

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

Podríamos afirmar que el título del trabajo del Dr. Díaz resume en pocas palabras la amplitud de su interesante contenido. Sin embargo, fuerza es destacar, por lo menos, que los múltiples temas abordados en su desarrollo dan, en los tres capítulos que integran este estudio, particular relieve por la originalidad de su exposición a materias de tanto interés como son las relativas a la inversión en salud, la tecnología médica y el gasto médico en lo pertinente a salud y economía; a las interpretaciones de la enfermedad, a la adaptación del rol del enfermo y a la subcultura de la profesión médica en lo referente al ámbito cultural de la sociedad; y al papel de la función médica en la vida social. Por todo ello, la apretada síntesis teórica de temas íntimamente conectados a una realidad que muchos pretenden desconocer, ha de resultar de verdadero interés para estimular las investigaciones sociales relacionadas con la salud pública.

Una necesidad emergente. Investigaciones sociales relacionadas con la Salud Pública Problemática y perspectiva ***

Dr. SALVADOR DIAZ P. *

Este documento intenta presentar una visión panorámica de algunos problemas fundamentales de la Salud Pública **, analizados con la ayuda de los aportes teóricos y metodológicos de las ciencias sociales, con la intención de estimular su investigación y contribuir por medio de ella a una solución racional de los mismos. Se pretende definir ciertas áreas problemáticas, esbozar algunas de las hipótesis que nacen de la observación y del conocimiento actual y delinear algunas de las líneas de investigación que ellos sugieren. La presentación es necesariamente incompleta y muchos asuntos importantes han sido apenas comentados en sus aspectos más fundamentales.

La descripción de los fenómenos atingentes a los distintos campos sociales que tienen relación con el área de salud permite:

—Objetivar un panorama integral de los problemas.

—Fundamentar proyectos, que por ahora se esbozan como líneas de pensamiento y acción y que ulteriormente deberán ser elaborados en su parte teórica y expresados en términos de investigación.

—Destacar la necesidad de adquirir conocimientos de las relaciones recíprocas entre esos fenómenos sociales y la salud haciendo emerger la investigación como una tarea de gran prioridad, y

—Ensayar predicciones o efectos de las medidas o procedimientos en uso actualmente o de los que se propongan aplicar en el futuro.

1. *La salud y el ámbito económico de la sociedad.*

La población para satisfacer sus necesidades utiliza los recursos naturales de que dispone, modificados o no por la tecnología. El nivel de necesidades satisfechas se expresa por las condiciones en que vive un grupo de personas en una sociedad y puede ser entendido solamente en el marco de referencia de esa sociedad. Lo "social" puede expresarse como una descripción de los hechos relativos a las condiciones de vida de la población o en forma de conceptos sociales que intentan la generalización o explicación de los hechos pertinentes (situación social, desarrollo social, niveles de vida, etc.). Lo social es una expresión o traducción de cómo la sociedad usa y distribuye sus recursos o, en otros términos, es la exteriorización de lo "económico". Lo "social" es el fin, porque la meta es la satisfacción creciente de las necesidades —siempre en aumento— del hombre y, lo "económi-

* Jefe Departamento de Estudios, Escuela de Salubridad, U. de Chile.
Director Hospital Sanatorio "El Peral". Servicio Nacional de Salud.

** Considerando en ésta los asuntos relativos a la organización y prestación de la atención médica.

*** Comunicación enviada a los Sres. Decanos de las Facultades de Medicina de las Universidades de Chile, Católica, Concepción y Austral; al Presidente de la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y al Sr. Ministro de Salud Pública.

co" es el medio para el logro de esa meta. Ambos grupos de fenómenos forman en conjunto una unidad que se traduce en la situación social y económica de un grupo. A causa de esta estrecha relación y de las influencias recíprocas de estos dos aspectos, el concepto de crecimiento debe ser considerado como unitario, porque lo "económico" involucra lo "social" y éste último también lo "económico". Una de las consecuencias de este planteamiento es que se debe hablar de los efectos del desarrollo en el orden social y económico, es decir, los efectos económicos del desarrollo social y los efectos sociales del desarrollo económico.

El nivel de salud de una población es un componente de lo "social", y en consecuencia, es interdependiente de los otros componentes sociales así como también de los factores económicos en un grado no determinado.

