

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

Ante nosotros se extiende un panorama bastante confuso, pero singularmente atrayente, constituido por la visión integral de los roles profesionales en la atención de salud.

Pasando revista a esta problemática, el autor estima que se hace necesario replantear la situación de los recursos humanos en la atención de la salud, pero no en función de nuestros deseos, de nuestra peculiar forma de encarar la realidad sino en base a ella misma. En particular, se examina el concepto de "rol", de la división del trabajo y trabajo en equipo, de los profesionales, de la organización burocrática, del liderazgo en el equipo de salud, etc., presentando, finalmente, un bosquejo de una teoría y una praxis de los roles.

Roles profesionales y atención de la Salud

Dr. CLAUDIO SEPULVEDA A. *

1. Introducción.

Cada vez parece ser mayor el número de investigaciones, trabajos, mesas redondas, etc. que se han dedicado a este problema. Con escasas excepciones (1) estos enfoques han sido parcelares y centrados fundamentalmente en lo que una profesión es. Esto es lógico y corresponde a una etapa obligada del estudio de cualquier problema científico: el análisis de los elementos integrantes del sistema en estudio. No obstante, y suponiendo que esta fase hubiese sido agotada —lo está lejos de ser real— nos encontraríamos aún muy cerca del comienzo. Resulta inevitable, para que el sistema funcione, que los elementos integrantes ensamblen y armonicen entre sí: no es la simple yuxtaposición de roles la que permitirá contribuir con eficacia a proporcionar una buena atención en salud.

De este modo, se extiende ante nosotros un panorama arduo, bastante confuso pero singularmente atrayente: la visión integral de los roles profesionales en la atención de salud.

Por otra parte, nos parece posible atribuir una segunda característica a los estudios sobre roles realizados en nuestro medio. Sin excepción, parten de un enfoque dado de la realidad: el que proporciona cierto ángulo —cualquiera de ellos— profesional. La resultante más llamativa de este enfoque nos parece ser el que se considera como un todo, la actual diada "situación de salud-atención en salud". En sí mismo, esto no tiene nada de objetable. En cambio, hay dos parámetros que permiten preguntarse si tal enfoque no nos estará conduciendo a un callejón sin salida.

En efecto, si se observara la génesis de las actuales profesiones de la salud en nuestro país, se observa que su creación ha sido, fundamentalmente, el resultado de bien intencionadas decisiones personales, pero basadas en pautas culturales y realidades distintas a las nuestras y a veces antagónicas. Inversamente, parece no existir —al menos en la documentación al alcance del autor— estudios de la realidad que permitan, no ya aumentar o disminuir tales o cuales profesiones, sino *crear o eliminar* éstas o aquéllas. Los peligros de tal forma de acción saltan a la vista; sus ventajas, sin embargo, pudieran pasar desapercibidas. Por el momento, bástenos decir que nos asiste la duda, razonable, que la creación de profesiones en nuestro medio ha sido más bien el resultado de la iniciativa individual y el azar, que del estudio acucioso y científico de nuestra realidad.

El segundo parámetro que nos ayuda a discutir la orientación tradicional del estudio de los roles se refiere a que, manteniendo como constante la variable "profesiones" en el análisis de la situación de salud, pierde importancia un hecho capital: tales profesiones son, o no, adecuadas a una determinada realidad. En estos términos, los recursos humanos útiles y necesarios para controlar tal situación de salud, se expresan en términos de enfermeras, matronas, nutricionistas, médicos, etc. y no en términos de las actividades concretas a desarrollar. El resultado es obvio: la situación de salud se observa en términos de "profesiones" con lo

* Bachiller Mayor en Antropología. U. de Concepción. Licenciado en Salud Pública, actualmente se desempeña como Ayudante de la Unidad de Epidemiología en Depto. S. P. y Medicina Social. U. de Chile.

cual agregamos a nuestro lente un hermoso e iridiscente prisma. En efecto, al igual que en la conocida ley óptica, según cual sea el observador, percibirá mejor esta o aquella longitud de onda, éste o aquél déficit o superavit de personal.

Los colegios profesionales con encomiable "esprit de corps" como han escrito algunos, llegan a transformar esta actividad, en principalísima dentro de su quehacer. Nuevamente el producto —en forma independiente de los deseos de nadie— es una defensa de privilegios grupales y una lucha por nuevos avances que, sin embargo, pueden estar —y a menudo lo están— lejos de las necesidades apremiantes de nuestra población. En efecto, ¿quién debe atender al R. N.: la enfermera, la matrona o el neonatólogo? La respuesta de una madre sería: "el que sepa" o "el que esté" con lo cual se sanja la discusión. No importa cual sea el profesional que tenga la responsabilidad. Alguno debe ser preparado para ello si no lo hay; y si existe, no tiene objeto preparar otro. En situaciones de emergencia: aislamiento, catástrofes, debe asumir la labor quien se encuentre más cercano a ese campo de acción.

