso el de un protagonista de novela, teatro o cine que hizo de la medicina una profesión que llamaba la atención. Puede ser el rechazo a otras opciones de vida. Puede ser el atractivo social. O quizá el deseo de tener una posición económica más o menos holgada. Incluso puede ser hacer de la virtud una necesidad por ser una carrera “posible” en el contexto en que se vive, como a mí mismo me sucedió.

Cada cual tiene una o varias razones personales que le colocaron delante de la opción de “ser médico” y la abrazó con fuerza y determinación. Fuerza y determinación claves para superar los obstáculos en la consecución, desde la intensidad y duración de los estudios a las prácticas, de la anatomía a la cirugía, de la histología a la obstetricia, incluyendo las de autopsias. Un conjunto duro que va formando poco a poco un primer médico que se reafirma

después en la elección de la especialidad y posteriormente a lo largo de una vida de compromiso con los pacientes. Compromiso exigente, en tiempo y en coste personal. No se ejerce medicina sin implicarse uno, sin afectarse, sin poner parte personal en cada encuentro con el paciente y con su familia.

Las razones personales son la clave de la decisión de ser médico. En muchas ocasiones tienen difícil explicación, incluso para uno mismo en la propia intimidad. La vida en la adolescencia y primera juventud nos puede llevar por miles de caminos, y sin embargo nos sentimos atraídos por ser médicos, por el trabajo clínico o complementario (análisis, radiología, forense, salud pública, etc.). Hay algo magnético en esa elección, algo inexplicable. Desde luego, a veces uno sabe que tendrá que superar cosas, como por ejemplo el horror a la sangre y a otros fluidos orgánicos que inevitablemente son parte del quehacer de muchos médicos. En todo caso sabe que ser médico es enfrentarse a las fronteras humanas, a los límites en que muchas veces la vida adquiere dudoso sentido. Y sin embargo, nos atrae personalmente ese reto, ese traspasar los límites de la piel y del alma.

No sabemos porqué pero conviene que alguien nos anime en la duda, que alguien haga balance de su propia elección y diga que no se arrepiente de la decisión. Y sin embargo, el joven estudiante de medicina todo lo que encuentra es un cuerpo de profesores empeñados en considerar central su propia asignatura. Sólo el paso a las asignaturas clínicas le pone en contacto con los médicos asistenciales, pero habitualmente del ámbito hospitalario en exclusiva. El estudiante sólo toma contacto en raras ocasiones con los médicos generales, los que trabajan en la comunidad. Son escasas las facultades de medicina que

consideran importante este poner en contacto al estudiante con el médico clínico general/de familia, con el médico “de cabecera”. Pero hay ejemplos de facultades de medicina que experimentan con otras formas de enseñar, como la de Bahía Blanca (Argentina), Tampere (Finlandia), McMaster (Canadá), Queensland (Australia) y Maastricht (Holanda). Quizá esas nuevas formas ayuden a que el estudiante entienda mejor las razones personales que le llevaron a la decisión de ser médico; y quizá al entender porqué optó por la medicina pueda llegar ser mejor médico, más consciente de sus propias y trascendentes decisiones.

Ser médico es una elección que puede replantearse en casi cualquier momento de la vida profesional, y no son pocos los que abandonan su quehacer, bien la especialidad que eligieron en primer término, bien la profesión en sí. Las razones personales siguen siendo lo principal para mantener la vocación, para mantener el entusiasmo hasta la jubilación, pero los pacientes, los compañeros, la estructura sanitaria y la sociedad en su conjunto también ayudan a mantener con firmeza la decisión personal de ser médico hasta el final de la vida laboral (y más allá también).

2. Razones sociales

Entre los profesionales, los médicos son los más apreciados por la sociedad. A veces les superan los científicos, pero casi nunca otras profesiones bien valoradas, como jueces y maestros. Ser médico es lograr un alto prestigio social, un lugar elevado en la escala de clases sociales. Desde luego, hay situaciones y países en que la remuneración del médico está por los suelos, lo que crea una paradoja entre el estatus social y el económico, pero incluso en estos casos el prestigio sobrepasa al de otras profesiones, que

comparten los mismos problemas económicos no “compensados” por el aprecio de la sociedad.

