

SOCIOLOGIA Y BUROCRACIA

Trabajo, iniciativa e insatisfacción en un Hospital del Servicio Nacional de Salud

BERNARD E. SEGAL, Ph. D.*

Traducción y adaptación de
Dra. Ana María Kaempffer

INTRODUCCION

El presente estudio realizado entre profesionales y no profesionales de un hospital chileno pretende dar luces sobre dos diferentes formas de insatisfacción en el trabajo. Un tipo de insatisfacción se refiere al grado de control que la gente estima tener sobre su situación de trabajo; el otro, es su impresión de la frecuencia con que ha tenido que realizar una tarea que otros han hecho mal o han dejado de hacer. En concordancia con los resultados de investigaciones anteriores, los hechos indican ahora que los profesionales, obviamente el grupo de mayor jerarquía, están mucho menos descontentos que los no profesionales en cada una de estas dimensiones (1). Diferencias como ésta, fáciles de anticipar, no nos interesan tanto como buscar una explicación a las variaciones de satisfacción existentes dentro de cada una de las dos categorías ocupacionales. En ambos grupos, las diferencias en el descontento con la situación de trabajo tienen relación con percepciones negativas acerca del modo como los personajes claves del sistema hospitalario, los

En nuestra edición de junio de 1968, publicamos el estudio "Modernismo, Satisfacción y Radicalismo entre los Funcionarios de un Servicio Nacional de Salud". Entregamos en el presente número un segundo trabajo del mismo autor, cuya publicación, igual que en el caso anterior, nos fue solicitada por la Secretaría Ejecutiva del II Seminario de Formación Profesional Médica. Este estudio fue realizado también entre profesionales y no profesionales de un importante Hospital de Santiago de Chile. Se demuestra en él que entre estos dos grupos de un hospital la insatisfacción está relacionada con la opinión de que los médicos no son receptivos al ser abordados por otros funcionarios que les son subordinados.

La insatisfacción, según el autor, está muy directamente relacionada con la posición modernista o tradicionalista de los individuos de ambos grupos. Igualmente, se analizan otras variables relativas a si los médicos aparecen como igualitarios o no en su trato con los demás.

Finalmente, se afirma que los no profesionales son más propensos a estar insatisfechos con su trabajo, y se plantean algunas recompensas no monetarias para este tipo de personal, llegándose incluso a enunciar un punto de partida para el desarrollo de una nueva ideología ocupacional basada en la atención de las necesidades afectivas e interpersonales de los pacientes.

médicos, ejercen su autoridad. Estas percepciones, a su vez, son en cierta medida el resultado de la experiencia extrahospitalaria y de orientaciones valorativas. Utilizamos la clase social de origen y un conjunto de otros ítems que ayudan a indicar hasta dónde la orientación de un encuestado es más modernista o más tradicionalista, para representar estas últimas dos áreas.

Nuestra consideración de la dimensión modernismo-tradicionalismo nos ayuda a demostrar que existen algunas claras diferencias en las perspectivas de los miembros de los grupos profesionales y no profesionales. Los últimos son, con mucho, más tradicionalistas, por lo que dan base para suponer que sus puntos de vista tienen una menor probabilidad de coincidir con el marco de referencia normativo que exige un hospital moderno con gran movimiento y con servicios de tratamiento activo. Tales servicios se encuentran entre los más altamente racionalizados en las organizaciones comple-

* Associate Professor of Sociology, Dartmouth College Hanover, N. H. U.S.A. Visiting Professor of Sociology, Universidad Católica, Santiago, Chile.

jas que procuran permanentemente aplicar principios y técnicas conocidos en la forma en que mejor se garantice un cambio apreciable y mensurable en los enfermos (2). El cumplimiento de estas tareas está regido por normas que dan muy poco campo a dos aspectos claves de la orientación tradicionalista, el personalismo, o la aceptación fatalista de las circunstancias difíciles (3). Por el contrario, un servicio de tratamiento para realizar bien su labor deberá aceptar y recompensar en su personal la exactitud, la responsabilidad para llevar a cabo las tareas asignadas dentro de un horario limitado, y la buena disposición para aceptar la norma establecida de que en el sitio de trabajo, la dedicación a la tarea deberá tener preeminencia sobre la lealtad a otros focos de solidaridad o a otras áreas de interés personal.

El modernismo-tradicionalismo es una orientación general que en este caso nos interesa especialmente porque se puede relacionar con las actitudes de la gente hacia la manera en que deben enfocar su trabajo. En contraste, un factor que está más cerca del proceso mismo del trabajo es el modo en que los encuestados conciben el tipo de relaciones que probablemente encontrarán cuando interactúan con los médicos. El derecho de los médicos como técnicos, para ejercer autoridad sobre otros no está en discusión aquí. Nuestro interés se dirige más bien a la percepción que tienen sus colegas y subordinados de la forma en que ejercen tal autoridad. Es evidente que pueden ocurrir diferencias en el carácter de las relaciones interpersonales, aún en las organizaciones que tienen el mismo tipo de estructura de autoridad. Además, la naturaleza de esas relaciones o, mejor dicho, las impresiones que de ellas tienen los participantes, pueden producir mayores efectos sobre la apreciación de la forma en que se cumplen las tareas de una unidad de trabajo, que la naturaleza específica de las tareas propiamente tales (4). Nuestro interés ahora se refiere particularmente a los juicios de los encuestados con respecto al grado de rechazo o aceptación que muestran los médicos a las proposiciones que los no profesionales les hacen. Más específicamente, nos referimos al grado de énfasis con que los médicos parecen exigir de los demás (basados en sus prerrogativas como miembros prominentes de la organización) una deferencia mayor que la necesaria para mantener el ordenado funcionamiento de la unidad.

La investigación previa de una diversidad de ambientes nos lleva a esperar que la insatisfacción en el trabajo será mayor entre aquellos que consideran a sus colegas o a sus supe-

riores como los más difíciles de abordar en busca de consejo o ayuda (5). En ese sentido, no han de ser del todo sorprendentes los resultados de este estudio que muestran firmes relaciones entre los juicios negativos sobre los médicos y las más altas tasas de las dos formas de insatisfacción antes enunciadas. De mayor interés es, entonces, el carácter general de los resultados tomados como un todo. Las relaciones entre tal impresión negativa sobre los médicos y la insatisfacción no son sólo diferentes en los grupos profesionales y no profesionales, sino que dependen también de cuál de las dos estimaciones de insatisfacción en el trabajo se utilice como criterio. Por lo demás, los resultados no pueden explicarse en totalidad a menos que se tome también en cuenta la interacción entre las impresiones sobre los médicos y el modernismo-tradicionalismo. De esta manera, —aunque nuestro procedimiento será el de comenzar con variables más alejadas del hospital, para ir, luego, estrechando progresivamente nuestro foco hasta concentrarnos sobre lo que ocurre dentro de él—, resultará claro que no se podrá lograr una plena comprensión de los fenómenos del personal en estudio sin reconocer que existen importantes nexos entre el más vasto contexto cultural y el lugar inmediato de trabajo.

Ambiente y Método

1. **Local.** Toda la información fue obtenida de un servicio de medicina interna y de otro de cirugía del mismo gran hospital general de Santiago. Los hallazgos de esos servicios sólo pueden ser generalizados con un máximo de precaución. Aunque no encontramos diferencias significativas entre ellos en cuanto a actitudes del personal (6) hay, sin embargo, buenas razones para creer que en otras unidades de tratamiento y en los consultorios externos, predominan condiciones diferentes (7).