De modo que la determinación de la forma en que los distintos factores están interrelacionados y de los efectos que un cambio primario registrado en un factor tendrá sobre todos los demás puede llevar al conocimiento de cómo elevar al máximo los efectos de una determinada política. La salud es una consecuencia o una resultante de múltiples factores que se influyen con diferentes magnitudes. La resultante salud es un efecto y también causa del desarrollo, dadas las interrelaciones estrechas que ella tiene con los otros elementos sociales y económicos.

Las consideraciones del párrafo precedente apuntan a situaciones cuyo conocimiento es impreciso, sin llegar aún a los niveles y requisitos de lo científico, y señalan varias interrogantes cuya investigación es imprescindible, tanto desde el punto de vista del conocimiento, como desde el punto de vista operacional, especialmente en la tentativa de una planificación integral o intersectorial. Se sugieren algunas de estas posibilidades de investigación en orden de su jerarquía, aún cuando no en orden de prioridades.

—Los efectos del desarrollo económico en el mejoramiento de los componentes del bienestar social con especial referencia a la salud.

—Los efectos del mejoramiento de los niveles de vida y de los niveles de salud en el incremento de la productividad.

—Los efectos de las inversiones en salud en la modificación de los niveles de salud en poblaciones con situaciones diferentes de desarrollo social.

—Los efectos de la capacidad de "compra" de los servicios médicos por una sociedad, en el planeamiento de los recursos humanos y materiales.

Es altamente probable que los efectos a corto y largo plazo de las inversiones en salud sean distintos según el grado de desarrollo social de

una sociedad. Es probable que inversiones en salud de distinta magnitud tengan efectos similares según las condiciones sociales; en otros términos, que haya una limitante al efecto de la inversión en salud derivada de las condiciones sociales. A un nivel de abstracción inferior es posible que ocurra algo semejante con la tecnología médica, y si ello fuera así, aparecería la hipótesis de que las técnicas médicas deberían ser elegidas de tal modo que sean compatibles con el desarrollo social para obtener el máximo de los efectos con el menor gasto. En términos generales, a cada grado de desarrollo social y por añadidura, a cada forma cultural, correspondería una tecnología médica. Esta hipótesis es distorsionada en cierto grado por los valores de los profesionales de la medicina y está en conflicto con ellos, como se señalará más adelante.

La potencialidad y amplitud de un mercado depende de una serie de factores, entre los que destacan el grado de desarrollo económico o disponibilidad de recursos totales; el valor que una cultura determinada asigne a la salud y la capacidad y agresividad de la oferta. La amplitud del mercado se mide a través de la cantidad o flujo de recursos que la sociedad destina a ese propósito y su expresión cuantificada es el Gasto Médico Nacional, que se compone del Gasto del Sector Público y el Gasto del Sector Privado. La cuantificación seriada de este gasto a través del tiempo, el estudio de su tendencia en relación a índices generales del desarrollo (por Ej.: el PGN) y de las tendencias recíprocas del Sector Público y Privado y por último su cuantificación en relación a estratos sociales y otras variables, establece el marco de referencia demarcatorio de las posibilidades de expansión de la organización médica. Sin el conocimiento de este fenómeno, todo planteamiento de expansión es vacío, ya sea en el orden de la cantidad de recursos humanos a formar o en las proyecciones de inversiones en capital físico para salud. El conocimiento de las necesidades insatisfechas de la población, de la morbilidad oculta, etc., no tienen posibilidades de traducción práctica o resolutive, sino dentro del marco señalado. Es obvio que el marco no es rígido, puesto que depende del desarrollo (que genéricamente supone progresión) y de las modificaciones culturales de la población, las cuales pueden inducir a esta última a modificar el patrón de gastos e inversiones.

2. La medicina y el ámbito cultural de la sociedad.

El hombre está inmerso en una cultura y en un medio natural cambiante. Cada hombre tiene una personalidad que lo hace único y en

gran medida constante. Esta personalidad está en relación permanente con el medio cultural y natural del cual está recibiendo estímulos y al cual está dando respuestas de diversa índole, y que en gran medida son respuestas "estandarizadas" o hábitos. Las respuestas implican un proceso de percepción, evaluación y decisión, previo a la acción, proceso que es influido por la personalidad y por los factores culturales que participan en la conformación de ella.