El aprecio social puede no ser buscado ni deseado por el médico, pero es inevitable. La identificación en público o privado como médico parece añadir un halo positivo, un deseo de lograr la aquiescencia, un ánimo de agradar, una expectativa de bien. Los médicos tenemos buena imagen social, por mucho que con los reclamos judiciales a veces parezcamos “los malos de la película”. La sociedad expresa con este reconocimiento su comprensión ante los profesionales capaces de enfrentarse a la vida y a la muerte. Esos profesionales, por ejemplo, que el 12 de marzo de 2004, respondieron sin que nadie les llamara a las necesidades sanitarias excepcionales que provocaron los atentados terroristas en los trenes de cercanía de Madrid (España). Esos mismos profesionales que ayudan a dar dignidad ante la muerte, que lo mismo apoyan a la mujer parturienta que cierran los párpados de los muertos, que atienden al paciente que ha intentado suicidarse y después a la niña asustada por su primera menstruación. Los pacientes individuales y la comunidad saben agradecer la valentía un poco insensata de los médicos, que casi ni son conscientes de su trabajo con la miseria física, psicológica y social. Al médico le parece “natural” ese tratar con lo peor, con el dolor, con el sufrimiento, con el pus y las úlceras, con los miedos atávicos, con la alteración mental que desequilibra hasta llevar a la locura; por ejemplo, tratar de afrontar la conmoción de la viuda reciente, joven madre de una abundante prole, y después asistir casi impotentes al aislamiento y la pobreza de esa otra viuda anciana. Todo ello es para el médico “natural”, su trabajo diario, pero pocos son los que no resultan afectados en mayor o menor grado por ese roce con la hez destilada de lo

físico, psíquico y social. Así, el consumo excesivo de drogas y psicofármacos es frecuente entre los médicos, como lo es también el suicidio (a recordar el del médico general rural inglés protagonista real del relato de John Berger, “Un hombre afortunado”, titulado así quince años antes del trágico final). ¿Es extraño que la sociedad reconozca ese permanente riesgo de desequilibrio al que lleva el ejercicio de una profesión “penosa y peligrosa” y lo compense a su forma y estilo, con el reconocimiento y el aprecio general?

Entre las razones sociales, ser médico también puede tener el sentido de un camino para el cambio de las circunstancias que generan enfermedad. Los determinantes sociales, como la injusta distribución de la riqueza, las viviendas y ambientes insalubres, los trabajos en condiciones miserables, el analfabetismo y la pobreza tienen causas evidentes y evitables, y son “la causa de la causa” de muchas enfermedades. Hay médicos que lo son por intentar compensar el efecto en salud de esos determinantes. O, incluso, que los intentan cambiar. Sirva de ejemplo Salvador Allende, médico cuyos estudios de salud pública, sobre la mortalidad infantil evitable y otros, le llevaron a una opción política transformadora de su sociedad que pagó con la muerte por el golpe de Estado militar cuando llegó a presidente de Chile. En otro estilo, sirve también de ejemplo de compromiso social el médico rural Julian Tudor Hart que, desde un pueblo galés empobrecido por las políticas neoliberales de finales del siglo XX, supo construir un modelo de trabajo comprometido y solidario. A destacar su famosa Ley de Cuidados Inversos con la cual demostró que se reciben menos cuidados sanitarios cuantos más se necesitan, y que esto se cumple con más rigor cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario. El

cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos se demuestra hasta el hartazgo, incluso en la duración del encuentro con el paciente, pues se dedica más tiempo a los pacientes más cultos y más jóvenes, mejor vestidos y con mejor presencia, por mucho que éstos suelen precisar menos cuidados que los ancianos analfabetos y pobres.

