

# EL PERSONAL DE COLABORACION MEDICA Y LA ORGANIZACION

## El personal paramédico

ELIOT FREIDSON\*

de la Univ. de Nueva York y del Hospital Montefiore

El término "paramédico"\*\*\* se refiere a aquellas ocupaciones cuyas labores están organizadas en función de las tareas de recuperación de la salud y que se cumplen esencialmente bajo el control de los médicos. El control final que los médicos pueden ejercer podrá manifestarse de diversas maneras. En primer lugar, gran parte del conocimiento técnico adquirido por el trabajador paramédico en el curso de sus estudios y utilizado en su trabajo, tiende a ser investigado, seleccionado, tratado en detalle y aprobado por los médicos. En segundo lugar, los trabajos efectuados por el personal *paramédico* están destinados a ayudar, y no a reemplazar directamente las funciones fundamentales del diagnóstico y tratamiento. Tercero, el personal *paramédico* debe actuar como subordinado en cuanto a que su trabajo debe ser realizado a solicitud de o "por orden" de los médicos y es a menudo supervisado por éstos. Finalmente, el prestigio asignado al trabajo de las ocupaciones paramédicas por el público tiende a ser menor que el asignado a la profesión médica.

Características como las enunciadas son de tal naturaleza que hacen que las ocupaciones paramédicas se diferencien de las profesiones clásicas, por la relativa falta de autonomía, responsabilidad, autoridad y prestigio. Sin embargo, el hecho de que por definición estén organizadas en derredor de una profesión clásica y que participen en grado variable de algunos (pero nunca de todos) de los elementos del profesionalismo, nos permite distinguirlas de muchas otras ocupaciones y sostener con funda-

\*\*\* En Chile se está usando con mayor frecuencia el término "colaboración médica".

El autor del presente trabajo analiza las modalidades de reclutamiento y adiestramiento del personal paramédico en sus distintos campos de ejercicio ocupacional y profesional y las interrelaciones de estos grupos. Efectúa, al mismo tiempo, un análisis en profundidad sobre la tendencia a la profesionalización en la enfermería. Especial hincapié hace el autor en los aspectos sociológicos de las relaciones entre los trabajadores de la salud sin carácter profesional y los profesionales de la medicina.

Si bien este análisis se refiere fundamentalmente a lo que sucede en los Estados Unidos, hemos considerado que sus sugerencias son dignas de estudio, al mismo tiempo que plantean un desafío para que en nuestro país se efectúen investigaciones sociológicas similares.

mento que ellas representan una forma de organización ocupacional sociológicamente diferente.

Además, puede advertirse que las ocupaciones paramédicas no son clasificadas adecuadamente con referencia a sus acciones relacionadas con la salud. Lo que comúnmente se denomina como "ocupaciones paramédicas" son aquellas que han sido incluídas en la división del trabajo profesionalmente organizada y que han sido aceptadas por ésta. Otras ocupaciones que pueden en realidad efectuar las mismas labores técnicas, pero que tienen diferente relación con la profesión dominante (como, por ejemplo, la de un yerbatero en comparación al farmacéutico), no son designadas como "paramédicas", sino más bien como de "curanderos" o "falsos médicos". Por consiguiente, las diferencias entre el "paramédico" y el "curandero" no resultan necesariamente de las labores que cada uno realiza, sino más bien de las relaciones que cada uno tiene con la profesión dominante. Así entonces, es más fácil distinguir sociológicamente al trabajador paramédico que hacerlo tecnológicamente. Las ocupaciones paramédicas no son simplemente parte de una sección de trabajo tecnológicamente diferenciado, sino que en forma más importante, son parte de una sección de trabajo organizada alrededor y bajo el control de una profesión dominante central.

\* CUADERNOS MEDICOS SOCIALES ha publicado varios artículos de este autor. Entre ellos, podemos señalar: "La Sociología de la Medicina" publicado en Vol. V, Nº 1, marzo de 1964, y "Procedimientos de control en una organización de Profesionales de igual jerarquía", Vol. V, Nº 4, diciembre 1964.