El hospital pertenece al Servicio Nacional de Salud y atiende a una población en su mayoría obrera: trabajadores manuales, indigentes, y sus familias, como indica la reglamentación del sistema nacional de Seguridad Social (8). Cada servicio atendía a unos 130 hospitalizados. Los dos eran, además, unidades docentes de la Escuela de Medicina, con muy buena reputación por la calidad de su medicina y de su educación. En general, el hospital se conoce como uno de los mejores del país, por lo que se opina que ambas unidades estudiadas están mejor manejadas que muchos otros servicios de su tipo, aún en otros hospitales docentes.

Sin embargo, la situación estaba lejos de ser tranquila a la fecha en que se realizó la investi-

gación. Todos los funcionarios eran empleados de una institución fiscal de la capital, y los no profesionales en particular, eran miembros de un sindicato fuerte y combativo. Justamente, antes de comenzar el estudio, hubo una huelga nacional del personal de salud, con excepción de los médicos, que duró más de 3 semanas. Desgraciadamente, es imposible saber sin un estudio de seguimiento qué efectos tuvo esta atmósfera aún tensa sobre los resultados que vamos a presentar. Por lo demás, el ambiente era tal que impedía un estudio más detallado de algunos aspectos de la organización a través de métodos sociométricos u otros en que el análisis habría tenido que depender de la identificación de determinadas personas. Tales técnicas habrían comprometido nuestra garantía de absoluto anonimato; y sin esa garantía, el estudio no se habría podido realizar (9).

2. **Población.** En este hospital, comparado con los hospitales norteamericanos del mismo tipo, la proporción de enfermeras graduadas, en relación al total del personal, es pequeña (10). Esta distribución del personal se relaciona con la clara distinción que se hace entre profesionales, —médicos y enfermeras— y no profesionales. Tal distinción, reflejada en muchos de los datos reunidos para el estudio, nos ha llevado a incluir a los médicos y enfermeras en el mismo grupo para los fines de análisis, más bien que a comparar a los médicos con todo el resto del personal (11). Los médicos y enfermeras chilenos tienen en común el hecho de ser profesionales universitarios. Este es un detalle de no poca significación en una cultura que asigna un alto status a los títulos formales, y donde un título universitario no es sólo un pre-requisito formal para obtener el rango oficial de profesional, sino que es aún un privilegio bastante limitado, a disposición de un grupo relativamente pequeño, proveniente en abrumadora mayoría de la clase media o de los sectores de más alto rango de la sociedad (12).

No fue raro que los profesionales señalaran en el curso de las entrevistas que ellos y sus colegas eran, como producto de sus antecedentes y educación, "gente de una cierta cultura". Hacían este tipo de comentario especialmente cuando intentaban explicar diferencias entre ellos y los no profesionales, a los que con frecuencia ubicaban en términos generales como pertenecientes "al pueblo", con los defectos y virtudes que tal clasificación implica. No podemos verificar una afirmación de un profesional hecha a modo de corolario, pero es digno de mención que ellos tenían la impresión de que su personal tendía a ser menos responsable en su trabajo que el ideal. Para ser hon-

rado, hay que agregar que ellos no emitían este juicio guiados por una tendencia a juzgar y a denigrar a los niveles más bajos en forma precipitada. La opinión más bien se teñía frecuentemente de una especie de tristeza o pesadumbre, atribuyendo la dificultad, no sólo a la falta de adiestramiento formal de los subordinados, sino a los bajos salarios y a las malas condiciones de trabajo (déficit crónico de personal y recursos materiales, etc.). Factores como éstos, en opinión de muchos profesionales, les habrían coartado aún a ellos su firme motivación para realizar en cualquiera circunstancia sus tareas en la forma más eficiente posible.

La información fue recogida en entrevistas personales, de 60 a 90 minutos de duración, con miembros de los siguientes grupos ocupacionales: médicos directivos, residentes, internos, enfermeras, auxiliares de enfermería y empleados de servicio. Los miembros de los cuatro primeros grupos son los "profesionales"; los de los dos últimos, los "no profesionales". Todos los encuestados trabajaban en servicios de hospitalización de los dos servicios estudiados. No se incluyó el personal de Consultorio Externo, ni de los pabellones quirúrgicos, ni de las salas de recuperación.

Todos los componentes de los 6 grupos que hemos especificado, como los que tienen un trabajo que los obliga a un contacto diario y directo con pacientes, fueron incluidos en el estudio. De los 33 médicos y residentes de Cirugía entrevistamos a 30; de 26 de Medicina, a 22 (el Servicio de Medicina en totalidad tenía más de 50 médicos, pero una proporción mayor que en Cirugía tenía roles principalmente docentes o administrativos, o estaban a cargo del Consultorio Externo del Servicio). Del total de 13 enfermeras y 16 internos, entrevistamos a 11 y 15, respectivamente. Entre los no profesionales nos faltaron sólo 8, por lo que los datos fueron entregados por 91 auxiliares y 26 empleados de servicio.

3. Instrumentos y variables.

a) Una variable se relacionó con la posición ocupacional y la clase social de origen, representada aquí por la ocupación del padre. No fue posible aplicar esta variable a los profesionales, ya que sólo 4 de ellos tenían ocupaciones claramente definidas como más bajas que el status de clase media (13). Entre los no profesionales se hizo la separación entre aquéllos cuyos padres tenían ocupaciones típicas de clase media (la mayoría oficinistas de nivel bajo) y los obreros;

b) Modernismo-tradicionalismo. Para medir esta variable, cuyo nombre usamos con tanta cautela que casi nos hace disculparnos, nos ba-

samos en un índice compuesto de 4 ítems que Kahl ha encontrado significativo para el factor que él llama simplemente "Modernismo". En sus investigaciones aplicó puntajes de este factor, derivados de 14 escalas diferentes que comprendían 58 ítems diferentes con datos reunidos en estudios en gran escala en Brasil y México (14). Los 4 ítems que nosotros usamos provienen de 2 de estas 14 escalas, que tienen la más alta correlación con el "Modernismo" de Kahl, a saber, activismo-pasividad e integración con parientes. En esta población, los 4 ítems que empleamos constituyen una escala de Guttman, con representatividad = 0,93.

Usamos los puntajes de la escala como una indicación de las diferencias en las inclinaciones de los encuestados hacia una suficiente confianza en sí mismo. A más modernismo, más disposición para aceptar el punto de vista de que los problemas se pueden resolver, aparejada a una tendencia a confiar en la propia capacidad para resolverlos. La interpretación es, sin lugar a dudas, congruente con la definición que da Kahl del modernismo. El escribe: "Los valores tradicionales son obligatorios en su fuerza, sagrados en su tono y estables en su independencia del tiempo. Exigen una aceptación fatalista del mundo tal como es, respeto por los que ejercen el poder, e inmersión del individuo en la colectividad. Los valores modernos son racionales y contemporáneos, permiten la elección y la experimentación, glorifican la eficiencia y el cambio, y enfatizan la responsabilidad individual" (15).