No es extraño que haya una fuerte corriente de médicos comprometidos que buscan el cambio de los determinantes sociales por caminos varios, desde el trabajo en la propia consulta a la colaboración con la sociedad o la acción política directa. La percepción de esta posibilidad está en el fondo de la razón del ser médico de muchos profesionales, sean conscientes de ello o nunca lo hayan hecho explícito ni reconocido. Ser médico puede llegar a ser una forma de rebelión contra la injusticia social. Conviene que la rebelión social no agote el compromiso con los pacientes y su sufrimiento, con lo concreto e individual.

También conviene, por otro lado, que el colectivo médico acepte lo mejor de ese compromiso social y mantenga una actitud decidida y firme contra, por ejemplo, la tortura. Hay grupos de médicos comprometidos, en esta misma línea, con la erradicación de las armas nucleares. Y son encomiables los acuerdos internacionales para promover la investigación con respeto a los humanos. Sin embargo, no se puede ignorar el compromiso ignominioso de médicos concretos (en EE. UU., por ejemplo, con las torturas contra supuestos terroristas) y de sus asociaciones (Israel, por ejemplo, con la tortura legalizada en su Constitución). Cuestión propiamente profesional es la relación con las industrias sanitarias, desde las farmacéuticas a las de alimentos y las tecnológicas, entre otras. Los médicos son capaces de ofrecer respuestas sociales éticas, persona-

les y grupales (pienso en el movimiento de *No free lunch* en EE. UU., *Nogracias* en España, y *Healthy Skepticism*, internacional basado en Australia), pero al mismo tiempo están en el ojo de una corrupción denunciada incluso por *Transparency Internacional*. El compromiso social de los médicos debería dar solución prudente, transparente, proporcionada y de independencia a esta cuestión profesional de la relación entre médicos e industria. Con buena lógica, muchos médicos hacemos de estas razones sociales parte clave y esencial de nuestro “ser médico”.

3. Razones científicas

La medicina es una combinación de ciencia y arte. Los médicos se equivocan cuando olvidan su papel de “sanadores”, el rol que les ha valido el aprecio de la sociedad, su papel milenario que enlaza su labor con la del antiguo chamán prehistórico (y actual en las tribus aisladas de la Amazonía, por ejemplo). Si la medicina tiene por fin el alivio y evitación del sufrimiento y el apoyo para morir con dignidad, el componente artístico de la profesión será siempre tan importante como el científico. Arte en el manejo de la relación con el paciente y arte para llegar donde no llega la ciencia (y para aplicar la ciencia con conciencia). De hecho, muchas de las razones del ser médico tienen que ver con el papel de “sanador”, del médico como profesional capaz de buscar consuelo para el sufrimiento del paciente y de sus familiares. En todo ello lo básico es la actitud de empatía con el paciente y el uso adecuado del lenguaje verbal y gestual. “Ponerse en lugar del paciente” es capacidad básica para intentar cumplir el rol de médico sanador.

La corriente científica tiene raíces muy profundas, pues se origina con la experimentación con plantas como me-

dicamentos, y con las normas de higiene, tipo aislamiento para pacientes leprosos. Pero es en el siglo XIX cuando brota con toda su fuerza, al calor del desarrollo de la microbiología, química orgánica e inorgánica, física, análisis bioquímicos y salud pública e higiene. Todo ello llevó a la modernización de los hospitales y de las facultades de medicina, que de atender pacientes pobres pasaron a ser centros que irradiaban nuevo conocimiento científico que cambiaba la faz del sufrimiento humano. Buenos ejemplos son los éxitos frente a las enfermedades infecciosas (vacunas y antibióticos), la perfección de la cirugía (anestesia, higiene quirúrgica y material y técnicas nuevas) y el empleo de la radiología en medicina (para diagnóstico y tratamiento, desde los rayos X a los variados isótopos de uso sanitario). Por otra parte avanzó la salud pública y la epidemiología, con nuevos conocimientos sobre el origen y distribución de las enfermedades. Y los médicos clínicos, especialistas y generales, han aportado su esfuerzo al estudio de la organización de servicios y a la mejora de la investigación aplicada a la atención de los pacientes con los ensayos clínicos, los estudios observacionales y el conjunto que llamamos “medicina basada en pruebas” (*Evidence Based Medicine*). No es extraño que todo ello tenga un atractivo inmenso y que cautive la mente de estudiantes de medicina y de médicos en ejercicio. Ser médico supone dominar una parte poderosa de la ciencia y de la técnica, de enorme atractivo por su impacto en la salud del paciente. Poder científico y técnico que conlleva problemas éticos en los que también ha avanzado el conocimiento científico, con toda una producción de ética médica que pone el contrapunto filosófico y deontológico al quehacer del médico clínico.