Esquemáticas de esta manera, las relaciones del hombre con su medio natural y cultural, se pueden concebir como una unidad en que el hombre y el medio constituyen un conjunto, un campo simultáneo estable y cambiante, con historia y futuro.

El estado de salud en su acepción más amplia y la sobrevida depende de las formas que toman las relaciones entre los elementos constituyentes del campo de reacción definido como la unidad "hombre y medio". Como medio, habitualmente se ha considerado el ámbito natural, modificado o no por la tecnología y se ha subestimado la condición del hombre como animal tribal dependiente de la ayuda, sostén y aprecio de su grupo, el cual envuelve también un factor potencial permanente de amenaza. La hipótesis de considerar al hombre y al medio en que vive como un campo simultáneamente estable y cambiante se fundamenta en la capacidad de adaptación o de modificación espontánea de la conducta frente a situaciones nuevas no estructuradas y explicables a través de teorías tales como la homeostásis, la teoría cultural de la auto-represión y la del comportamiento substitutivo. Las adaptaciones de las personas a las situaciones de la vida se hace en tres niveles de integración con el medio: como un organismo biológico al medio natural, como miembro o agente social a su sociedad, y como personalidad al medio cultural.

Lo que llamamos "medio" es un conjunto de factores heterogéneos en constante modificación. Cada uno de los factores del medio que agreden al hombre han tenido y tienen una importancia relativa o variable como agente causal de morbilidad en las distintas etapas de evolución de una sociedad determinada. El medio y sus características, así como la importancia relativa de los componentes agresores del hombre está relacionado o condicionado por el grado de organización social coetáneo que vive una sociedad. Y en consecuencia la cuantía y tipos de riesgos de las personas que componen una sociedad determinada, depende del nivel de desarrollo de esa sociedad.

El componente hombre y medio en constante flujo y reflujo de estímulos y reacciones adaptativas se manifiestan ya sea como equilibrio o como un desequilibrio accidental o permanente.

Esta última alternativa podría concebirse como desarmonía entre dos magnitudes distintas que son: la creciente y veloz modificación del medio y la relativa lentitud del desarrollo de la capacidad de ajuste del hombre. En tal caso la enfermedad, exteriorizada en grados diferentes no sería sino un fenómeno de adaptación o de expresión de la vida; como dice Wolf "es el precio que pagamos por una manera de vivir".

De este modo es comprensible, en un sentido genérico, que lo que hoy se percibe y se identifica como alteración de la salud o enfermedad comprenda una serie de situaciones que anteriormente estaban excluidas del vocablo porque se consideraban fenómenos naturales de la vida diaria. Estos últimos fenómenos se ven sometidos ahora a un trato conductual o de comportamiento que es semejante al que se aceptaba para los estados anteriormente definidos como enfermedad. Esta forma de comportamiento tiende a acentuarse aceleradamente como consecuencia de modificaciones culturales y estructurales de la sociedad (y por ende de los grupos profesionales de salud) especialmente cuando los cambios se refieren al grado de desarrollo socio-económico y al grado de interrelaciones con otras culturas.

La postulación de la hipótesis precedente permitirá una reformulación de la teoría de la enfermedad en el mundo contemporáneo donde se conjugarán factores naturales y sociales del medio con factores reaccionales de carácter biológico y social del individuo, es decir, con patrones tradicionales y ensayos de nuevas formas de respuestas adaptativas a las circunstancias imperantes del medio en una época determinada.

La conducta de las personas está influida por las ideas, creencias, valores y sistemas normativos de cada grupo social. Si bien es cierto que existe una herencia social universal, cada sociedad o segmento de ella tiene además formas culturales específicas, de manera que el estudio de uno de los aspectos sociales, la atención médica en este caso, no debe abstraerse del contexto cultural respectivo. Los factores culturales que actúan sobre el individuo influyen o condicionan la percepción de síntomas y la frecuencia con que se adopta el rol de enfermo, y ello interviene a su vez en la determinación de la cuantía de las necesidades y demandas médicas por parte de la población.