Los ítems que usamos aquí, con frecuencia de aceptación, son los siguientes. (Los encuestados que aceptan 2 o más ítems son los "tradicionalistas" de los análisis subsiguientes):

1. El secreto de la felicidad es no esperar mucho de la vida y conformarse con cualquier cosa que suceda;
2. Es preferible tener un puesto corriente cerca de los padres, que uno mejor, muy lejos de ellos;
3. No importa mucho qué candidatos políticos elige el pueblo, porque de todas maneras nada cambia;
4. Cuando una persona tiene problemas, sólo puede acudir a un pariente para que lo ayude a salir de ellos.

c) Percepciones acerca de los médicos. La principal medida de cómo aprecian los encuestados las actitudes y las perspectivas de los médicos, se refiere a las facilidades o dificultades que esperan encontrar para abordarlos. La llamamos "Receptividad del médico" (Physician Receptiveness), o más simplemente, "PR" y la

utilizamos como un indicador del estilo personal que se asigna a los médicos para ejercer las prerrogativas propias de su alto rango en el hospital. Los ítems de la medición forman una escala de Guttman, con representatividad de 0,92. Se consideró que las respuestas "casi siempre" y "a menudo" significaban aceptación. En esos términos, esos ítems, ordenados de mayor a menor frecuencia de aceptación, son:

1. Ellos creen tener un derecho especial a exigir que personas de otra ocupación los respeten y reconozcan su prestigio;
2. Parecen alterarse cuando otros muestran iniciativa o rinden más que antes;
3. Se resienten por el hecho de que alguien, que sabe más que ellos, trate de enseñarles cómo hacer algo.
4. Son renuentes a la aplicación de métodos nuevos para realizar tareas rutinarias, aunque éstos parezcan más eficientes.

Los que aceptaron 2 o más de estos ítems tienen puntajes de bajo PR, es decir, los más inclinados a ver a los médicos como rígidos y convencionales, los consideran menos receptivos.

En forma menos importante, empleamos otro ítem, que en vez de recalcar las reacciones de los médicos a los enfoques de los demás, se refiere a opiniones sobre la forma en que ellos desean que los demás los aborden. Tal ítem pregunta concretamente si los médicos parecen ser más igualitarios o más jerárquicos. Usando las mismas categorías de respuestas que para los ítems de la escala PR, pero expresadas en opuesta dirección, es así:

"Quieren que cada uno trate a todos los demás como si todos fueran miembros más o menos iguales dentro del equipo médico".

En la población total, las respuestas a este ítem no se relacionan en forma significativa con los puntajes de la escala PR. Sin embargo, se asocian en modo tal que los encuestados que consideran más rígidos a los médicos, también los consideran más jerárquicamente orientados, como era de esperar. (La asociación negativa es significativa entre los no profesionales. Entre los profesionales no es sorprendente que no haya relación alguna, dado que este ítem de "igualitarismo" llama la atención a los derechos de los demás frente a los médicos, más bien que a las inclinaciones de estos últimos. Para los no profesionales, por supuesto, las preguntas respecto a los derechos que les otorgan los médicos tienen una relación más estrecha con lo que los médicos les exigen). Finalmente, como tanto para los grupos

profesionales como para los no profesionales, las respuestas a este ítem están a veces asociadas en forma significativamente negativa con cada una de las dos mediciones de insatisfacción, existe alguna base para suponer que los modelos de respuesta de esta comunicación representan diferencias sustantivas de actitudes, y no son sólo el simple resultado de aceptaciones, particularmente si se considera que se sabe que este fenómeno ocurre más frecuentemente entre los que tienen un status más bajo.

d) Insatisfacción con el trabajo. Como se indicó antes, dos dimensiones de la insatisfacción en el trabajo nos interesan. La primera consta de 4 ítems que miden las impresiones de los encuestados sobre el control que ellos mismos son capaces de ejercer sobre su trabajo. Estos 4 ítems, que forman una escala de Guttman con representatividad 0,92, junto con las categorías que indican aceptación del ítem, son como sigue

1. ¿Con qué frecuencia estima Ud. que a la gente que quiere tomar sus propias decisiones aquí, se les desalienta para hacerlo? (a menudo, a veces);
2. ¿Con qué frecuencia estima Ud. que, en su trabajo, no tiene manera de influir en las decisiones y acciones que lo afectan? (a menudo, a veces);
3. ¿Con qué frecuencia siente Ud. que no tiene autoridad para cumplir las tareas que le han asignado? (casi siempre, a menudo);
4. ¿Con qué frecuencia piensa Ud. que las responsabilidades y delimitación de sus funciones no son claras? (casi siempre, a menudo).

Los ítems están arreglados en el orden de frecuencia de aceptación; los puntajes más altos indican un mayor grado de impotencia.

Resulta claro que las cuatro afirmaciones se parecen mucho a otras que se han empleado como medidas de alienación en el trabajo (16). Sin embargo, como ese término tiene otras connotaciones en el contexto latinoamericano, en que es posible que se interprete en términos marxistas más o menos ortodoxos, evitamos deliberadamente utilizar la terminología convencional. Así, usamos la medida en forma más literalmente diciendo que se refiere, simplemente, al grado de influencia que creen tener los encuestados para decidir cómo debe ordenarse y organizarse su trabajo.

La medida final que empleamos se llama Índice de Dificultades Labores. Se compone de 4 ítems, de los cuales dos averiguan con qué frecuencia, en las dos semanas precedentes, el encuestado tuvo que trabajar de más para com-

pensar el trabajo que otros no habían hecho; los otros dos preguntan simplemente si ha notado errores o vacíos en la forma en que se estaba realizando el trabajo. Los cuatro ítems significativamente relacionados entre sí y con el puntaje total, son como sigue:

Con qué frecuencia en las últimas dos semanas.

1. ¿Ha notado que alguien olvidó hacer algo que se había ordenado?;
2. ¿Tuvo que esforzarse especialmente Ud. mismo para hacer por un paciente algo que otro debió haber hecho antes?
3. ¿Se ha disgustado porque otro no había previsto o había olvidado proveer todo lo que Ud. necesitaba para realizar su labor con un paciente en buena forma y sin problemas?;
4. ¿Ha encontrado que algún procedimiento no se había efectuado en el momento o en la forma en que se había ordenado?

No creemos que estos ítems nos proporcionen una compilación necesariamente exacta de las dificultades surgidas en el período dado, especialmente si se tiene en cuenta la tendencia de algunos encuestados para seleccionar la categoría de mayor frecuencia como enfatizando su disgusto por sentirse recargado de trabajo. Por esa razón, tratamos el índice más aproximativamente, pero en una forma que tiene la ventaja de reducir las grandes variaciones que dependen en gran medida de encuestados descontentos. Es decir, en vez de usar las categorías de respuestas que requerían de verdaderos recuentos de frecuencia, asignamos un puntaje de 0 a cada ítem cuando el encuestado respondió que el hecho no había ocurrido; de 1, cuando respondió que ha ocurrido entre una y cuatro veces y 2, si más de cuatro veces. Los puntajes teóricos y reales van de 0 a 8 (18).

RESULTADOS:

1. Origen, Tradicionalismo y Receptividad del médico. Los hospitales pueden enfrentar dificultades para encontrar personas idóneas para ocupar cargos de nivel bajo. Es imposible rutinizar los procesos de atención y tratamiento hasta un punto en que difícilmente importe si el personal más bajo no desarrolla discernimiento e iniciativa personal, ya que los elevados standars de precisión y atención tienen que prevalecer si es que se pretende asegurar una alta tasa de metódica y rápida recuperación. Tales standars no se alcanzan únicamente a través de comunicaciones claras y estrecha supervisión. (En efecto, puede ser de

interés saber que los encuestados se quejaron de trabajo mal realizado, con doble frecuencia que de comunicaciones bloqueadas, erróneas o contradictorias). Más bien dependen de predisposiciones internalizadas que llevan a tomar en serio el propio trabajo y a creer que la contribución personal de todos influye en la forma en que la organización, como un todo, realiza el trabajo.