El ansia del desarrollo de las ciencias médicas es fundamental en casi todo médico y sirve de acicate a la con-

tinua necesidad de formación continuada que caracteriza al médico. De hecho, llamamos “médico” al profesional altamente cualificado en materia sanitaria, que es capaz de dar respuestas generalmente acertadas y rápidas a problemas de salud, mediante decisiones tomadas generalmente en condiciones de gran incertidumbre, y que precisa de formación continuada a lo largo de toda su vida laboral.

Por otra parte, el conocimiento científico médico es muy limitado, como demuestra por ejemplo, nuestra ignorancia frente a cuestiones tan importantes como las infecciones por virus gripales, la mejor clasificación para los errores médicos, la regeneración del tejido neuronal, la mejor forma de pago al médico general y el diseño de sistemas de apoyo a la decisión médica. Estas cuestiones son el reto que atrae a nuevos estudiantes y que mantiene “en el tajo” a muchos médicos, que encuentran en el estudio e investigación razones para “ser médicos” y seguirlo siendo el resto de su vida.

El mismo poder científico y técnico benéfico y positivo de la medicina puede degenerar y emplearse por los médicos en provecho propio, individual y grupal (“malicia sanitaria”). Así, por ejemplo, la capacidad de definir enfermedades se utiliza en ocasiones para medicalizar la sociedad con beneficio sanitario marginal y coste social brutal. Algunos encontramos parte de las razones para “ser médico” en la denuncia de estos abusos y en la construcción de una propuesta alternativa.

4. Razones prácticas

Ser médico puede ser muy “conveniente”. Es decir, puede ser una elección que dé mucha versatilidad a la vida. La medicina se puede ejercer de mil maneras distin-

tas. Por ejemplo, puede conllevar una práctica y un compromiso de casi apostolado, de casi dedicación completa, como cooperante en una organización no gubernamental en una zona paupérrima o arrasada por un desastre o una guerra. Médico se puede ser del ejército, y participar en la milicia con todo lo que ella implica de tipo y estilo de vida. También se puede ejercer de médico de la cárcel, de atención a los presos, de dedicación a los que la sociedad recluye. Se puede ejercer en un hospital privado o en uno público; y en el hospital se puede trabajar sin ver físicamente pacientes (por ejemplo, en la sección de análisis o en anatomía patológica), o con pacientes en estado crítico (en cuidados intensivos), o con los pacientes ingresados en planta, en cualquiera de las múltiples especialidades, o en las urgencias, a pie de puerta. Incluso se puede trabajar con los muertos, como forense, para la medicina legal. Se puede ser médico general y trabajar en distintos ambientes, desde el centro de la ciudad al lugar más remoto del país, pasando por el extra radio de la ciudad (“allá, donde la ciudad pierde su nombre”). Hay quien se dedica a los niños, y ejerce la pediatría, bien en el hospital bien en la comunidad. Se puede ser ginecólogo, por ejemplo, y compartir la atención clínica en el despacho en casa, en la planta de hospital y en el quirófano. Obviamente, alguien se tiene que dedicar a enseñar, y eso da pie al desarrollo de una carrera docente. También se puede elegir el trabajo de salud pública. O dedicar la vida a la investigación con variantes tan distintas como, por ejemplo, epidemiología, genética, bioquímica y organización de servicios. Hay médicos que optan por gestionar recursos sanitarios, o por dedicarse a la política sanitaria. Las posibilidades que da el ser médico son casi infinitas, pues no se agotan con lo dicho. Por ejemplo, cabe ser médico del trabajo, o trabajar