Así las cosas, no cabe duda que es necesario replantear la situación de recursos humanos en la atención de salud, pero no en función de nuestros deseos, de nuestra peculiar forma de encarar la realidad, sino en base a ella misma, directamente. Esto nos dará un punto de apoyo sólido, al cual consultar en caso de duda, con la ventaja de que siempre estará presente.

Este es el objeto de este pequeño trabajo. Resulta sin embargo, imprescindible discutir, previamente, algunos conceptos teóricos y vaya aquí una última reflexión introductoria.

Cuando decimos "teórica", pensamos que teoría, buena teoría, es decir la única que existe, es aquella que traduce un caudal de praxis debidamente analizada. Así la dicotomía entre ambos conceptos desaparece dialécticamente y es más bien un problema de "momento".

2. El concepto de rol.

Ha sido este un concepto especialmente controvertido (—2—3—4). Incluso su enunciación lexicográfica ha sido impugnada proponiéndose su reemplazo por "papel". Creemos que no representa ninguna ventaja, por cuanto la polisemia se mantiene. Sin embargo, resulta útil detenerse en el significado mismo del concepto.

Linton, considerado clásico en la materia, utiliza el vocablo "función" como sinónimo de "rol" y lo expresa como... "cuando se lleva a efecto los derechos y deberes que constituyen el status, el individuo está ejecutando una función" (5).

Por otra parte, Gerth y Wright Mill lo expresan como: "...unidades de conducta que, por su recurrencia, resaltan como regularidades (6).

En nuestro medio, el de la Salud Pública, ha sido expresado como: "Una familia de expectativas que se comparten acerca de las conductas, de las ideas y aún de los sentimientos que debería tener el ocupante típico de una posición determinada" (7).

Creemos que hay ventaja, derivada de mayor claridad, en los conceptos de Linton Gerth y Wright Mills. Primariamente, el rol es algo que se hace, y con cierta regularidad. El rol es, entonces, actividad, conducta. Ahora, si esa actividad es adecuada a la situación concreta, la actividad será una actividad funcional, que el mecanismo semántico del elipsis transforma en "función". Así, rol y función son sinónimos en el lenguaje de Linton. Esto debería sernos de tremenda utilidad en el futuro: nuestro rol es lo que hacemos. No obstante, la variable tiempo agrega complejidad a nuestro concepto.

Cuando, transcurriendo en el tiempo, cierta actividad ha alcanzado la condición de funcional (8) y ésta ha alcanzado el reconocimiento del grupo como deseable, se transforma en una norma, es decir, en una actividad funcional socialmente deseada y, por ende, valorada.

Este reconocimiento alcanza su máximo refuerzo y formalización cuando la norma se hace obligatoria, so pena de castigo, es decir, cuando se transforma en ley. Es ésta dimensión histórica la que hace posible distinguir entre un *rol ideal*, vale decir la norma o ley del grupo en cuestión y la actividad concreta, real, ejecutada en la práctica, para la cual se reserva el nombre de *rol real*. Esto es, lo que se espera que hagamos y lo que realmente hacemos. A pesar de ello, la situación no queda totalmente esclarecida con estos dos conceptos, puesto que existe una tercera dimensión, que es la adecuación de la actividad al objetivo o a la situación problema, esto es, aunque parezca redundante, un *rol funcional*. Esto nos permite distinguir entre lo que hacemos, lo que se espera que hagamos y la utilidad de nuestro hacer.

Habitualmente, los estudios sobre roles, en nuestro medio, trabajan ya sea con roles reales, ideales o ambos (9—10—11—12). No obstante, lo que a nuestro juicio es la categoría máxima de validación, es decir, utilidad o concordancia con el objetivo, con la realidad, queda de lado.

En estas condiciones, resulta lícito considerar que, primariamente, los roles son conductas pautadas culturalmente cuya fuente de determinación son los objetivos que pretenda cumplirse.

Esto nos lleva ante un nuevo problema. ¿Cuáles son los objetivos? En general, se trata de la satisfacción de necesidades de un grupo. En el caso concreto de salud, se trata de aquellas necesidades (13) que le conciernen. *Con lo cual los roles profesionales deben resultar primariamente de las necesidades del grupo al cual sirven.* Cualquier otra variable, por importante que fuera debería ser considerada como secundaria a ésta, fundamental. De esto fluye, por otra parte, que *para una buena identificación de roles se requiere un buen análisis de necesidades, esto es un buen diagnóstico de salud, lo que equivale a un adecuado y riguroso estudio epidemiológico de nuestro medio.*

El rol ideal se ve influido por numerosas variables tales como tradición, escala de valores, etc. que pueden encontrarse muy alejadas de una realidad contingente. El rol real, por su parte, puede encontrarse limitado por factores muy domésticos: escasez de recursos, personalidad del ejecutor, etc. Esto nos lleva a pensar que el concepto de rol funcional tal cual lo hemos esbozado más arriba puede constituir un parámetro más fiel que los anteriores para un intento de clasificación de los roles en el equipo de salud.