No obstante, este patrón "para-profesional", preciso como es, no es frecuente. Por ejemplo, si bien existe una sección de trabajo claramente establecida que se desenvuelve en torno al campo de las leyes, no sería apropiado utilizar el término de "paralegal" para los policías, contadores, escribientes, corredores de bienes raíces y banqueros, en la misma forma que usamos el de "paramédicos" para las enfermeras y técnicos de laboratorio. Tampoco parece adecuado usar el prefijo para designar a los sectores de trabajo conectados con cualquiera otra de las profesiones clásicas. Sólo la medicina parece haber impuesto clasificación tan definida a las ocupaciones que la rodean. Sólo podemos suponer las razones de esto recurriendo a la comparativa especificidad y a la complejidad técnica de las acciones involucradas, que hacen que no sea posible que se desarrollen estas ocupaciones en otro campo que no sea el campo médico. Pero, cualquiera que sea la razón, esta manera de organizar un sector de trabajo es taxonómicamente distinta, y si es verdadero que el trabajo se está en general "profesionalizando", el modelo paramédico podrá llegar a ampliarse en el futuro. Tanto práctica como conceptualmente, ello es digno de un concienzudo estudio. ¿Cómo se desarrolló? ¿Cuáles son sus características actuales? Es a estas preguntas que el resto de este trabajo estará dirigido.

Desarrollo de la sectorización de trabajo. Una división del trabajo en relación con las funciones de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hombre ha existido siempre, en una u otra forma, en toda sociedad humana. Siempre han existido diagnosticadores, yerbateros, parteras y enfermeras, aun cuando haya sido sólo con carácter de aficionados sin dedicación exclusiva. Sin embargo, el *sector* de trabajo característico rotulado como "paramédico", es relativamente nuevo, y es complejo sólo en las sociedades altamente industrializadas del globo en que se desarrolló la profesión médica moderna. Aún, donde quiera que se le encuentre, varía enormemente en el grado de su integración con la profesión médica y en el control que ésta ejerce sobre él. Desafortunadamente, no existe entre las naciones una adecuada comparación de la organización de los trabajadores de la salud como para proporcionar siquiera la información descriptiva básica necesaria para el análisis, por lo que gran parte de la clasificación de los tipos y fuentes de variación debe basarse en información fragmentada y dispersa.

En Europa, los comienzos de una división del trabajo paramédico diferenciado emergen, al menos en la época del desarrollo de las ciuda-

des; de las organizaciones gremiales y de la universidad. La ciudad proporcionó la densidad de población necesaria para el mantenimiento de una diversidad de especialistas de dedicación exclusiva. El gremio proporcionaba a las ocupaciones relacionadas con la salud una organización apropiada, gracias a la cual fue posible configurar una identidad distinta tanto oficialmente como para el público, y exigir derechos exclusivos para esa identidad y el trabajo que ella implicaba. Sin embargo, del área estatal se obtuvo el derecho a poseer algo así como un monopolio del título y la función, y a controlar en forma bastante estricta el acceso y el avance dentro de una carrera ocupacional. A cambio de tal derecho, la ocupación ganó una organización, pero quedó también sujeta a ser confinada dentro de una posición *oficial* relativamente bien definida dentro de un sector más extenso de trabajo, posición que puede involucrar la subordinación forzada a los miembros de otro gremio.

La importancia de la universidad en esta situación, deriva de que las profesiones que se preparaban en su seno tenían, en virtud de su aureola de erudición y "ciencia", una más fuerte pretensión a alcanzar posiciones elevadas y de mando. La preparación universitaria dio a los médicos y cirujanos una posición política más fuerte a fin de persuadir al estado el subordinar a ellos a competidores tales como los boticarios, comerciantes en comestibles y barberos, además de permitirles procesar a los prácticos menos regulares. Esto pudo suceder así aun cuando resultaba dudoso que el conocimiento y capacitación reales del práctico formado en la universidad en aquellos tiempos, lo habilitaran para desempeñarse algo mejor que sus competidores autodidactas o aprendices.