Las predisposiciones hacia un interés en el trabajo activo y hacia la realización de iniciativas no forman parte de la orientación tradicionalista común en los niveles de más bajo status de muchas sociedades. En realidad, la asociación entre el bajo status y un punto de vista tradicionalista que acentúe el fatalismo y la resignación, se ve reforzada por el propio sistema ocupacional. Los cargos disponibles para los menos preparados y menos inclinados a buscar activamente las mejores oportunidades no ofrecen mucho interés intrínseco, desafíos personales o posibilidades de provecho económico. En los hospitales, en particular, mientras se exige mucho a los funcionarios de nivel bajo, se les ofrece en cambio muy poco. Son cargos sin porvenir aún para los capaces de mostrar cualidades excepcionales de rendimiento acucioso y de cooperación previsoras (19). Bajo tales circunstancias, uno de los pocos beneficios que puede dar el trabajo hospitalario, además de la auréola de respeto que envuelve un servicio digno en favor de la comunidad, es la oportunidad de ganar la aceptación y el reconocimiento de quienes ocupan los puestos más altos y que son los que legítimamente pueden otorgarlos. A este respecto, es digno de mención que los hospitales difieren de muchos otros tipos de organizaciones altamente estratificadas, precisamente porque los miembros, de status alto y bajo, trabajan en el mismo lugar, con los mismos pacientes, y a menudo con un prolongado contacto diario.

La tabla 1 corresponde a las relaciones entre algunos de estos factores.

Esta Tabla muestra que los no profesionales son, con mucho, los más tradicionalistas en sus orientaciones. El hallazgo no es en absoluto sorprendente si se tiene en cuenta la enorme brecha en el status socioeconómico, que separa a ambos grupos ocupacionales, tanto como el hecho de que los profesionales son predominantemente hombres, y los no profesionales, mujeres (20).

Estimamos, entonces, que es de mayor interés considerar cómo el tradicionalismo influye en los puntos de vista hacia los médicos como autoridades de alto status, y especialmente cuáles de los no profesionales parecen mejor preparados para recoger el máximo de la cosecha, a menudo escasa, de sus contactos con los médicos.

La Tabla muestra que entre los no profesionales existe una ligera tendencia a una relación inversa entre estrato social y los puntajes PR, tal vez porque aquellos cuyo estrato social es más similar al de los médicos esperan más en términos del grado de respeto mutuo que debería existir entre superiores y subordinados en el sitio de trabajo. El tradicionalismo también se relaciona en forma negativa con el PR, probablemente porque el tradicionalista encuentra más difícil aceptar los estrictos standards universales que predominan entre los miembros de grupos con diferentes rangos ocupacionales en las complejas organizaciones contemporáneas (21).

En todo caso, resulta claro que la interacción entre tradicionalismo y estrato social es importante para explicar cómo los no profesionales para quienes se considera el grado de confianza con que pueden aproximarse a los médicos sin provocar respuestas ásperas o acaso humillantes. Como muestra la Tabla 1, los encuestados tradicionalistas de clase media (para quienes se podría anticipar un tratamiento equitativo sin tener que esforzarse para conseguirlo) encuentran mucho más difícil tratar con los médicos que los modernistas de origen

TABLA 1

Receptividad Médica según Modernismo-Tradicionalismo entre Profesionales; y según estrato social y Modernismo-Tradicionalismo en No Profesionales.

	PROFESIONALES		NO PROFESIONALES			
	Modernista	Tradicionalista	Media		Obrera	
			Modernista	Tradicionalista	Modernista	Tradicionalista
x	2,17	2,18	2,2	1,8	2,6 ¹	2,2 ¹
n	50	24	22	31	23	37

¹ $t = 2.8$ $p < 0.01$

$M t = 1,85$; $p 0.10$.

obrero (que son en este grupo de investigación los más entusiastas representantes de la predisposición a la movilidad ascendente).

Finalmente, aunque ambas categorías medias de la Tabla son diferenciables de los dos extremos, es francamente imposible concluir que ni el estrato social ni el tradicionalismo por sí solo constituyen una explicación de las actitudes de los subordinados no profesionales hacia los médicos.

Con igual claridad, entre los profesionales el tradicionalismo para todo propósito práctico no guarda ninguna relación con los puntajes de PR.

2. Tradicionalismo, Receptividad del médico e Insatisfacción. Dadas las relaciones recién descritas, podría esperarse que el estrato social continuara ejerciendo efectos similares a los del tradicionalismo en la consideración de otros aspectos de dificultad o descontento en el sitio de trabajo (esto es, aspectos diferentes de los bajos puntajes PR, pero relacionados con ellos). Sin embargo, no es éste el caso. Por el contrario, a medida que nos concentramos más en las relaciones entre las actitudes hacia los procesos laborales del hospital, encontramos que el estrato social tenía poco que hacer con ellas, mientras que el modernismo-tradicionalismo tenía un papel más importante, en interacción con los puntajes PR, para ayudar a explicar el patrón de hallazgos con respecto a cada una de las dos medidas de insatisfacción en el trabajo que aquí se emplean.

Antes de comenzar a estudiar estas relaciones es importante señalar que las variables de actitudes centradas totalmente en el hospital no están simplemente marcando una dimensión de descontento. Los puntajes de PR tienen relaciones inversas significativas con los puntajes del Índice de Dificultades en el Trabajo y con la escala de "Impotencia", pero estos dos últimos son prácticamente independientemente entre sí.

La importancia de los puntajes PR se origina realmente en la importancia que tienen los médicos mismos en el rendimiento de sus propias organizaciones. En verdad, además al postular que los hospitales tienen como sus principales metas y procedimientos ayudar a los enfermos a sanar mediante los esfuerzos combinados de todo el personal y el uso de todos los equipos disponibles, resta todavía otra interpretación, de que el hospital existe para proporcionar a los médicos los recursos humanos y materiales que les permitan realizar en forma efectiva sus procedimientos técnicos especializados. En estos términos, los no profesionales del ámbito hospitalario están allí también para facilitar la labor de los médicos, ya

que los primeros no hacen nada que estos últimos no pudieran hacer, sino que realizar aquellas tareas que implicarían una pérdida de economía y tiempo si fueran realizadas por los más preparados y mejor pagados del equipo. Los no profesionales efectúan trabajos que han sido suficientemente rutinizados como para serles delegados y asignados, una vez que se han tomado las decisiones de alto nivel y que se han cumplido las intervenciones más complicadas y urgentes.

De este modo, es fácil reconocer la base técnica de la autoridad del médico para ordenar el trabajo que deban hacer los demás que le son subordinados. Lo que con mayor frecuencia se olvida es que el carácter de sus acciones ante los subordinados puede afectar grandemente el respeto y la confianza en sí mismos de estos últimos (22), porque el personal de jerarquía baja no sólo depende del médico como guía y director en la esfera técnica, sino también como respaldo y gratificación del ego en sus relaciones interpersonales.

Los médicos tienen también gran importancia dentro del grupo profesional, aún cuando aquí no se trate tanto de apoyo y aprobación, como de reconocimiento y cooperación. Por ejemplo, investigaciones en ambientes no médicos muestran lo difícil que puede resultar el pedir consejo, aún entre aparentemente iguales. Aquellos de quienes se solicita consejo tienen que ser recompensados con la deferencia de quienes lo buscan (23). Tales acuerdos tácitos suponen un rol crucial entre los profesionales médicos para quienes la consulta informal es al mismo tiempo una de las principales fuentes de ayuda y uno de los métodos más expeditos disponibles para juzgar la competencia de otro colega (24). Así, aunque la expedición y la calidad del trabajo del médico depende de sus propias capacidades, es necesario considerar también que esas capacidades deben ser consideradas en términos de las implicaciones que ellas aportan a ese mercado informal donde pueden ser vendidas para el prestigio de otros que las adquirieren para mejorar o facilitar sus propios rendimientos.