Inseparable del concepto de rol, es decir, de la actividad que alguien desempeña, es el concepto de status, el cual se encuentra dimensionado como "un conjunto de derechos y deberes" (14). Este concepto implica también una pauta conductual: derechos y deberes. Pero además de ello connota una idea de mayor o menor valor, de prestigio. Esto hace que el status sea un juicio valorativo del rol de una persona, lo cual hace pasar desapercibido un factor tan importante como aquél y que a veces algunos identifican: la posición. En efecto, independientemente de la percepción de otros, la ejecución de una actividad determina una ubicación del ejecutante en relación con el objetivo o situación en estudio. Esta posición, cuando es valorada adquiere la fisonomía de un status. De hecho, la mayor o menor importancia de una posición dada es determinada por la relación real entre tal posición y el objetivo, en cambio el mayor o menor status no depende de éste, sino de la escala de valores del grupo social en cuestión.

Esta dicotomía es importante para un análisis objetivo de las distintas posiciones y status que conforman el equipo de salud u otro cualquiera. Que ambos no siempre coinciden es un hecho de observación corriente; por otra parte, la lucha por aumentar prestigio y status es, a menudo, más motivante que rendir servicios más eficaces a la colectividad.

3. La división del trabajo y el concepto de equipo.

En otra parte (15) hemos expuesto con mayor latitud que este concepto conlleva una definición ideológica de proyecciones ilimitadas. En efecto, equipo es el opuesto de individuo y como tal, trabajo en equipo se opone a ejercicio liberal.

El trabajo en equipo y la definición de los roles encuentran su explicación en un proceso de la realidad que penetra toda forma de organización: la división del trabajo, al extremo que podría ser lícito preguntarse si la una puede existir sin la otra.

Toda vez que aumentan las actividades a desarrollar así como los objetos o sujetos de tal actividad, el resultado es una división del trabajo. Tal división puede alcanzarse de acuerdo con Marx (16) por dos vías diferentes: iguales que aunan un trabajo homogéneo, común, para alcanzar una meta compartida, o bien, especialistas que aunan trabajo heterogéneo, en función de objetivos comunes. Durkheim (17), está también de acuerdo con esto, aunque no lo menciona, y llama a ambas formas, respectivamente: solidaridad mecánica y solidaridad orgánica. Uno y otro autor ponen el acento en características diferentes del proceso pero, sin embargo, éstas resultan ser complementarias. Para Marx, sin desconocer la cooperación que coloca como base, la repercusión más importante es que "... la división del trabajo permite, pues, producir más en menos tiempo a lo que es lo mismo, potencia la fuerza productiva del trabajo" (18). Durkheim, en cambio dirá "... el efecto más notable de la división del trabajo no es que aumenta el rendimiento de las funciones divididas, sino que las hace solidarias de modo que la división del trabajo es la fuente, sino única, al menos principal de la solidaridad social" (19).

Estas dos consecuencias no son, sin embargo, las únicas que fluyen del análisis del proceso de división del trabajo. Entre otras podrían anotarse las siguientes:

a) Existe una relación entre el tipo de división del trabajo y el modo de producción imperante, lo cual por su parte caracteriza el sistema económico-social concreto en que éste se desarrolla. Así, por ejemplo, la primera forma de división del trabajo, o cooperación simple, caracteriza un modo artesanal de producción, lo que es propio de una economía cerrada de corte pre-capitalista. La cooperación compleja, en cambio, es característica de la forma manufacturera de producción símbolo del capitalismo como estructura productiva. En connotación moderna, la primera es una forma artesanal o

artística de producción, la segunda es una forma técnico-científica, en desarrollo, debiendo alcanzar su cúspide con la industria.

b) La segunda forma de división del trabajo, cooperación compleja de Marx o solidaridad orgánica de Durkheim, se caracteriza además por la aparición de un fenómeno que Marx denominó (20) "obrero colectivo". En efecto cada uno de los obreros, trabajadores o miembros del equipo, sólo realiza una parte del trabajo total, sólo produce una parte del producto final, lo que lo hace substancialmente diferente del proceso artesanal en que un mismo individuo controla todas las etapas del proceso de producción. Esto trae diversas consecuencias:

b.1. Ningún miembro del equipo es responsable del trabajo total lo cual da lugar a eludir responsabilidades fácilmente. Simultáneamente ninguno de ellos produce valores de uso, mercancías, sino solamente partes de ellas.

b.2. Esto establece que, según el tipo de trabajo que se trate, haya una solidaridad imprescindible, necesaria, sin la cual el trabajo de ninguno de los miembros tiene sentido.

b.3. Así mismo, establece ciertas etapas del trabajo, mutuamente sucesivas y no intercambiables una vez fijadas, lo que se traduce en que ciertos trabajadores son los abastecedores directos de los siguientes.

b.4. A ello se agrega que, como no todas las etapas tienen igual complejidad, se produzca cierta proporcionalidad entre unas y otras etapas, entre unas y otras actividades o roles, de modo que la expansión del proceso sólo puede tener lugar, racionalmente, mediante el aumento modular, es decir, por unidades que contengan proporcionalmente los diferentes trabajadores. Si así no se hace, habrá pérdida de tiempo, recursos, dinero y motivación.

b.5. Como corolario, se establecen posiciones dentro del sistema, del equipo, que tiene más o menos preeminencia y/o poder, y a los cuales se asigna un status correspondiente, el cual suele persistir aún cuando la posición se haya modificado hace largo tiempo.

