

“ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA PRACTICA MEDICA PRIVADA” *

DR. JOSE REMUS ARAICO **

En el corto tiempo de que dispongo y con la meta de colaborar con mi opinión a la discusión y su ulterior reflexión, me voy a limitar a exponer un factor poco tratado, pero siempre presente en la práctica médica, ya sea ésta privada o institucional o una complementación de ambas, lo que es muy frecuente.

Es inevitable una comparación de estos dos tipos de ejercicio profesional, privado y público. El factor que expondré lo situaré comparativamente en lo posible en ambos campos de trabajo, para tratar así de concretar un ángulo del trabajo profesional, que aunque no está siempre consciente, está siempre presente y actuante como factor de tensión, la que recae sobre el médico, en ocasiones de manera fulminante.

Del tratamiento psicoanalítico de colegas exitosos, así como de colegas con crisis vocacionales o con problemas derivados de su práctica profesional, podemos extraer datos seguros que nos permitan aseverar el siguiente supuesto general: EL MEDICO, POR LA NATURALEZA MISMA DE SU TRABAJO, ESTA SIEMPRE EXPUESTO A LA PRESENCIA DE LA MUERTE, VIVE EN EL CLIMA DE LA POSIBLE FATALIDAD VITAL. Sin embargo, deseo que quede asentado, que este factor tensiogénico no es de la misma intensidad en todas las especialidades, ni en todos los ambientes del trabajo profesional. Además, existen las variantes individuales de personalidad que agregan a la problemática externa por la posible muerte o daño de los pacientes, la interna de aquellos puntos disposicionales constitucionales y los adquiridos en su desarrollo infantil, que hacen al médico más vulnerable a su trabajo.

Ante la presencia de la muerte, o de sus derivados en diversos daños potenciales o reales que son inherentes a nuestra labor, suceden reactivamente como defensas psicológicas, numerosas motivaciones conductuales no necesariamente conscientes. A veces, la sola presencia de este desequilibrio funcional que llamamos genéricamente enfermedad, por la agresión al esquema corporal y al equilibrio mental que suele acompañar al bienestar físico, se despiertan reacciones, en ocasiones sutiles, como las que hemos visto en Grupos de Discusión Dirigida, como técnica de investigación psicosocial, o que hemos observado en los llamados “Grupos Balint”. En ocasiones, el simple hablar de un enfermo grave, o de otro con un diagnóstico difícil y pronóstico incierto, hace aparecer en los grupos, desde la solicitud amable por el paciente, a la docta esquizoidia del sabio de bata blanca. Todas son reacciones normales, que

* Presentado en el Simposio “Academia Nacional de Medicina”, en Noviembre de 1984.

** Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

contienen los mecanismos de lucha contra la ansiedad por la presencia de la muerte y del posible daño mental y físico. Estas reacciones incluyen la de negarla, diluirla, racionalizarla, aceptarla como un fatalismo del propio entrenamiento médico, etc. Cuando logramos sublimarla adecuadamente, entonces sentimos el anhelo motor de lo que llamamos 'nuestra vocación de servicio', pero por supuesto este ideal no es siempre posible.

Por más que tenemos que aceptar racionalmente que trabajamos con una alta tensión potencial por la responsabilidad, esta tensión, como cualquiera otra displacentera, requiere de mucho más que su racionalización. Requiere de satisfactores y de diversos mecanismos de neutralización. Es el medio de trabajo con todas sus condiciones, donde se pueden tener alteraciones positivas o incrementos negativos de esta tensión profesional, que se agregan a los otros elementos de nuestra vida cotidiana.

En cuanto al sentimiento de culpa, el ejercicio en instituciones tiende a diluirla, pues se puede sentir que es todo el sistema el 'responsable'. Si ésto es así, cabría preguntarnos cuanto del burocratismo de muchos sectores de la medicina pública, se autoalimenta de esta necesidad de dilución o dispersión de la responsabilidad, que necesariamente contiene, el auxilio buscado inconscientemente para aliviar fantasías, aunque no racionales, de culpabilidad. La medicina privada, trae aparejada una mayor relación con el paciente, la relación médico paciente es más cercana al ideal de una relación bipersonal, que trae consigo más responsabilidad, pero también otros tipos de gratificación.

En cuanto a las posibilidades de una mayor tecnificación del médico, conste que no digo humanización, el ejercicio de la medicina institucional parece mejor, pues se cuentan con más medios, con posibilidades de intercambio científico, con más tiempo, con equipos modernos, etc. Esto sobretodo en hospitales que son modelo de la enseñanza de la medicina en México, que aunque no tienen una dependencia total del estado, no creo que debieran considerarse igual a otros centros asistenciales públicos. Las clínicas periféricas, en una importante proporción, creo que ofrecen una medicina social muy burocratizada, por lo tanto, a la deshumanización potencial de la atención masiva, se añade la dificultad de la tecnificación. Aceptemos que el médico al aumentar sus conocimientos disminuye su tensión responsable por errores atribuibles a la incapacidad.