Tenemos entonces que junto con el desarrollo de la universidad y del gremio en las ciudades europeas, surgió una organización rudimentaria de trabajadores con dedicación exclusiva en el campo de la salud, organizada, por lo menos en parte, bajo la supervisión de médicos y cirujanos. Durante siglos esta organización fue altamente inestable, internamente, por la abundante competencia indisciplinada y desde afuera, debilitada por la persistencia de una gran variedad de "prácticos irregulares". En modo semejante a la situación de los servicios de salud en los países no industriales de hoy, el sector médico de trabajo era bastante estable sólo en aquellas áreas de la ciudad en que la clase media acomodada estaba dispuesta a patrocinarlo. En los barrios bajos y en las zonas rurales, en cambio, los pobres y los campesinos continua-

ban confiando en sus propios remedios tradicionales, en sus propios prácticos y en los curanderos ocasionales, los primeros dos como partes de su propia cultura y el último ajeno a ella. Existían en esencia dos sistemas de curar enfermos, el mayor de los cuales se arraigaba en la cultura del campesino mientras el más prominente lo hacía en las tradiciones adquiridas por la civilización occidental. Antes que este último pudiera llegar a ser a la vez estable y universal, era indispensable destruir o por lo menos restringir severamente al otro. Antes del siglo XX, nada surgió en Europa y Norteamérica parecido a una división estable y universal del trabajo dominado por los médicos. Hoy, en los países no industrializados del mundo, no existe todavía tal división en grado suficientemente manifiesto.

Parece que el primer requisito previo para el desarrollo de una división estable y extensiva del trabajo que es característicamente paramédico, fuera la supresión de las grandes diferencias cualitativas en cultura y educación entre los grandes estratos de una sociedad. Y esto parece ser así a causa de que los servicios de salud son utilizados en su mayor parte sobre bases voluntarias. La gente elige entre usar un servicio u otro; y para el caso de que sólo exista un servicio organizado, podrá decidirse a no utilizarlo de ninguna manera, y confiar en sus propios recursos tradicionales. Al parecer no es una mera coincidencia que el poder de los servicios irregulares de salud haya declinado considerablemente en los países industrializados casi al mismo tiempo en que hacía su aparición la instrucción universal obligatoria. Colaborador en este proceso, pero de ningún modo suficiente por sí mismo, como lo demuestra la experiencia de los países no industrializados de nuestros días, fue el surgimiento de la medicina científica, capaz por primera vez en la historia de aliviar muchos males y síntomas en forma segura y predecible.

En el siglo XX, la profesión médica fue por fin capaz de establecer un mandato seguro para proporcionar un "servicio central de salud". En Inglaterra, el práctico general rural había alcanzado una situación médica regularizada. En Rusia, el *feldsher* había sido reemplazado en parte por el médico y, en parte, había sido subordinado a éste. En los Estados Unidos las muchas diferentes clases y calidades de prácticos que democráticamente se autodenominaban "doctores", fueron reducidas a cierta uniformidad. De esta manera se aseguró el control sobre el diagnóstico y la prescripción, aunque algunas especialidades que evolucionaron separadamen-

te, como la dentística y la medicina veterinaria, pudieron en virtud de sus funciones fácilmente segregables y de su capacidad para ejercer independientemente, mantenerse aparte. Finalmente, en virtud de su rol preponderante como árbitro en la aplicación de los nuevos descubrimientos científicos, pudo la profesión médica ordenar a su alrededor al nuevo y prolífico personal técnico.

Es dentro de este contexto que se puede comprender el desarrollo de la división paramédica contemporánea del trabajo como algo mucho más complejo que la simple diferenciación funcional o técnica. A causa de la importancia de los factores sociales, políticos y económicos, existe gran variedad en cuanto al origen y actual posición de las ocupaciones relacionadas con la salud. Algunas especialidades históricas, como la dentística, sobrevivieron con cierta independencia de la sectorización paramédica del trabajo. Otras, como la farmacia y la optometría, no fueron integradas del todo y permanecieron independientes, por lo menos en forma parcial. Otras aún, como el "compositor de huesos" y, en los Estados Unidos, la partera, fueron incorporadas al campo médico mismo, dejando así fuera de práctica a legos y aficionados. Otras, entre las cuales la más destacada es la enfermería, mantuvieron su antigua función, si bien quedando sometidas al firme control médico. Y, finalmente, salvo escasas excepciones, las especialidades nuevas como los técnicos laborantes, que surgieron con la nueva ciencia y tecnología médicas dentro del ámbito del hospital y de la escuela de medicina, se desarrollaron inequívocamente como parte de un sector paramédico de trabajo ya establecido.