Todos estos elementos, y otros que por el espacio debemos dejar de lado, caracterizan el trabajo cooperativo, el trabajo en equipo. El equipo de salud no hace excepción y estas características son perfectamente válidas para él. Es en este contexto donde adquieren utilidad y validez los conceptos de roles, status y posición analizados anteriormente.

El proceso de división del trabajo dentro del equipo de salud adquiere sin embargo rasgos peculiares, los cuales al parecer, no han sido suficientemente analizados. Tampoco pretendemos hacerlo en este momento aunque parece imprescindible reseñarlos brevemente.

3. 1. Los profesionales.

En primer término, la mayor parte de los roles del equipo son ocupados por personas que reciben la denominación genérica de "profesionales". Tal adjetivo resulta particularmente poco claro; no obstante, sus implicancias prácticas son de gran alcance. La primera de ellas es que los llamados profesionales —a los cuales se agrega a veces "y técnicos"—se separan del resto del equipo en términos económicos y de status, dejando un grupo de miembros segmentados bajo la denominación curiosa de "trabajadores de la salud", con lo cual se tiene derecho a pensar que los profesionales y técnicos no lo son. Sin embargo, esto no es todo. Dentro del estamento profesional existen los médicos y los profesionales llamados de "colaboración médica", los cuales, por supuesto, están sujetos a un régimen económico y a status diferente. Y no sólo eso, sino que aún se comportan de acuerdo a normas propias y se organizan de modo especial: en una palabra son miembros de una subcultura particular en el sentido en que los antropólogos utilizan el término.

¿Qué significa todo esto? No resulta fácil orientarse. Sin lugar a dudas, tal estratificación tiene una base educacional, en el sentido de que los miembros de cada estrato se distinguen de los demás por un mayor o menor número de años de estudio. No obstante, las diferencias de mayor envergadura parecen ser la remuneración y el status que la sociedad les asigna.

En este terreno, es necesario aclarar entonces: a) ¿Qué es un profesional y cómo puede diferenciarse de otros trabajadores o miembros del equipo? b) ¿Cómo se puede, si es que se puede "jerarquizar" a los diferentes profesionales?

Al parecer, Parsoms (21) es entre los sociólogos que se han ocupado del tema, quien lo ha analizado más profundamente sin que ello signifique haberlo agotado.

Parsoms caracteriza la pauta profesional así: —Por la racionalidad.

—Por la competencia técnica, la cual se adquiere a través de funciones específicas, confiando autoridad.

—Por el universalismo, esto es por la validez general de su accionar, independientemente de quien sea el que realiza la acción: la ciencia es universalista en el mismo sentido, sean sus seguidores bolcheviques o norteamericanos capitalistas.

Se menciona una cuarta característica, a la cual Parsoms quita importancia y ella se refiere a la motivación altruista de los profesionales, por oposición a los hombres de negocios, cuyas motivaciones serían egoístas. Dice, textualmen-

te, ese autor: "Pero en contraste con los negocios, las profesiones se distinguen por su "desinterés". No se concibe el profesional empeñado en la búsqueda de su beneficio personal, sino prestando servicios a sus pacientes o clientes, o valores impersonales, tales como el progreso de la ciencia. De ahí que, en este contexto, las profesiones resultan atípicas, (para algunos incluso, una mera supervivencia de las corporaciones medievales). Algunos piensan que estas esferas se están comercializando progresivamente, de modo que, como estructuras distintivas, probablemente desaparecerán" (22).

Si éstas son las características de un profesional, todos los miembros del equipo las poseen, en más o en menos, pero las poseen. Quien podría discutir la competencia técnica de una auxiliar de enfermería para colocar un tratamiento parenteral. Lo mismo cabe decir de su racionalidad y universalismo. Lo que caracteriza en cambio, la diferencia es el nivel de la atención prestada. Se coincidirá, probablemente, en que la auxiliar no está preparada para velar por la *atención integral* del paciente, cosa que, en cambio, posee la enfermera. No discutimos el interés o desinterés del profesional, porque en cuanto trabajo asalariado es característicamente desinteresado: cualquiera sea el número de operaciones de un cirujano y cualquiera sea el esfuerzo gastado en ellas, desde una apéndicectomía a un trasplante renal, el salario sería el mismo. No es así, en cambio, el ejercicio liberal o el trabajo médico en el **SERME-NA**: allí, Parsoms lleva todas las de ganar y el desinterés no podría considerarse una diferencial del profesional. Con todo lo cual, nos parece que la delimitación de lo que es un profesional requiere aún de mayor análisis.

a) Racionalidad: se refiere a un proceso de validación de los cursos de acción, de los roles o actividades, con un parámetro general que es el razonamiento científico.