Por estas razones, esperábamos encontrar que tanto entre los grupos profesionales como entre los no profesionales, los encuestados con puntajes PR más bajos, indicadores de que encontraban difícil abordar a los médicos, tendrían puntajes más altos en las dos medidas, de insatisfacción en el trabajo.

La Tabla 2 muestra que, en su mayor parte, estas suposiciones son confirmadas por los datos obtenidos. Sin embargo, es necesario examinar los resultados en mayor detalle para extraer todas sus implicaciones.

TABLA 2

Dificultades en el trabajo e Impotencia en los Profesionales y No Profesionales, según Modernismo-Tradicionalismo y Receptividad Médica.

Receptividad		PROFESIONALES				NO PROFESIONALES			
		Modernistas		Tradicionalistas		Modernistas		Tradicionalistas	
médica		Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta
Dificultades en el trabajo	x	3,82(a)	2,91(a)	4,23(b)	3,18(b)	4,71(x)	3,58(x)	3,59	3,30
	n	28	22	13	11	21	24	47	23
Impotencia	x	1,1	0,9	1,8 (c)	0,5 (c)	1,4 (y)	2,0 (y)	1,5 (z)	2,0 (z)
	n	28	22	13	11	21	23	47	23

(a) : t = 2,25; p < 0,05

(b) : t = 1,48; p < 0,20

(x) : t = 2,13; p < 0,05

(c) : t = 2,96; p < 0,01

(y) : t = 1,9 ; p < 0,10

(z) = 1,8; p < 0,10

Se nota una diferencia del patrón de hallazgos en cada una de las dos categorías ocupacionales. La razón para esta diferencia se encuentra en la naturaleza de sus respectivas responsabilidades, elemento que recalcamos en el siguiente postulado: El modernismo-tradicionalismo ayudará a especificar las relaciones entre PR e insatisfacción en aquella área o aspecto de la insatisfacción en que un grupo ocupacional dado tenga mayor obligación de aplicar su juicio e iniciativa.

Por ejemplo, en el grupo no profesional, la relación entre puntajes PR y puntajes de dificultades en el trabajo es significativa sólo en el grupo más modernista, mientras que la relación entre PR e "Impotencia" es casi igualmente sólida entre modernistas y tradicionalistas. Ahora bien, los no profesionales tienen como primera obligación la de cumplir trabajo asignado a ellos por otros y realmente no tienen, ni se espera que las ejerzan, muchas opciones para ordenar su propio proceso de trabajo. Así, si la dificultad para abordar a los superiores constituye una exacerbación que hace menos agradable o más difícil el trabajo, esperaríamos de acuerdo a lo postulado antes, que el hecho tendría más efectos negativos en aquellas áreas en que la gente, por propia iniciativa pudiera modificar su ambiente de trabajo, que en aquellas en que tal posibilidad no existiera. Planteado en otros términos, anticipamos que los no profesionales modernistas se preocuparían más de la eficiencia y el orden en su trabajo, y por esa razón, si estiman que no tienen acceso fácil al respaldo de sus superiores, es más probable que manifiesten haberse esforzado en forma extraordinaria con más frecuencia en aquel aspecto de su trabajo

en que sus esfuerzos pueden originar un cambio. En contraste, considerando la "Impotencia", estamos enfrentando un conjunto de situaciones en que los encuestados subordinados se encuentran menos libres para influir en su trabajo a través de sus propias observaciones y decisiones, por lo que el modernismo-tradicionalismo tiene muy poco que ver con la relación entre PR y esta forma de insatisfacción.

Aunque con contrastes interesantes, el proceso y su interpretación son similares entre los profesionales, cuando los puntajes bajos en PR se asocian con alta "impotencia" únicamente en el grupo tradicionalista, mientras que la asociación entre puntajes PR bajos y alta dificultad en el trabajo, sucede casi con la misma intensidad en los modernistas y en los tradicionalistas. Obviamente, los profesionales también varían con respecto a la proximidad con que observan el trabajo de su servicio, y el grado de celo con que tratan de cumplir sus tareas. Así, aún en el área en que los no profesionales tienen más libertad para ejercer iniciativa, los profesionales la tienen aún mayor. Pero, es una característica distintiva del profesional el que otros aspectos de su trabajo se refuercen tanto o más, de manera que sirvan junto con su mayor capacidad técnica, para separarlo de otras clases de funcionarios del ambiente hospitalario. El profesional tiene, tanto el derecho como la obligación de definir las tareas que son y las que no son las propias para tomar parte en decisiones acerca de (como lo dice un epígrafe clásico tomado de otro contexto) "quién hará qué y con cuáles y a quién".

Por lo demás, se da por sentado que un profesional será capaz de controlar su ambiente, sin ser abrumado por él y sin tener que depen-

der de las instrucciones de otros para poder operar dentro de aquél. Este complejo de razones, por lo tanto, es lo que explica el hallazgo de que la sensación de relativa impotencia se encuentra más frecuentemente entre los profesionales tradicionalistas con puntajes bajos de PR. Las grandes exigencias de responsabilidad independiente que son inherentes a los profesionales resultan más difíciles para los tradicionalistas que están menos inclinados a ejercerla, a menos que encuentren relativamente fácil contar con el apoyo de sus colegas. Por lo demás, entre aquellos cuya tarea comprende la capacidad de controlar el ambiente de trabajo, la sensación de no tener suficiente control, —especialmente si la mayoría de sus iguales, que están en las mismas circunstancias objetivas, parece tenerlo—, puede ser tanto una expresión de inseguridad como también una queja sobre la organización administrativa.

3. Receptividad del médico, igualitarismo, e insatisfacción. En parte para corroborar hallazgos ya considerados y en parte para poder llegar a conclusiones tomando en cuenta una serie de situaciones complementarias centradas enteramente en el hospital, esta sección se refiere a la forma en que los juicios sobre la voluntad de los médicos para aceptar a otros se relacionan con los puntajes de Receptividad del médico y con la insatisfacción. Los resultados son relativamente directos.

La Tabla 3 muestra que entre los profesionales la información sobre dificultades en el trabajo se relaciona más estrechamente con los puntajes de Receptividad (PR) que con el ítem que usamos como indicación de las impresiones sobre igualitarismo de los médicos.

Sin embargo, los profesionales que describen a los médicos como difíciles de abordar y como inclinados a ser jerárquicos tienen mayores puntajes de "Impotencia" que todos los demás. Aparentemente, un poco de irascibilidad importa menos cuando la manifiesta una persona de la que se opina que, sin embargo, tiene buena voluntad para aceptar a aquellos con quienes se pone en contacto, o que por lo menos no es de los que trata bien a Pedro y mal a Pablo.

En el grupo no profesional, no surgen diferencias significativas de las relaciones entre PR, Igualitarismo y Dificultades de Trabajo, excepto para la anotada anteriormente entre las 2 primeras de estas variables. (La Tabla muestra una ligera tendencia que sugiere que aquellos más dispuestos a sentirse aceptados tienen menos dificultades en su trabajo). El más fácil de entender de los hallazgos de la Tabla 3 es el último. Los no profesionales que encuentran que los médicos son receptivos e igualitarios tienen puntaje de "Impotencia" significativamente menores que todos los demás. Queda claro, entonces, que si los subordinados de este ambiente deben tener la impresión de que aunque puedan influir en lo que tienen que hacer, no sólo deben sentir que sus superiores son más o menos abiertos y agradables sino también que entregan derechos al mismo tiempo que imponen exigencias.