La variedad que se encuentra en la posición pasada y presente de las ocupaciones y que puede presumirse que caigan dentro de la división paramédica del trabajo, es evidentemente demasiado extensa como para arrostrar una explicación mediante unas pocas y simples variables. Al parecer el accidente histórico y la diferencia nacional juegan un papel no despreciable. El polémico análisis de Hughes acerca de la manera como las profesiones tratan de deshacerse del "trabajo de baja categoría" transfiriéndolo a trabajadores de rango inferior, parece describir una parte importante de los cambios que prosiguen en los sectores paramédicos ya establecidos, pero no parece útil para comprender cómo se conformaron en primer lugar sus perfiles más importantes. Así, mientras retornamos al actual orden de cosas, conviene tener presente la larga historia y la diversidad de sus orígenes.

*Reclutamiento y adiestramiento.* Los sectores paramédicos del trabajo constituyen un sistema estratificado, dentro del cual las profesiones se encuentran integradas en grado variable alrededor del trabajo de los médicos. La sociedad, en general, asigna a todas las ocupaciones del sistema un prestigio menor que el que asigna a los médicos. A ello se agrega el hecho de que la posición social de los que ingresan a las profesiones paramédicas sea tal vez de un status inferior a la de los que ingresan a la medicina misma. Mas aún, existe una jerarquía de prestigio y autoridad *entre* los trabajadores paramédicos. Las enfermeras, por ejemplo, se encuentran en nivel más elevado que los auxiliares y técnicos. Es probable que también esta jerarquía refleje los antecedentes sociales de los trabajadores. Las posiciones según los antecedentes sociales reflejan las diferencias de status socioeconómico y de cualquier otra manifestación relacionada con la posición social. Al hacer una comparación a grandes rasgos entre médicos y trabajadores paramédicos, se aprecia que entre estos últimos hay un grado desproporcionado de mujeres y pertenecen a grupos étnicos raciales y religiosos menos apreciados. Con la particular excepción del sexo, aquellas diferencias en los antecedentes sociales y características personales tienden también a ser ordenadas dentro de un esquema jerárquico concordante con las posiciones paramédicas.

En cuanto al adiestramiento, éste se ciñe a un modelo variable, con un orden aproximadamente paralelo al prestigio, independencia y responsabilidad asignados al trabajo. Las pautas de adiestramiento se extienden desde las escuelas profesionales asociadas a las universidades y que requieren de una educación secundaria completa previa a varios años de entrenamiento, hasta el corto e informal entrenamiento en servicio. Entre ambos extremos, se encuentran aquellas pautas en las cuales varía el plazo, la formalidad y el grado de abstracción del entrenamiento, realizado en instituciones tales como la escuela de adiestramiento hospitalario, la escuela técnica privada, los noviciados, etc. En los Estados Unidos, donde la universidad es una institución definida con mucho menos claridad que en cualquier otra parte, es donde más se encuentra a la educación paramédica revestida de "adornos profesionales". En Europa, aparentemente, es donde es más probable que existan las escuelas de formación técnica completamente separadas de la universidad y con la finalidad de otorgar la educación, incluso a las ocupaciones paramédicas de más alto prestigio y mayor independencia.

Existe la tendencia a ordenar los diferentes grados paramédicos según la duración y el tipo del entrenamiento que cada uno requiere: mientras más larga, más formal y más ligada a la universidad, más alta será su posición en la división de trabajo. Síguese de esto que mientras más elevada es la posición, mayor deberá ser la inversión de tiempo y energía en el entrenamiento, menos entregada a la casualidad el reclutamiento y por lo tanto, mayor deberá ser el compromiso con la ocupación. El reclutamiento para los empleos que requieren de poca habilidad dentro del sector laboral paramédico, parece ser una sencilla cuestión del mercado de trabajo y de demanda de trabajadores no especializados que acepten cumplir una función desagradable. Sin embargo, la contratación para los empleos que exigen mayor pericia, es mucho más problemática, por combinarse las dificultades de las ocupaciones tradicionalmente desempeñadas por mujeres.