b) Competencia técnica: que deriva en autoridad técnica la cual es consecuencia de la anterior, llevada a la práctica. Ambos elementos se aseguran por una preparación adecuada y suficiente, la cual es proporcionada por los estudios universitarios.

c) El universalismo científico es justamente el "substratum" de todo lo anterior, con lo cual el profesional basado en el, había de ser, también, universal.

d) En cuarto lugar, afirmamos que la condición de profesional permite que en algún campo, o en algunos campos, se sea capaz de tener y proporcionar un control completo de la unidad en estudio, sea ésta individual o colectiva sin más limitación que la que tenga el conocimiento científico imperante. Esto es, que la dis-

ciplina que se cultiva permite a quien lo ha hecho durante un mínimo de tiempo —sancionado socialmente a través de Universidades, Soc. Científica, etc.— un nivel suficiente de generalización y de operacionalización de los conocimientos adquiridos. Por supuesto, si la realidad es única, los campos de unas y otras profesiones serán colindantes y aún se superpondrán estableciendo jerarquías para algunas acciones pero no para todas.

Siendo esto así, la segunda pregunta se contesta automáticamente: cuando dos o más profesiones tienen campos colindantes la jerarquía variará de acuerdo con la actividad a desempeñar, debiendo reconocerse la competencia técnica como patrón de comparación y jerarquización. Ello supone que a veces una profesión será más competente que otra pero que en la situación siguiente, la relación pueda invertirse.

e) Nuestra cuarta característica de las profesiones —que a falta de mejor denominación proponemos llamar "*integralidad*"— se apoya en hechos históricos que, asimismo caracterizan tal condición. En efecto, el que se compare las profesiones de hoy con las corporaciones medievales —aparte las evidentes diferencias— no es fortuito. Tanto unas como otras se caracterizan por una *forma artesanal* de producción esto es, son integrales, tienen *toda la unidad del proceso en su mano*, al menos en ciertos rubros y principalmente en ciertas situaciones. Así, por ejemplo, la enfermera que presta atención psicológica a un paciente, tiene ese proceso completo en sus manos en forma similar a un talarbartero de los tiempos medievales con sus artículos de cuero. Asimismo, hay cierta connotación artística, en el sentido de calidad y de cierto preciosismo en la ejecución profesional que le es característica, la cual es común con las formas artesanales de producción.

De ahí que pueda caracterizarse a las profesiones como roles de trabajo que comparten características de un modo de producción y manufacturero, simultáneamente, esto es, son integrales e independientes en ciertas situaciones, pero dependientes y especializadas en otras.

Existen otras características relativas a las formas de integración y estructuración sociales, de sus formas de presión socialmente, de los grupos de referencia hacia los cuales se orientan, etc. pero todos ellos requerirán de un análisis que cae fuera de los límites del presente trabajo.

3. 2. La organización burocrática.

El equipo de salud está adscrito a una institución burocrata —en el sentido sociológico y no peyorativo del término— por lo cual el acce-

so a él, se hace a través de asumir "cargos", esta situación implica ciertas características que resulta útil aclarar. Dice Parsons (23) "Nuestras jerarquías administrativas, p. ej. en una organización comercial o en un organismo gubernamental, implican una pauta institucional que es predominantemente universalista y funcionalmente específica. La autoridad se distribuye y se hace válida sólo dentro de la esfera limitada del "cargo" y el acceso a éste se regula mediante patrones universalistas. Pero una tal pauta no describe nunca enteramente la estructura concreta. Los varios cargos son ocupados por individuos concretos, con personalidades concretas, que mantienen concretas relaciones sociales particulares con otros individuos. Es difícil hacer la rígida distinción institucionalmente impuesta entre la esfera de los poderes y la obligación del cargo, y aquellos que le pertenecen "personalmente" al individuo.

En otras palabras, todo cargo es un binomio "personal-burocrático" indisoluble y las actividades que lo componen, esto es el rol a desempeñar, dependen también de este binomio. Las relaciones intra y extraorganizacionales están siempre influidas por esta doble dimensión: personalidad y burocracia. Individuo y colectividad simultáneamente, esta diada es fuente de conflicto, la impersonalidad del cargo con la propia personalidad. Estas consideraciones son fundamentales para sostener un concepto del rol de los miembros del equipo, toda vez que no siempre autoridad y liderazgo coinciden.

3. 3. Liderazgo y equipo de salud.

Todo sistema o subsistema — y el equipo de salud es uno de ellos — conlleva la existencia de elementos — *los miembros* — que se interrelacionan de cierta manera — *estructura* — para cumplir ciertos fines *las necesidades de la población*.

Dentro de esa estructura cada miembro ocupa cierta posición, la cual queda valorada por el o los status — *adscritos y adquiridos* — que se atribuyen. Estos, a su vez, dependen de la escala de valores que ese grupo cultural posee: así por ejemplo, en nuestro medio el médico posee — *bien o mal* — mayor status que el profesor; pero esto no es así en todas partes, fuera de que en todas partes hay excepciones a la regla. En la práctica, el status adquirido se obtiene a través del desempeño de roles, es decir, a través de actividades, las cuales se encuentran culturalmente valoradas. Así, parece ser más o igualmente importante, en nuestro medio habitual, poseer un título profesional que ejercer la profesión misma.