Finalmente, comparemos directamente los profesionales y no profesionales, por última vez en esta parte del trabajo. Más del 40 por ciento de los primeros, que son un grupo generalmente seguro, tienden a encontrar difícil sentir que controlan su trabajo si al mismo tiempo sienten que no pueden confiar totalmente en

TABLA 3

Dificultades en el trabajo e Impotencia entre Profesionales y No Profesionales, según Receptividad Médica e Igualitarismo de los médicos.

		PROFESIONALES				NO PROFESIONALES			
		Alta		Baja		Alta		Baja	
Los médicos son:		x	n	x	n	x	n	x	n
Dificultades en el trabajo	Igualitarios	3.8	8	3.1	8	4.0	19	3.2	21
	Jerárquicos	4.0	33	2.9	26	3.9	50	3.6	24
Impotencia	Igualitarios	0.7 (y)	9	0.8 (x)	8	2.0	19	0.95 (a)	24
	Jerárquicos	1.7 (x-y)	34	0.8 (y)	27	1.9	50	1.8	21

(x) = diferencia significativa a menos de 0.10.

(a) = Diferencias entre este grupo y todos los de más significativas a nivel 0.02 o menos.

(y) = diferencia significativa a 0.05 o menos.

sus colegas en cuanto a un trato amistoso, abierto y justo para todos los miembros del personal. Menos del 20 por ciento de los no profesionales, miembros de un grupo que en general es inseguro, son propensos a sentir que tienen tal tipo de control sólo cuando sienten también que pueden contar totalmente con la aceptación y reconocimiento de sus superiores.

Hay una diferencia de matiz en estas dos afirmaciones que emana, cómo sucedió para muchas de las otras diferencias entre los dos grupos, del hecho de que el profesional tiene una mayor posibilidad de poseer el impulso vocacional para crear su propio ambiente de trabajo. En contraste, el no profesional es claramente más dependiente del tipo de condiciones que otros crean para él.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Este estudio se inició llamando la atención sobre la relación entre las posiciones ocupacionales y tradicionalismo-modernismo, mostrando que los profesionales de nivel alto tenían puntos de vista más modernistas que sus subordinados no profesionales. En seguida, entre los no profesionales, mostró que las impresiones negativas acerca de los médicos no podían explicarse sin referirse también al estrato social de origen, a pesar de que las muchachas de clase media con puntos de vista tradicionalistas describieron a los médicos en términos mucho más negativos que los usados por sus colegas modernistas provenientes de clase obrera.

Al examinar la insatisfacción en el trabajo en ambos grupos ocupacionales demostramos que ella estaba relacionada con la opinión de que los médicos no son receptivos a ser abordados por otros. Entre los profesionales, en especial entre los más tradicionalistas, este juicio adquirió especial fuerza, ya que aquéllos que lo expresaron estaban particularmente inclinados a sentirse incapaces de ejercer mucho control sobre su ambiente de trabajo. Entre los no profesionales tal juicio tuvo más fuerza entre los modernistas, donde se asoció fuertemente con la impresión de haber tenido más dificultades para realizar el trabajo. Finalmente, vimos en ambos grupos, que la relación de las impresiones sobre la receptividad de los médicos y la insatisfacción en el trabajo estaban también modificadas por las impresiones de si se pensaba o no que los médicos eran igualitarios en su trato con los demás. Los profesionales que consideraron a los médicos autocráticos y no receptivos estaban más insatisfechos que los otros; y los no profesionales que los consideraban receptivos e igualitarios, estaban más satisfechos.

Aunque ya hemos resumido los hallazgos principales, queda una observación obvia que hasta aquí ha recibido muy poca atención explícita y que nos gustaría considerar en este momento. Ella es que los no profesionales son mucho más propensos que los profesionales a estar insatisfechos con su trabajo, afirmación que puede sostenerse no sólo a través de las mediciones del descontento que hemos empleado aquí, sino también en términos de cualquiera de los otros ítems de este mismo orden que se incluyeron en nuestras entrevistas. Ahora, en circunstancias en que los no profesionales reciben un salario muy escaso y donde a menudo hay serios déficits de material y de personal, sería ridículo afirmar que los cambios en las relaciones entre los miembros de los diferentes niveles podrían eliminar las deficiencias de insatisfacción que predominan entre ellos. Tal vez podrían reducirlas. Menos insatisfacción entre los no profesionales podría beneficiar también a los profesionales, ya que estos creen que sus servicios clínicos realizarían una mejor labor con un cuerpo de personal subordinado más efectivamente motivado. En cualquier caso, resulta claro que el nivel de motivación en los planos ocupacionales más bajos no tiene visos de aumentar apreciablemente a menos que se dé a los subordinados una razón para desear el cambio y suficiente apoyo para que deseen emprenderlo.

Algunas recompensas no monetarias que se han demostrado útiles en otros ambientes podrían ser consideradas aquí: por ejemplo, el derecho a ser consultados sobre cambios en la asignación del trabajo, la posibilidad de asegurarse cierto tipo de progreso mediante la participación en programas de adiestramiento en servicio y la instauración de modelos de supervisión que permitan al personal de nivel bajo sentir que hay alguien para respaldarlos frente a una autoridad superior cuando creen tener la razón. Pero junto a la consideración de estas medidas convencionales creemos que se justifica sugerir un cambio en las perspectivas de los miembros de los estratos superiores.

En particular, la noción de que el subordinado es meramente un elemento intercambiable por otros que podrían realizar igualmente bien sus funciones de ayuda a la realización del trabajo de sus superiores, le impide a éste sentir que sus esfuerzos son únicos e irremplazables. Por lo demás, la combinación de déficit de personal y las exigencias de los superiores de mejores rendimientos, refuerza la tendencia de los no profesionales a considerar su responsabilidad como un derivado que nace enteramente de la obligación de cumplir las órdenes de otros. Sin embargo, hay un área en que el

subordinado no profesional puede emplear una buena dosis de juicio e iniciativa, aunque tienda a ser olvidada o al menos ocultada por el énfasis que se pone en el rendimiento técnico, la cual veremos a continuación.

El personal subordinado en términos de su origen social, de sus inclinaciones personales y de las oportunidades de contacto con pacientes que les da su trabajo, estaría bien equipado para hacer más por satisfacer las necesidades afectivas e interpersonales de sus pacientes. Sus actividades en esta área podrían ser estimuladas como una meta deseable por sí misma, más bien que como otra simple contribución a las actividades más espectaculares de los profesionales altamente preparados. En este momento se puede afirmar que no existe una ideología bien desarrollada sobre atención de pacientes entre el personal no profesional. Sobre más de 200 respuestas que los no profesionales dieron a la pregunta, "¿Qué lo llevó a postular a su actual empleo?", sólo ocho tenían algo que ver con la atención del enfermo o con el servicio a la comunidad; sobre 300 respuestas a "¿Cuáles son las cualidades más importantes para realizar bien su tipo de trabajo?", sólo 41 mencionaban la bondad, la consideración o el interés en los pacientes.

Tales respuestas constituyen prueba suficiente de que hay mucho que hacer para ayudar a los no profesionales a desarrollar una orientación de servicio y de atención a las necesidades afectivas e interpersonales de los pacientes. Ello se podría plantear aún dada la posibilidad de que sea difícil hacerla aceptar por personas que dependen de su trabajo —por una débil situación de clase media— dentro de una cultura que todavía equipara los servicios per-

sonales de casi todo tipo con una jerarquía inferior y la consiguiente pérdida de dignidad personal. Sin embargo, nuestras aseveraciones no se basan en la premisa, por caritativa que ésta parezca, de que el personal que trabaja en hospitales debería ser más amable con los enfermos que deben ser enviados a ellos. El es-el intento manifiesto, y tal vez aún imposible manifiesto, y el intento tal vez aún imposible de alcanzar, de recalcar la necesidad de servicio y atención a los pacientes. Menos obvio, pero más significativo es que tal énfasis podría ser el punto de partida para desarrollar una ideología ocupacional, medio por el cual los subordinados podrían justipreciar y valorizar sus esfuerzos y empezar a sentir que sus contribuciones intrínsecamente tienen importancia.