La identificación de la enfermedad la hace primeramente el lego, a partir de la existencia de varias circunstancias: aparición de síntomas externos, presencia de dolor, incapacidad de desempeño de su labor, iniciación brusca, o por la existencia de una serie de fenómenos de menor intensidad que producen una sensación de malestar. En todas estas situaciones se produce

en la persona enferma una percepción de "alteración de la salud". Si es un adulto, es una percepción consciente y si es un menor de edad o un adulto con deficiencia mental, la percepción por el enfermo es comunicada o transmitida por varios mecanismos a otra persona, quién la capta, percibe y actúa. En consecuencia antes de que el médico intervenga, hay siempre una identificación de la enfermedad por el enfermo, un allegado o un familiar, mediante una percepción consciente.

El nivel de percepción de los síntomas o el grado de reconocimiento del daño en el organismo es condicionado por un buen número de factores culturales y sociales. Por consiguiente, se puede postular que la variación de estos factores y la influencia que ejerzan en la percepción, puede determinar la cuantía de necesidades y demandas médicas de la población, como consecuencia del juego de elementos culturales que actúan sobre el individuo *. En otros términos, cada sociedad encara el problema de la enfermedad en función de los valores que asigna a la salud, y en función de su propio contexto cultural, desarrollando también adaptaciones propias a ese marco.

La persona que se percibe enferma puede o no constituirse en "enfermo", es decir, adoptar o no este rol, puede o no tomar una decisión y una acción de tipo social expresada en una conducta, un hacer externo, con contenidos subjetivos enlazados a la conducta de otras personas. Sin embargo, para esta última contingencia la persona debe obtener la "certificación" de ese estado, es decir, "legitimar" la condición de enfermo a través del reconocimiento de otra persona, como por ejemplo una familiar o íntimo, un profesional médico, un curandero, un mago, etc. La proporción de personas, que percibiendo una alteración de salud, adoptan el rol de enfermo es variable en las distintas sociedades y en los diversos estratos y subgrupos de cada sociedad; y recién sólo en algunas sociedades se ha comenzado a cuantificar la frecuencia de estas distintas formas de comportamiento. En la frecuencia de adopción del rol de enfermo influyen nuevamente los aspectos culturales y estructurales de la población citados en el párrafo precedente y, además otros factores tales como la accesibilidad y disponibi-

lidad de servicios médicos y la cuantía de beneficios que reporta la situación de "enfermo". Sin embargo se observa que está aumentando la frecuencia de reacciones identificables como conducta enferma y ello estaría vinculado a la mayor tendencia de la población actual a la adopción del rol de enfermo; en consecuencia, estaríamos tratando con un modelo reaccional adquirido y probablemente relacionado con nuevas situaciones sociales. Las investigaciones de Mark y Volkart confirman que las enfermedades comunes, relativamente familiares, predecibles y probablemente no peligrosas estarían significativamente relacionadas con la tendencia creciente a adoptar el rol de enfermo. Estas personas darían mayor frecuencia de enfermedades y visitas médicas; las enfermedades que acusarían son las de menor riesgo y más frecuentes.

Los factores sociales que juegan en la percepción de la enfermedad y los que influyen en la adopción del rol son determinantes principales de la demanda progresiva de prestaciones médicas por la población (que se expresa en consultas y en hospitalizaciones). Si la enfermedad "menor" ha pasado a ser una forma de vida actual y es percibida con más frecuencias que en el pasado y si se agrega a ello la mayor tendencia a adoptar el papel de enfermo, fluye la necesidad de reformular los objetivos, organización y planes de los servicios médicos basándose para ello en la investigación de los factores que condicionan esta nueva conducta de las personas.

Los médicos participan, como técnicos, de una subcultura casi universal. Su posición social y prestigio están vinculados a la forma como desempeña su papel en ella y al grado en que comparte su ideología y simbolismo (integración a la profesión médica). Esta situación hace que los líderes médicos de cada sociedad requieran de los organismos gubernamentales y administrativos la aplicación de la subcultura y técnica que ellos comparten, en sociedades caracterizadas por culturas distintas, lo que crea la posibilidad de conflictos culturales.

La investigación de la hipótesis sugeriría importantes elementos de juicio para el análisis del proceso de la Formación profesional.

De acuerdo a las consideraciones hechas en los puntos precedentes se plantean varias interrogantes, que en un futuro inmediato o más alejado deberían someterse a investigaciones sucesivas que persigan un conocimiento de las causas de estos fenómenos, sus tendencias y los factores que puedan influir en su modificación.