Esta situación se ha institucionalizado de tal manera que se ha asignado jerárquicamente la

autoridad a los profesionales de mayor status, estén o no capacitados para ello, con lo cual — en el ámbito de salud — los médicos desempeñan siempre tales funciones: "son jefes" por definición. Más aún, son "Señores" en el sentido etnosocial de Lipschütz (24), puesto que los jefes están al servicio de sus compañeros y, en cambio, los "señores" tienen a sus compañeros a su servicio. Sin embargo, ocurre que el mayor ascendiente, la "influencia" en el sentido de Merton (25), es algo que no se obtiene sólo por competencia técnica o por legitimación formal o legal, sino que se alcanza por la suma total de capacidades de una persona frente a una situación concreta: esta influencia se conoce como *liderazgo*. De modo que no siempre liderazgo y jefatura coinciden: más aún, el liderazgo es rotativo, depende de la situación y del grupo de personas que la enfrentan. Con esto queremos destacar que el liderazgo y, por ende, la mayor influencia, no es atributo de las variables formales exclusivamente, sino también y en forma muy importante de las informales. Por lo tanto, este no es un rol privativo del médico ni de ningún otro profesional o miembro del equipo.

La condición de autoridad del médico en la estructura burocrática del S.N.S. se apoya como ya lo dijimos en la "competencia técnica" y ésta se refiere sólo a cierto campo profesional estricto. Habitualmente este campo, para el médico, es "salud" y se supone — *algo a priori* — que él es el más capacitado en tal campo. Esto fue cierto en una época y si nos remontamos lo suficiente, fue absolutamente cierto para el médico de los tiempos de Smeón de Crotona, Hipócrates e incluso Galeno. Sin embargo, ya en la Edad Media esto no era cierto y, en tiempos de Ambroise Paré, el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica — en manos de barberos — dejó tal aseveración definitivamente obsoleta. Desde entonces hasta hoy, el aumento de la población, la vastedad del conocimiento alcanzado, el desinterés médico por ciertas temáticas de salud — *todo lo que no es clínica diagnóstica y terapéutica* — ha hecho que, proporcionalmente, su "competencia técnica" en el dominio de la salud, se haya restringido a un área mucho menos inclusiva. Esto hace que su "autoridad" pueda ser puesta en tela de juicio. El desarrollo de la Salud Pública o Medicina Social ha hecho recuperar algo de terreno, pero es una especialización que, por definición, está al alcance y al servicio de todas las profesiones de la salud. En estos términos, son muchas las profesiones que reclaman hoy, con justicia, la plena posesión de todas sus características. Puesto que poseen racionalidad, competencia técnica, universalismo, integralidad y dosis suficien-

te de artesanía, parece obvio que posean una adecuada asignación de roles y los status consiguientes. Esto requiere, sin embargo, una valoración adecuada de las funciones que cumplen, es decir, que sean vistos como lo que realmente son —buenos y malos aspectos— superando prejuicios tradicionales arcaicos. Sobre enfermeras y matronas como sobre los cirujanos antaño, pesan hoy prejuicios de clase y prejuicios académicos; pero ¿quién se atrevería a recordar a nuestros colegas cirujanos los orígenes humildes de su arte? ¿y a los internistas mismos? ¿quién podría hoy imputarles errores de los tiempos de Celso?

En definitiva, se requiere un cambio importante en la valoración de nuestros compañeros de otras profesiones porque, dicho sea taxativamente, somos los propios médicos quienes a menudo dificultamos la integridad de otras profesiones. Esto no se logrará fácilmente y es menester que nuestras Facultades de Medicina ad-