Una nueva orientación, sin embargo, no puede surgir del vacío. No puede desarrollarse sin los esfuerzos de los profesionales que la estimulen en los demás, que alaben los esfuerzos en las direcciones deseadas, pero sin crear nuevas obligaciones impuestas desde arriba a los de más abajo, y que ellos reconozcan abiertamente que sus propios motivos de preocupación residen ciertamente en otras áreas. Los miembros de los grupos ocupacionales que ya tienen suficientes bases para sentirse necesarios y útiles, no siempre se dan cuenta cuán ingrato y demoralizador puede ser el trabajo para el que no tiene esas bases. Es cierto que los profesionales continuarán realizando el trabajo más complejo y más dramático con los pacientes; no necesitan, entonces, tratar de establecer o de mantener el monopolio de la sensación de que ellos hacen además la mayor parte de lo que es bueno para los pacientes.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Ver el artículo de Robert Blauner, "Work satisfaction and industrial trend in modern society", en el libro editado por R. Bendix y S. M. Lipset, "Class, Status and Power", Free Press of Glencoe, New York, 1966. En las páginas 474-5, Blauner señala, "los porcentajes más altos de funcionarios satisfechos se encuentran por lo general entre los profesionales y hombres de negocios. En una industria determinada, la proporción de satisfechos es más alta entre los empleados de oficina que entre los obreros. Dentro de la clase obrera, la satisfacción es mayor entre los obreros calificados y la más baja se encuentra entre los obreros no calificados y obreros de líneas de armadura".

(2) Aquí y en todas partes, nuestro punto de vista sobre el carácter organizativo del hospital debe mucho al trabajo de Charles Perrow "A Framework for the Comparative Analysis of Organizations", American Sociological Review, 32: 1967, pp. 194-208.

(3) Nuestra referencia básica para la consideración del modernismo-tradicionalismo es "The Measurement of Modernism: A Study of Values in Brazil and México", de Joseph Kahl, Latin American Monographs Nº 2, Austin, University of Texas. El tema del modernismo o de la modernización es amplio y la literatura, a estas alturas, enorme, pero hay algunas discusiones propicias a la consideración de los aspectos sociales y psicológicos del fenómeno. Entre nuestras favoritas están: "Política y Sociedad en una Epoca de Transición: De la Sociedad Tradicional a la Sociedad de Masas", de Gino Germani, Buenos Aires, Paidós, 1963; "On the Theory of Social Change", de Everett E. Hagen, Homewood, Illinois, The Dorsey Press, 1962.

Prestar interés adicional a los hallazgos considerados aquí, significa que hemos logrado mostrar que la variable modernismo-tradicionalismo marca una diferencia en las actitudes de las personas hacia los aspectos específicos de su trabajo. Demostramos así que aunque las orientaciones representadas por las

variables son generales, tienen un efecto sobre la forma en que la gente aborda sus tareas. La importancia de esta demostración parece obvia bajo circunstancias en que el proceso de desarrollo puede muy bien depender en parte de cambios de orientación en el significado del trabajo y del empleo en grandes segmentos de población. Nuestro trabajo analítico habría sido más fácil y mayor la fuerza de esta demostración, si hubiéramos encontrado una relación directa e inmediata entre tradicionalismo e insatisfacción. Contrariamente a lo que esperábamos, no encontramos dicha asociación en ninguno de los datos, a causa, según creemos, de que la insatisfacción en el trabajo no es sólo función de dificultades o tensiones, sino también de las expectativas. Entre personas de status bajo, el tradicionalismo puede dificultar la comprensión y aceptación de las reglas de la organización racional; pero a través de su efecto de disminuir las expectativas sobre un trabajo, ahoga la tendencia a tomar en serio algunos problemas frecuentes y comunes. Si este razonamiento es correcto, ambas tendencias se anulan recíprocamente.

(4) Con referencia especial a este fenómeno en los hospitales, ver "Stratification and Hospital Care, I", de Melvin Seeman and John Evans, *American Sociological Review*, 26, 1961, pp. 67-79. Una información más anecdótica de temas similares, pero con conclusiones algo diferentes, ya que el autor relata diferencias en los moldes de autoridad informal en relación a las demandas tecnológicas de unidades médicas y quirúrgicas, es "Authority and Decision-Making in a Hospital: A comprehensive Analysis", de Rose L. Coser, *American Sociological Review* 23, 1958, pp. 56-63.

(5) Ver Blauner, op. cit., como también la revisión de los efectos de diferentes formas de supervisión, en "Organización", de James March y Herbert Simon, New York, Wiley, 1958.

(6) En un trabajo en que nos apoyamos mucho para ítems de entrevista, como también para ideas importantes, los autores comunican que las diferencias entre distintos tipos de unidades (medicina y cirugía, sala y pensionado) importaban mucho menos para la impresión que tenían los internos del trabajo en la sala, que las diferencias en la aplicación informal de la autoridad y en distancias entre los status. Ver Melvin Seeman and John Evans, op. cit. Otro estudio que muestra pocas diferencias en las opiniones del personal en unidades médicas y quirúrgicas es "Hospital Ideology and Communication between Ward Personnel", de Albert Wessen, en "Patients, Physicians and Illness", edit. E. Gartly Jaco, Glencoe, The Free Press, 1958.

(7) A modo de ejemplo, las matronas constituyen otra categoría profesional cuyas relaciones tanto con los obstetras como con las auxiliares de enfermería son muy diferentes a las de los otros grupos comprometidos en la atención y tratamiento activos. Los consultorios son otra cosa, especialmente en las clínicas periféricas (en el área hospitalaria, pero no en el mismo hospital) a las cuales están asignados muchos de los médicos. Ellos están lejos de estar contentos con las condiciones de trabajo y con la rutina y las características burocráticas del trabajo que realizan en dichos consultorios, en contraste con el que realizan en el hospital, donde trabajan con casos más interesantes y comparten las consultas y la camaradería de sus colegas. Algunos aspectos del trabajo y del personal de ese tipo de consultorio chi-

leno se encuentra en "The Clinical Team in a Chilean Health Center", de Ozzie Simmons, de B. D. Paul (ed.) "Health Culture and Community", New York, Russel Sage Foundation, 1955, pp. 325-348.

(8) La discusión general más útil sobre el Servicio Nacional de Salud y su relación con la sorprendente variedad de sistemas de Seguro Social en Chile se encuentra en "La Medicina Socializada y su Aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile", de Benjamín Viel, Santiago, Universidad de Chile, 1964. La legislación reciente ha cambiado algunos puntos menores; pero el grueso del libro aunque ocasionalmente exagera en relación a la medicina integral en Chile, es válido aún.

(9) También tuve que disipar sospechas sobre mis motivos, ya que no había duda de que yo era un sociólogo norteamericano, ocupación mirada con considerable escepticismo en algunos sitios, desde Camelot. La revelación en 1967 del patrocinio de la CIA a algunas fundaciones "privadas" que realizaban investigaciones internacionales y programas de intercambio, fue una noticia casi sangrienta. Sin embargo, para entonces yo llevaba bastante tiempo en el hospital como para que la mayoría de la gente me conociera personalmente y decidiera que yo era inofensivo.