—Las características, frecuencia, distribución y tendencias de la morbilidad; el valor, peso o gravitación de las múltiples causas que la generan, con especial acento en las causas sociales

* Entre las causas que más influyen en los niveles diferenciales de percepción se mencionan: la familiaridad de la población con los síntomas y la frecuencia de determinados grupos nosológicos, el conocimiento relativo del pronóstico o consecuencia de la enfermedad, la magnitud de la amenaza o pérdida probable que implica la enfermedad; el nivel educacional, religión, pertenencia a determinada clase social; sexo; el estado ocupacional y otros.

cuya importancia, tanto tiempo olvidada, está de nuevo en consideración creciente; y la determinación y examen de los probables patrones de adaptabilidad a las nuevas condiciones.

—Los factores sociales y culturales de la percepción de la alteración de la salud y de la adopción del rol de enfermo.

—Los factores determinantes del grado de utilización de los servicios médicos por la población, que resultan por una parte como consecuencias de acciones de los individuos influidos por componentes culturales y, por otra, como consecuencia de la conducta de los integrantes del servicio médico y del sistema de organización médica que promueve una alta tasa de "referencia"; además, por la implantación de recomendaciones técnicas apriorísticas que no han sido validadas por investigaciones apropiadas*.

—Los efectos de la oferta de los servicios médicos sobre la demanda de la población; la primera resulta del juego de numerosos componentes, la presión de la profesión médica, de la industria paramédica y la presión social; sin embargo no se ha logrado el conocimiento necesario para canalizarla (oferta) racionalmente en términos operacionales en relación con prioridades, costos y rendimientos.

3. *La medicina y el ámbito organizacional de la sociedad.*

Quienes han estudiado los Servicios Médicos nacionales han señalado en numerosas oportunidades, en reuniones o en publicaciones, la reducida efectividad o productividad de estas organizaciones. Un análisis de la literatura nacional y de las informaciones obtenidas a través de una encuesta entre esas personas demuestra en forma unánime la existencia de una serie de críticas a la organización médica y su rendimiento. Se mencionan a priori muchas causas, entre ellas la baja remuneración personal, la insatisfacción de los mismos, la escasez de personal intermedio y otras. Cada grupo ha ensayado nuevas fórmulas, gran parte de las cuales han sido modificaciones estructurales, de organización y normativas. No obstante, las organizaciones médicas han permanecido con los mismos problemas y desarrollan sus actividades en un clima de tensión que se expresa por frecuentes conflictos, generales o locales, de todos o de partes de los grupos laborales, que se repiten

* La aplicación de una técnica médica a un individuo con resultados aparentemente satisfactorios induce a la organización médica a promover o proyectar esa técnica a la sociedad sin haber previamente evaluado su costo y rendimiento en función de la respuesta social y de sus resultados técnicos en una aplicación masiva.

prácticamente todos los años, con graves deterioros del prestigio y efectividad de la organización y con una agudización de la insatisfacción del personal. Esta situación repercute en el rendimiento cuantitativo de la organización y en una disminución relativa de las acciones en relación a los nuevos recursos invertidos. Por otra parte, señalamos anteriormente que las inversiones en el sector tienen un límite más o menos estable o de crecimiento muy lento, en relación al crecimiento de la productividad nacional. Si consideramos además, que la expansión de las organizaciones médicas paralelamente a la demanda creciente no es factible sino en la medida en que los recursos económicos lo permitan, resulta que el incremento de la efectividad y productividad de la organización es la alternativa más inmediata. En otros términos, el enfrentamiento a la demanda debe ser resuelto a través de los dos procedimientos mencionados, el incremento de la productividad de la organización y el incremento de los recursos en la medida que el grado de desarrollo lo haga compatible con los otros sectores. De acuerdo a estas consideraciones se estima que la investigación de los factores determinantes e intervinientes en el proceso de la productividad de los servicios médicos tienen una prioridad incuestionable, y ésto no sólo porque significa un mayor rendimiento, sino porque es consecuencia de un alto grado de integración del personal, lo que en sí mismo es una meta social, además de medio para aumentar el rendimiento.

En este aspecto tienen pertinencia las formas de relación de las organizaciones médicas con las otras estructuras sociales y las características psicosociales de las personas integradas a la organización.