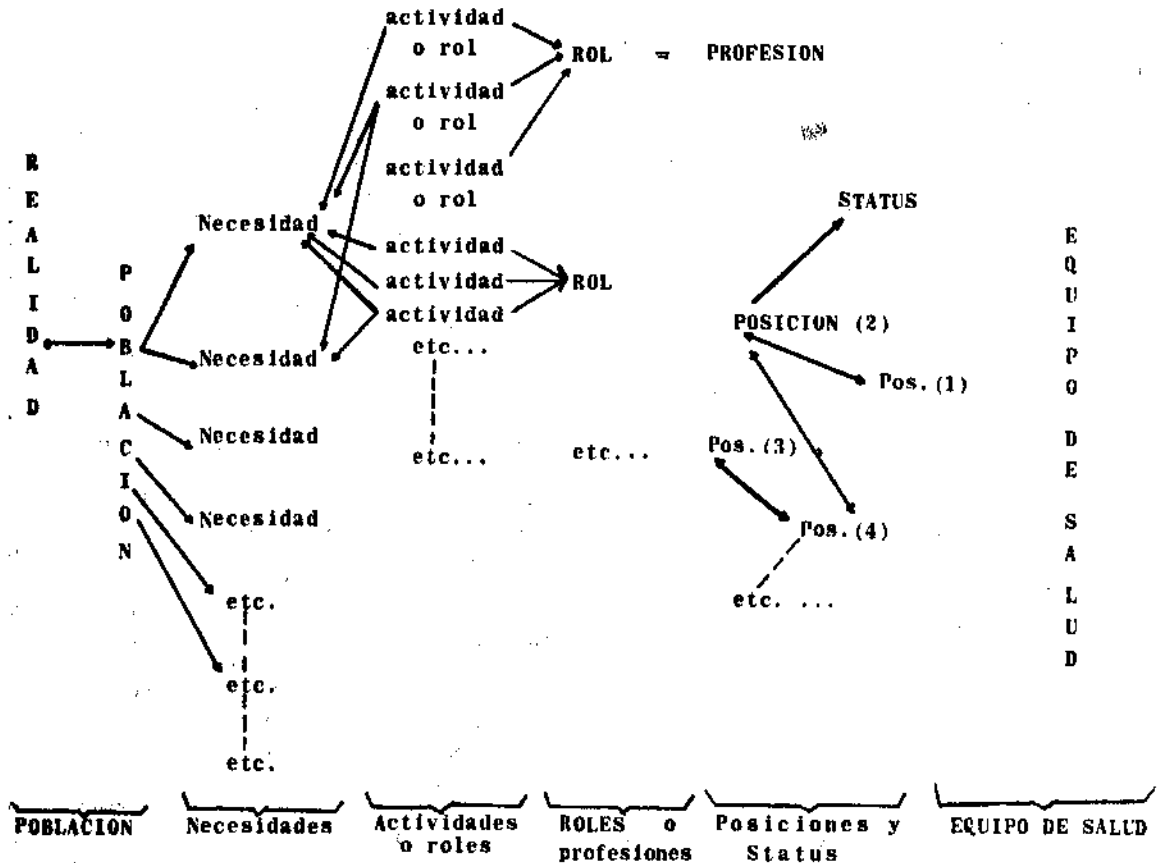
quieran conciencia clara de este problema y le dediquen la atención y recursos que su importancia requiere.

4. *Bosquejo para una teoría y una praxis de los roles.*

Al análisis anterior tiene por objeto fundamentar una manera de enfocar el problema de los roles en el equipo de salud que se esquematiza parcialmente en el cuadro adjunto.

Para ello nos basamos en los siguientes acápite:

- a) La atención en salud debe entregarse con algún grado de división del trabajo;
- b) El ejercicio profesional se hace en grupos multiprofesionales, lo cual genera la necesidad del trabajo en equipo;
- c) Este trabajo cooperativo se ve dificultado, entre otras razones, por la imprecisión de los profesionales y en cierta medida, por el gran número de miembros de tal equipo;



MODELO DE RELACION DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACION Y EL EQUIPO DE SALUD QUE DEBE SATISFACERLAS (Véase texto)

d) Las limitaciones económicas de nuestro sistema socio-político y educacional no permiten pensar que, en un lapso aceptable, pueda alcanzarse "índices satisfactorios" "profesionales-actuales habitantes" para todas ellas, no existiendo para algunas ni siquiera estudios preliminares. A ello se agrega que, aún cuando pudieran formarse, nadie podría asegurar que los egresados tuvieran oportunidad de empleo. Así, por ejemplo, entre las razones aducidas para el cierre del Primer Año en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja de Santiago, se invoca la insuficiencia de mercado profesional.

Todo esto se conjuga con anterior análisis de los principales factores a considerar en la determinación de roles. Esto es: tipo de división del trabajo, posición y roles, necesidades de la población, liderazgo y autoridad, profesionales, etc. para entregar las bases de un sistema de racionalización del equipo de salud. Existen otros factores importantes que no hemos analizado por falta de espacio y de información suficientes, como por ejemplo las relaciones actuales en la formación académica de las distintas profesiones de la salud. La pauta que hemos elaborado y que no pretende sino servir de instrumento de trabajo supone:

4. 1. Que la categoría decisiva y fundamental son las necesidades de salud de la población, las cuales requieren de un estudio acucioso y profundo que ponga de manifiesto la real situación epidemiológica del país. Probablemente este sea el punto más difícil de cumplir por su gran complejidad precisándose desde un concepto operacional de "necesidad" ("26") hasta recursos humanos calificados que permitan la ejecución del diagnóstico. No obstante, en las condiciones actuales, un buen análisis de los datos existentes permitiría una primera y útil aproximación.

4. 2. Que tales necesidades, una vez definidas, pueden ser satisfechas mediante *actividades*. Cada una de ellas corresponde a un rol; el conjunto de actividades que una persona desempeña corresponde a su rol que para los efectos de este estudio se confunde con el concepto de profesión.

4. 3. Que tales actividades se ejecuten mediante el uso de ciertas técnicas y procedimientos, los cuales son los instrumentos mediante los cuales se ejecuta el rol, por lo cual definen característicamente al rol funcional. En esa forma deben orientar los estudios académicos de manera que incluyan los elementos teóricos y prácticos que permitan la correcta utilización de tales técnicas y procedimientos.