La enfermería constituye un bien documentado ejemplo de los problemas del reclutamiento y entrenamiento en las profesiones paramédicas. La dificultad en enfermería no consiste en atraer a la gente para someterla a un adiestramiento ya que no pocas son las mujeres que lo inician. El problema reside en el reclutamiento de mujeres que completen su entrenamiento y a continuación hagan de su ocupación una carrera que dure toda su vida. La dificultad fundamental aquí deriva de que las mujeres, con toda probabilidad, se enfrentan al dilema que representa el compromiso con el trabajo y los deberes del matrimonio y la familia. Las estudiantes de enfermería han percibido estos compromisos conflictuales, y pareciera que ello está estrechamente relacionado con las deserciones a nivel de la escuela o con los consiguientes cambios de ocupación.

Las líderes de enfermería en los Estados Unidos han pretendido hacer frente al problema, poniendo el énfasis en las virtudes profesionales de la ocupación, con la esperanza, presumiblemente, de crear un más sólido compromiso "profesional" hacia el trabajo que pudiera prevalecer sobre las consideraciones familiares. El problema, sin embargo, parece ser inherente a la situación de la mujer dentro de la fuerza de trabajo, y no parece ser susceptible de ser solucionado por la profesionalización. Incluso en el caso de la más profesional de las profesiones, la medicina, sólo una pequeña proporción de mujeres calificadas para ejercer en los Estados Unidos, lo hacen realmente. Por lo tanto, podría suponerse que una solución bastante adecuada para un sistema social como el que im-

pera en los Estados Unidos, se encontraría en una modificación de la organización de este trabajo de modo de acomodarlo a las exigencias del matrimonio y de la familia.

Es bastante diferente la posición de la mujer en la fuerza laboral médica y paramédica en los países europeos. Ello se debe, aparentemente, a las diferencias nacionales en los roles ocupacionales de la mujer, a diferencias pequeñas pero significativas dentro del sistema de clases y, finalmente, al nivel de industrialización y al standard general de vida. Esta última consideración aporta una nueva faceta en relación con el reclutamiento y adiestramiento dentro de los sectores paramédicos del trabajo. No existe una clara evidencia, pero al parecer la opinión general es que se está haciendo cada vez más difícil el reclutamiento de candidatos para las profesiones paramédicas, que requieren de una considerable inversión de tiempo y dinero en su preparación técnica. Si esto es así, bien podría considerarse como un síntoma de un proceso mayor que es la industrialización avanzada.

Los servicios de salud constituían, en las primeras etapas de la industrialización, una fuente clara e importante de movilidad social y económica a la cual podían aspirar los capacitados e interesados en entrenamientos especializados. En la actualidad, la demanda de servicios técnicos experimentados, se ha desarrollado notablemente en otros sectores de la economía, ofreciendo con ello un campo de oportunidades mucho más vasto que el que antes existía. Como sistema antiguo y sólidamente organizado que exige una inversión en adiestramiento relativamente considerable, pero que ofrece tipos de carreras, relativamente inalterables, los servicios de salud parecen encontrarse en desventaja para competir, a causa de la reducida disponibilidad de trabajadores potenciales, tanto médicos como paramédicos. Una parte del gran énfasis en favor del profesionalismo dentro de la división paramédica de trabajo en los Estados Unidos, constituye al parecer un intento de aumentar el atractivo del trabajo y con ello, ayudar en el reclutamiento de los mejores trabajadores que sea posible.

Sin embargo, lo más frecuente es que el énfasis en el profesionalismo sea fuerte sólo durante el transcurso del adiestramiento, que es donde es más factible que los líderes de la profesión ejerzan su influencia. Pero, hasta donde es posible que el profesionalismo enfatice la destreza técnica e intelectual, existe el riesgo de producir insatisfacción en aquellos estudiantes cuyos motivos para ingresar a la profesión no son tan intelectuales como humanitarios. Es é-

te un riesgo que ya ha sido observado en algunas escuelas de enfermería. Tal vez lo más importante para nuestro actual interés, —en la medida en que el profesionalismo pueda subrayar la dignidad y la autonomía del trabajador, y en la medida en que los estudiantes se penetren de ello—, sea que al abandonar el estudiante la escuela e incorporarse a las habituales instituciones de trabajo que, por lo general, no están controladas por los líderes de la ocupación, quede expuesto a lo que se ha dado en llamar el “shock de la realidad”. Además, si el estudiante ha recibido un adoctrinamiento acabado y profundo, es posible que sus relaciones con las demás ocupaciones de la jerarquía paramédica sean algo difíciles y personalmente desilusionantes.