La función médica (papel que dicha actividad representa en la vida social considerada como un todo), puede ser tratada analíticamente desde varios puntos de vista, según el grado de abstracción que se adopte. Puede ser considerada como un sistema o un conjunto de pautas o normas ideales de acuerdo a las cuales se organizan las actividades y la conducta de los miembros de una sociedad en relación a un conjunto definido de necesidades. Es una organización de ideas o una serie central de ideas o significados o valores que se traducen en normas que deben seguir los individuos y que, para que sean efectivas, pueden ser impuestas en caso que sea necesario. Las normas o pautas suponen una conducta y una actitud para cada una de las personas o agrupaciones formales e informales cuya suma constituye una relación social. En otros términos, un sistema social se compone de actos interrelacionados y medianamente previstos de la gente considerada individualmente o en grupos. La frecuencia o recu-

rrencia de estas relaciones con un cierto grado de estabilidad conforman las estructuras sociales. Las personas, sin embargo, no están reguladas por las normas solamente, sino también por los "valores" que son patrones de medida cultural o personal según los cuales las cosas son evaluadas positiva o negativamente en términos absolutos o en términos relativos unas con otras (cosas preferidas a otras, cosas más deseables que otras, más meritorias, etc.).

Si se quieren identificar los componentes de un sistema, se pueden utilizar distintos niveles de abstracción, los cuales permiten distinguir:

- Las instituciones sociales.
- Las organizaciones y colectividades.
- Los individuos que en cuanto a componentes del sistema participan como actores en las colectividades, organizaciones o instituciones sociales.

Puesto que la relación social supone obligaciones y derechos de cada una de las partes con respecto a las demás, se puede definir el sistema social por la interdependencia de las partes. Esto significa que el estado de un componente tiene una relación particular con el estado de los otros componentes, de modo que cualquier modificación en el estado de uno de ellos repercute en el estado de los demás. Esto ocurrirá entre los componentes situados en un mismo nivel de abstracción dentro del sistema como asimismo entre componentes situados a distintos niveles.

En resumen, el sistema social se caracteriza por la existencia de estructuras de distintos tipos y magnitudes y de normas que relacionan estas estructuras entre sí y que definen los papeles y enlaces de las personas que las componen.

Los sistemas a su vez están relacionados con sistemas mayores (político, económico, educacional, cultural) y están compuestos ellos mismos por sub-sistemas. Las relaciones de carácter normativo que existen entre ellos, están determinadas por relaciones de insumo producto de distintos tipos: materiales, de servicios, simbólicos, etc. Además tienen una connotación de carácter cultural o moral, en el sentido de que están orientadas hacia y por valores sociales.

De la síntesis teórica anterior, se pueden desprender las principales líneas de investigación en relación con el sistema social médico.

—Investigación de las estructuras y sus relaciones (dimensión normativa del sistema).

—Investigación de los papeles que desempeñan las personas que ocupan distintas posiciones dentro de la estructura. En otras palabras, estudio de como se actualizan o son llevadas a la práctica las normas y papeles (dimensión procesal), y

—El estudio de la imagen que tienen los

hombres de sí mismos y del mundo que los rodea, la noción de posición actual y posición futura esperada, y la distancia que existe entre ambos estados (dimensión perceptiva).

El estudio de las unidades operacionales que corresponden a la función médica ha comenzado sólo en fecha reciente; y para Chile (y, probablemente para Latinoamérica) éste es un campo apenas explorado. Las unidades básicas (consultorios, hospitales, etc.) caben en la definición de organización o sea pueden ser definidas como unidades sociales deliberadamente estructuradas para el logro de metas específicas. Se han descrito numerosas tipologías de organizaciones; sin embargo, las de carácter médico, aún cuando se han clasificado como organizaciones de tipo profesional, empíricamente no cuadran bien con los distintos modelos desarrollados.