Es importante aquí preguntarnos acerca del interés del presente simposio. La medicina privada se asemeja en nuestro contexto sociopolítico actual, salvo las excepciones ya mencionadas, a la medicina 'de los ricos' y por el contrario, la medicina pública, a la 'de los pobres'. No importa cuanto este estereotipo esté adecuadamente fundamentado, pero sí creo que forma parte de la imagen que hay del ejercicio de la medicina en el México urbano. Entre los satisfactores y neutralizadores de la tensión profesional que he escogido como el eje de mi trabajo, está también la del prestigio e imagen que el médico de a los demás y tenga de sí mismo. Salvo de nuevo las excepciones de colegas de gran prestigio que pueden permitirse el ejercicio de ambas medicinas, pues su satisfactor

económico es elevado, la gran mayoría de desocupados médicos nos habla de un fracaso de la adaptación profesional al medio. Dejo la duda, de si la medicina llamada privada, podría dar una mejor medicina por equipararla a una empresa más eficiente de la llamada iniciativa privada. Lo que parece haber en este fracaso de la adaptación y el desempleo médico, es una crisis de enseñanza y un proyecto nacional coherente, en el cual esté insertado y motivado todo el sistema de salud. Después voy a hablar de esta disociación un tanto irreversible, pero quizás sí curable que existe en nuestra medicina.

Si se trata de hablar del satisfactor económico, no hay ninguna duda que el ejercicio privado de la medicina, si es o tiende a la eficiencia exitosa, es mejor que la medicina pública. De hecho, en mi más franca opinión, la calidad de la medicina a nivel de egresado es baja. Las facultades de medicina, sobretodo en las saturadas al máximo, con el desempleo en puerta una vez obtenido el título, se debe admitir que estamos fabricando marginados académicos.

Para terminar esta disquisición comparativa, antes de arriesgar alguna luz de esperanza para nuestro querido paciente, permítanme mostrar cómo el problema está en su principal raíz en la disociación que está fuera de la medicina. Por supuesto, sigo con la idea de la tensión del posible sentimiento de culpa en el ejercicio de nuestra labor y la necesidad de satisfactores.

Antes de la alta científicidad que hoy puede tener una medicina privada o pública, digamos, hace sólo cincuenta años, entre las dos guerras mundiales, el médico ejercía con poco o escaso éxito en relación a los casos fatales, una llamada profesión de servicio y aliviaba sus sentimientos de culpa por la presencia continua de la muerte, entonces mucho más frecuente, gracias a su cooperación social espontánea en el ámbito hospitalario o en su 'día de consulta a los pobres'. Generosamente trataba de igualar justicieramente las desigualdades sociales. El estado, en su proyecto nacional, reinventado cada seis años en una proporción nada despreciable, aunque en el ámbito médico mucho menos, con una medicina social en su principio adecuada y con sueldos decorosos, iba sobrellevando las cosas del experimento. Pero que ha pasado, la medicina al tecnificarse más, pero al masificarse más, dejó atrás el proyecto político, no importa si es o no adecuada su realización presente, sino aún las posibilidades del cambio. Cuando la famosa huelga de los pasantes del ISSSTE, surgió lo latente, la escisión entre una medicina de élites y de ricos y una medicina que se dejaba a los pobres. Estos estuvieron representados en ese movimiento justo, por los pasantes que entre otras cosas ya no tenían ni el satisfactor económico, ni el de prestigio, ni asegurado el de la creciente tecnificación. Lo que se inició fue la agonía lenta, muy lenta de la esperanza de una medicina humana. El médico de antes la tenía por la naturaleza misma de la medicina, la del nuevo, iniciando en ese torpe manejo político es disociado. Anhela la medicina de prestigio y rica en una sociedad de masas, como si pudiera ser un médico de la élite. Entiéndaseme muy bien que por fortuna hay muchos casos marginales de esta problemática. Estoy intentando una explicación patogénica de la escisión médica en vez de la anhelada complementariedad. El estado controla con salarios miserables el sentimiento de

culpa de semimarginados profesionales, que no les queda sino burocratizarse y soñar con el empleo perfecto, o el salto imposible a una medicina altamente tecnificada, sólo viable a una minoría. Podríamos seguir más este camino, pero espero que haya quedado clara, mi idea de dos medicinas que se vuelven cada vez más opuestas en lugar de más complementarias. Porque la raíz es en gran parte de un proyecto de un estado de economía mixta que no aminora la escisión de la clase media, la fuente mayor del profesionista médico, sino que la incrementa.

Para terminar permítanme enfatizar la necesidad de hacer investigación psicosocial práctica, que arroje luz sobre las crisis vocacionales, que dibuje el perfil del estudiante ideal y del solicitante potencial, que siga el flujo de los conflictos latentes durante la carrera, que pueda asesorar verídicamente al estado, para que amplíe su criterio político y lo vuelva consistente con un plan nacional de la enseñanza y ejercicio de la medicina más humano y más coherente. Sin investigaciones concretas y específicas, la medicina seguirá cabalgando en México al mismo tiempo en dos caballos de alzada y estirpe muy diferentes, en un equilibrio precario que deja el campo libre para la iatrogenia economicista que resta dignidad a la profesión de la muerte, o para la iatrogenia de la incapacidad y el burocratismo.

Si no se sabe el porqué, el para qué y el cómo se quiere ser médico, no se sabe si el marginado académico y desempleado profesional que está surgiendo por miles, está dentro o fuera de los ideales del estado. Ni sabe el estado con el material humano real con el que cuenta para un proyecto mixto, posible quizás, pero más difícil si se hace sin investigación adecuada. Creo que hay mucho avanzado para ese conocimiento, pero faltan síntesis y profundidades posibles de lograr a corto o mediano plazo. La desilusión de la clase media médica es extrema. Sería pobre que el fin del simposio fuera sólo el consuelo de una mayor oportunidad para el ejercicio privado, que puede haber muchas, pero siempre podemos intentar ir más allá.

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111 casa 20
Fortín Chimalistac

DR. JOSE REMUS ARAICO

Coyoacán, 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50