(10) En 1960, y la situación no ha cambiado mucho desde entonces, un observador de éste y otros asuntos afines llegó a la siguiente conclusión que traduzco: "No está fuera de lugar afirmar que la razón de médicos a enfermeras en Chile es deficiente si se considera que el número de enfermeras recibidas entre 1925 y 1958 es apenas equivalente a un 45% del número de médicos que se recibieron en la Universidad de Chile en el mismo lapso. En años recientes, ese porcentaje ha aumentado considerablemente, pero apenas alcanza al 71% promedio para el período 1956-1958". Sigue una Tabla que muestra que en los Estados Unidos, en 1956, la razón enfermeras graduadas/médicos era de 2,3 : 1. Julio Morales V. "Formación de Profesionales Médicos y de colaboración médica en Chile: algunos antecedentes, problemas y perspectivas", Seminario de Formación Profesional Médica, Colegio Médico de Chile, 1960.

(11) Existen, por supuesto, algunas diferencias dignas de anotarse dentro de estas categorías de profesionales y no profesionales. Por ejemplo, el grupo de más baja jerarquía y menos preparado, las empleadas de servicio, es el más insatisfecho. (De acuerdo a la revisión de Blauner, op. cit., pero no necesariamente ya que en otro hospital que no era del Servicio Nacional de Salud, encontramos empleadas de sala que estaban menos insatisfechas que las auxiliares de enfermería). Otra diferencia consiste en que las enfermeras relatan más errores debidos a fallas de otros de lo que relatan otros profesionales, mientras que los internos están por lo general más contentos que los miembros de cualquier otro grupo ocupacional. Estas variaciones intra-categorías no explican las diferencias entre categorías que son las que aquí nos preocupan.

(12) A pesar de las reformas educacionales en gran escala, ocurridas durante la presente administración, principalmente la construcción y dotación de un gran número de escuelas primarias rurales, y la extensión del ciclo de educación básica, de 6 a 8 años, la educación superior chilena es, a pesar de sus

universidades esencialmente gratuitas, bastante restrictiva aún, dadas las pocas probabilidades de llegar a sus puertas que tienen los sectores obreros de la población. Yo no llegaría tan lejos como a llamarlo un sistema "aristocrático" como ha hecho otro observador. Ver Jorge Ahumada, "En vez de la Misericordia", Santiago, Editorial del Pacífico, 1958. En verdad, a niveles superiores está surgiendo un problema, derivado del crecimiento de población y la tendencia a la democratización de la educación previa: los dos últimos años se ha producido un aumento enorme en el número de postulantes a las universidades, que estas instituciones simplemente no tienen cabida para aceptar.

(13) Entre los profesionales, intenté probar los efectos de la clase de origen utilizando otros puntos de intersección; por ejemplo, la comparación de hijos de profesionales con otros. Ninguno sirvió para relacionar el estrato social con otras variables. El número relativamente pequeño de casos hizo inaplicables otros recursos presumiblemente útiles. Por ejemplo, no hay duda de que la educación particular tiene que ver tanto con el status de origen como con el status final logrado en el sector de más alta jerarquía, que los profesionales representan; pero un buen número de médicos habían asistido a un colegio secundario de tipo público, pero altamente selectivo, que representa status y criterios educacionales por lo menos tan altos como los de los exclusivos colegios particulares.

(14) Kahl, op. cit.

(15) Ibid, p. 6.

(16) Leonard I. Perlin "Alienation from Work: A Study of Nursing Personnel", American Sociological Review 27, 1962, pp. 314-316; Melvin Seeman "On the Personal Consequences of Alienation in Work", American Sociological Review 32, 1967, pp. 273-285.

(17) Los ítems eran traducciones españolas de preguntas extraídas de un índice de tensiones en el trabajo que se presentaban más frecuentemente entre aquellos cuyos trabajos los comprometía en las relaciones interpersonales más complejas. Ver J. Dredrick Snoek, "Role Strain in Diversified Role Sets". American Journal of Sociology 81, 1966, pp. 363-372.

(18) Hubo las siguientes asociaciones significativas entre las mediciones de la insatisfacción en el trabajo empleadas aquí y los ítems empleados más convencionalmente para estimarla: entre los profesionales la "Impotencia" se relacionó con la frecuencia con que se pensaba abandonar el hospital y con la creencia de que el trabajo que realizaban en él no les daba mucha satisfacción. Entre los no profesionales, PR bajos e Impotencia alto, se relacionaron con el abandono del trabajo; un puntaje alto en "Dificultades en el trabajo" con el de la menos intrínseca satisfacción en el trabajo.

Se podría preguntar por qué no incluimos tales ítems en las escalas. La respuesta es que simplemente deseábamos poder comparar a los profesionales y

no profesionales en dimensiones comunes a ambos; y el hecho de que estos dos ítems tuvieran patrones de respuestas muy diferentes en los dos grupos los dejó fuera, por no cumplir con el criterio de escalas para la población total. (Los no profesionales, y no es de sorprenderse, relataron haber pensado con mayor frecuencia en retirarse y en que el trabajo era poco satisfactorio).

(19) La "movilidad bloqueada" es una característica prominente de muchos tipos de organización; pero se aprecia con especial claridad en el hospital a causa del contacto más estrecho entre personas de diferente jerarquía; de las diferencias de sexo que acompañan a las de jerarquías y la fuerte tendencia a la separación de grupos ocupacionales—tal vez por emulación de los médicos— para tratar de encontrar alguna base para considerarse así mismos como "profesionales". El estudio de Harvey Smith es hoy casi un clásico de la sociología médica, "Two Lines of Authority: The Hospital's Dilemma", en Jaco, op. cit.

(20) Que las mujeres tienden generalmente a ser más conservadoras en materias socio-políticas es algo que se afirma ampliamente. El punto está hasta cierto punto documentado en "Political Man", de Seymour M. Lipset, New York, Doubleday, 1960. Lipset señala que cuando la religión está implicada en política, las mujeres tienden más que los hombres a votar por los partidos pro-religiosos más derechistas. En Chile, la religión es un tema de política.

Una diferencia entre el tradicionalismo masculino y femenino sería particularmente destacado en la escala empleada aquí, por cuanto dos de sus cuatro ítems se refieren a relaciones familiares. Sin embargo, hubo diferencias significativas entre las respuestas de las mujeres médicos y enfermeras y las de las no profesionales.

Otros datos que sugieren que los grupos de status inferior están menos inclinados a la planificación a largo plazo o a una mayor conciencia de sus circunstancias derivan de la pregunta, "¿Qué factores lo llevaron a elegir su actual carrera u ocupación?" Los profesionales recalcan aptitudes específicas, un sentido de "llamado", contactos precoces con representantes de su profesión actual; los no profesionales, coincidencias más recientes y la presión de situaciones económicas. Naturalmente, las respuestas de los profesionales son en parte racionalizaciones retrospectivas preconcebidas en que las escuelas profesionales especializan, y deben, por lo tanto, ser tomadas con algún beneficio de inventario.

(21) Kahl; Germani, Hagen, op. cit.

(22) Pearlín, op. cit. y menos directamente, Seeman and Evans; y Coser, ambos en op. cit.

(23) Peter Blau, "Dynamics of Bureaucracy", Chicago, University of Chicago Press, 1963.

(24) Para un impresionante informe de observación sobre este fenómeno, ver "Influence and Authority Among Physicians in an Out-Patient Clinic", de Mary E. W. Goss, American Sociological Review 26, 1961, pp. 39-50.