En las organizaciones cuyas metas son la *producción* y la *utilidad*, "el conocimiento" asesora la línea administrativa. En las organizaciones médicas donde la meta es el *servicio*, el conocimiento —altamente especializado— es en cambio el encargado de lograr el objetivo; en consecuencia la administración, en el sentido gerencial, tiene menor jerarquía en este último tipo de organizaciones. En los hospitales norteamericanos hay una tendencia al predominio de la estructura administrativa; en los hospitales latinoamericanos en cambio hay un predominio de la línea profesional sobre la administrativa. En ambos casos tiende a darse una doble línea de mando, que favorece la existencia de conflictos entre ellos. Esta situación no ha sido estudiada en Latinoamérica y se desconoce el efecto que ella tiene sobre las metas, y sobre la efectividad de la organización. Otra consecuencia de las dos líneas jerárquicas es el efecto desastroso sobre el personal de colaboración médica que se encuentra cogido entre ambas y que no puede coexistir si hay dos autoridades en primer plano. La solución de este problema requiere la investigación y el ensayo de un modelo que pueda compatibilizar ambas situaciones.

Para alcanzar la meta de la organización profesional es necesaria la participación de otros personales de colaboración médica (auxiliares, de servicio y otros), y de la actividad de ellos depende la efectividad y eficiencia de la organización. Este personal se caracteriza dentro de la organización por una relativa falta de autonomía, responsabilidad, autoridad y prestigio características que son producto de las condiciones particulares de la organización y de las diferencias culturales, educacionales y en general las diferencias de origen social que existen entre el profesional médico y el resto del personal.

Esta situación disminuye la integración o cohesión de los miembros de las organizaciones,

lo que a su vez conduce a un descenso del nivel de productividad individual, a un grado de rigidez de la organización o incapacidad de ésta para adaptarse a las modificaciones del medio y también a la acentuación de focos de tensión internos. En realidad, lo que ocurre generalmente es que este personal no participa de los objetivos, de la orientación, ni de la forma como está estructurado el organismo médico, sino que está subordinado a él. Como se vive en una sociedad "organizacional" y las personas pasan gran parte de su vida en una u otra organización, es fundamental que éstas permitan que las personas que las integran alcancen un grado de satisfacción y felicidad adecuado. Esto se hace más importante aún, si se considera que un grado adecuado de satisfacción y felicidad dentro de la organización, además de influir en la efectividad de ésta, es una meta o un objetivo social.

Esta meta social crea un dilema a la organización (Etzioni), que trata de reducir el conflicto entre las necesidades de la organización y las necesidades individuales; racionalidad y no racionalidad; entre disciplina y autonomía; entre relación formal e informal; entre administración y trabajadores o entre rango y divisiones y secciones. ¿Cómo compatibilizar esta meta social con las condiciones ya descritas de subordinación en que se desenvuelve el personal no profesional médico?

En el esquema tradicional de la organización económica se consideraba como motivación fundamental del personal la retribución económica. Estudios ulteriores han demostrado que esta hipótesis no es adecuada a la realidad: se sostiene, por ejemplo; que el personal, además de las necesidades económicas, tiene otras de carácter cultural y social que de cumplirse aumentan su

satisfacción y productividad, la idea es entonces que la remuneración no-económica juega un rol importante en la motivación. El nivel de producción se establece por el juego de las normas sociales y de las presiones sociales de los grupos laborales, (habitualmente informales) y no por los incentivos creados independientemente por la administración. En general los individuos actúan como grupos y reaccionan como tales frente a la administración, a sus normas y a las remuneraciones materiales o simbólicas. Al reaccionar, hemos dicho que estos grupos, están orientados principalmente por y hacia los valores culturales de la sociedad mayor, los que de no lograrse, derivan en problemas y producen focos de tensión dentro de la organización. Cuando ésto ocurre, esta última se aparta o se aleja de su meta social.

Este panorama sucinto y fatalmente incompleto de la problemática de las organizaciones médicas, especialmente en el contexto social y cultural latinoamericano, abre un amplio campo de investigación cuyas metas son por un lado la integración, participación y satisfacción del personal y por otro el incremento de la productividad de las organizaciones respectivas. Actualmente las aspiraciones no satisfechas se presentan en forma de problemas o conflictos laborales que distorsionan los objetivos programáticos. En tal circunstancia las organizaciones actúan sobre situaciones de hechos consumados y muchas veces desconocen la variada gama de factores que motivan la conducta de los grupos laborales. La investigación en este campo permitiría reconocer estas situaciones antes de su emergencia en conflictos y también reconocer aquéllas fuerzas que pudieran estar presionando negativamente para que la organización alcance sus objetivos.