4. 4. Que, dado el enorme bagaje de instrumentos, técnicas y procedimientos; que se en-

cuentran en uso, estos deben agruparse de acuerdo por lo menos, a tres criterios básicos.

A. Técnicas de observación, diagnóstico y control.

a) *Técnicas generales*. Aquellas que usan prácticamente todos los profesionales v. gr. técnica de encuesta (encuesta o entrevista de la A. S., anamnesis médica, de enfermería y matrona, etc.), técnicas educativas, técnicas de observación comunes (inspección y palpación, etc.).

b) *Técnicas especiales*, cuyo uso se reserva a ciertos miembros del grupo: fleboclisis, scintigramas, audiometría, etc.

B. Técnicas afines para desarrollar una misma actividad o actividades colindantes.

C. Número y calidad de técnicas que puede dominar una misma persona en un plazo dado de tiempo —entrenamiento profesional o universitario— lo cual permite satisfacer una o más necesidades de la población.

4. 5. Que la realidad en salud debe enfocarse al menos bajo dos continuums distintos:

a) biológico — socio-cultural;

b) individual — colectivo.

los cuales requieren, cuando menos, de atención proporcional según sea el diagnóstico de situación que se haya hecho.

4. 6. Que, en tales condiciones, no sólo los roles profesionales, sino las profesiones mismas deben ser el producto, permanentemente adecuado, de la combinación de las distintas técnicas de observación, diagnóstico y control, generales y especiales, las cuales se agrupan según afinidad y capacidad promedio de ser aprehendidas por los estudiantes, en un plazo también promedio.

Esta determinación permitiría, fundamentalmente:

a) Actuar siempre en función de la realidad concreta, de las necesidades objetivas y subjetivas de la población;

b) Que las destrezas y habilidades profesionales fuesen coherentes entre sí, evitándose gamas excesivas que, inevitablemente, caen en el desuso posterior;

c) Que la delimitación de roles fuese lo más racional y precisa posible, evitando conflictos absolutamente innecesarios;

d) Que la formación académica fuese uniforme, de alto nivel, flexible y adecuada para todos los profesionales.

5. Limitaciones.

No se nos oculta que nuestro esquema tropieza con dificultades de extraordinaria importancia, pudiendo agruparse así:

5. 1. Limitaciones de orden conceptual.

Si bien nuestro criterio de realidad se basa en los aspectos más universales, no contempla a los propios grupos profesionales actuales como formando parte de ella; esto significa que, tarde o temprano, esos grupos lucharán por su existencia como tales, constituya esto o no, un beneficio para la población. Más aún, tal beneficio no será nunca puesto en duda, al menos por los miembros del grupo dado. La resistencia que tales organizaciones pueden oponer es de consideración y podría crear problemas de enorme envergadura.

5. 2. Limitaciones basadas en el status.

Esto puede manifestarse de distintas maneras: defensa de privilegios legales como la que protege a los profesionales del Estatuto Médico-funcionario o de privilegios abiertamente económicos como la atención de partos por las matronas o los laboratorios ópticos de los tecnólogos médicos, en forma liberal. Cualquiera iniciativa que pretenda terminar con estas franquicias, o extenderlas a otros profesionales, puede desencadenar verdaderas batallas campales por la mantención de statu-quo.

5. 3. Limitaciones formativas.

La preparación de profesionales con las nuevas características exigirá la redefinición de la formación profesional dentro de las Facultades de Medicina a objeto de adecuarlas a la

realidad nacional. Es necesario hacer notar que los problemas metodológicos profesionales no son singularmente trascendentales, toda vez que lo que experimenta mayor variación son las técnicas y procedimientos.

5. 4. Limitaciones legales.

Congruente con lo anterior, sería necesaria la modificación de numerosos cuerpos legales, con las consiguientes dilaciones y distorsiones, más o menos importantes. Sin embargo, este proceso permitiría un notable enriquecimiento de las ideas propuestas y, eventualmente, su sustitución por puntos de vista de mayor alcance e integralidad.

5. 5. Limitaciones culturales.

A todo esto, es preciso agregar las limitantes de orden cultural, ideológico y valorativo. No es fácil decidirse a poner en duda sistemas que han prestado señalados servicios durante largos años, lo cual tiende a valorizarlos por sí mismos.

En resumen, diríamos que:

- a) La actual concepción y composición del equipo de salud es equívoca, conflictiva y se guía por concepciones apriorísticas y acientíficas;
- b) Se hace imperativo el reestudio colectivo a nivel Universidades, Servicio o Ministerio de Salud, de los roles profesionales;
- c) De la misma manera, y a posteriori o junto a lo anterior, debería realizarse un Seminario de Formación Profesional de todas las profesiones de la salud;
- d) Las ideas expuestas en este artículo pudieran servir como contribución preliminar y estímulo para ulteriores investigaciones sobre el tema.