en un barco factoría en alta mar; o médico del deporte; y a su vez, cada deporte es distinto, y puede llevar al médico a lo alto del techo del mundo con las expediciones de alpinistas o a los estadios de fútbol, por ejemplo. Hay médicos que compatibilizan varias facetas cada día, y del hospital salen para pasar consulta en su domicilio, en la comunidad, y otros médicos pasan del centro de salud en un barrio a ser médicos en una empresa local. En suma, nada humano es ajeno a la medicina.

Ser médico es práctico no sólo por la variedad de especialidades y ambientes en que se puede ejercer, sino por el diferente compromiso en dedicación horaria que se puede aceptar. Cabe el trabajo a tiempo parcial, ideal para situaciones como maternidad y crianza de la prole, o durante la realización de la tesis doctoral, o como alternativa vital cuando se valora en mucho el tiempo libre. Ya he señalado el compromiso absoluto, de 24 horas al día durante meses y años en algunas organizaciones no gubernamentales, en lugares dejados de la mano de Dios. Pero en la práctica más vulgar de un médico de hospital, o de un médico general, también se pueden aceptar grados distintos de compromiso en tiempo. No es lo mismo el médico que acepta sumar guardias a su trabajo diario que el que las evita todo lo que puede. Tampoco es lo mismo el médico que no deja a sus pacientes después del horario laboral; así, por ejemplo, el médico general que atiende pacientes terminales a domicilio acepta un compromiso en dedicación horaria que no tiene su compañero que prefiere delegar en un equipo de soporte a terminales a domicilio.

Lo que no debería variar en todo caso es la intensidad del compromiso de trabajo con el paciente y su familia. Puesto que el paciente se entrega y se fía de su médico, no cabe el trabajo frío y distante. Ser médico es aceptar

esa entrega y responder con lo mejor de uno mismo, con pocas o muchas horas. Es decir, la versatilidad de lugares y tiempos de trabajo no cambia un ápice la clave del ser médico, ese compromiso con el paciente para lograr lo mejor a su situación y contexto. Pero este compromiso profundo es compatible con mil opciones de vida tal y como ofrecen las especialidades, los lugares y el tiempo dedicado a la profesión.

Tampoco es posible olvidar el aspecto económico de la cuestión, la remuneración del médico. En general, como médico se recibe una compensación que suele estar en la media o por encima de la media de otros profesionales, y en todo caso ser médico es un medio de vida. Hay variaciones extremas, claro; por ejemplo, entre un médico en Nueva York (EE. UU.) y un médico en Ataliva Roca (Argentina), pero la constante es tener ingresos que permiten llevar una vida honrada, con solvencia para hacer frente a formar una familia y criar algunos hijos. Lamentablemente, los ingresos muy bajos llevan al pluriempleo forzado, a tener que complementar un sueldo básico con otros ingresos complementarios, lo que termina repercutiendo en la calidad del trabajo y en la calidad de vida. Pero lo habitual es tener ingresos suficientes y vivir holgadamente de la profesión, con una remuneración que aunque no sea la justa es al menos buena por comparación. Para algunos, y aquí me incluyo, ésta es razón importante para ser médico.

Conclusión

Hay razones variadas y no excluyentes para ser médico hoy. En lo que precede he considerado algunas de ellas. Creo firmemente que las razones más poderosas pertene-

cen a territorios ignotos de nuestra mente que lleva a algunos al atrevimiento de aceptar un papel de sanadores de otros miembros de la tribu humana.

Loor y gloria para los que “hacen de médicos” con honradez y mantienen toda la vida profesional ilusión y ánimo que no excluye la autocrítica. De ellos será el crédito social, y cuando cierren los ojos para siempre tendrán la íntima convicción de no haber sido del todo inútiles.