### *Las Relaciones con la Profesión Médica.*

Las relaciones interocupacionales de los trabajadores paramédicos se pueden apreciar claramente sólo como parte de un proceso más amplio que abarca a médicos, trabajadores de salud que no participan de la división paramédica de trabajo, e instituciones en que se proveen servicios de salud médicos y no médicos. Una de las principales variables que intervienen en las relaciones interocupacionales en los servicios de salud, parece ser la autonomía funcional —el grado en que pueda realizarse el trabajo sin estar subordinado a la organización o a otras profesiones, incluida la de los médicos. En sentido global, mientras más autónoma es una ocupación y mientras mayor es la superposición de su trabajo con el de los médicos, mayores posibilidades habrá de conflicto, legal o de otra índole. Tal ocurre en los Estados Unidos entre quiroprácticos y médicos; en la Unión Soviética, entre homeópatas y médicos, y en la mayoría de los países no industrializados, entre los prácticos “nativos” y los médicos.

Sin embargo, los conflictos más relevantes ocurren *dentro* de la misma sectorización paramédica durante el desarrollo de nuevas ocupaciones susceptibles de alcanzar la autonomía funcional. En los Estados Unidos, en donde el movimiento en favor del status profesional es vigoroso y extenso, y donde los médicos, por su número reducido, no son capaces de ejecutar todas las funciones tradicionales, este tipo de conflicto es corriente y se centraliza en la controversia de si se debe permitir o no a los no-médicos ofrecer servicios de salud con independencia de la supervisión médica. El resultado ha sido, para los casos de éxito creciente como el de los psicólogos clínicos, de una virtual in-

dependencia en el ejercicio, limitada por la inhabilidad legal para prescribir medicamentos. Pero la psicología clínica es sólo un ejemplo: el desarrollo de nuevas técnicas y de nuevas ocupaciones que se requieren para su aplicación, impulsado por la fuerza de la profesionalización, parece estar imprimiendo una nueva conformación a la división paramédica de trabajo. Hasta hace algunos años se la podía considerar simplemente como una pirámide, con el médico en el vértice. En los Estados Unidos de hoy, tal pirámide parece estar transformándose en una estructura de corte menos preciso, en cuya cima se encuentra una meseta en la que se alinean los médicos, así como otros profesionales relativamente autónomos pero con el carácter de consultores y cooperadores.

Se ha dado por sentado que la mayor oportunidad para el desarrollo de la autonomía funcional parece presentarse para aquellas ocupaciones que pueden operar fuera de los límites de las instituciones médicamente organizadas, como las clínicas y los hospitales. La enfermera, cuyas líderes en los Estados Unidos se han esforzado con gran energía por establecer destrezas exclusivas y un status profesional completo, parece estar predestinada, sin embargo, a permanecer sometida a las órdenes del médico, en gran parte por el hecho de que su trabajo se desarrolla fundamentalmente dentro del ámbito hospitalario. Sin embargo, la enfermera no es la única que se encuentra en esta situación: la mayor parte de la sectorización paramédica se ha desarrollado dentro del ambiente de las organizaciones mencionadas, la clínica y el hospital, e incluso puede suponerse que habrán de persistir en tal condición y que en el futuro se extiendan aún más dentro de ellas.

Es por esta razón que cuando abandonamos este amplio nivel de análisis hasta aquí considerado de la sectorización paramédica para emprender el análisis del trabajo cotidiano, nos encontramos con un servicio de la comunidad, la clínica, y con la institución más ampliamente estudiada, el hospital.

### La Profesionalización en la Enfermería.

Todos los hospitales son organizaciones complejas que coordinan una cantidad de labores y en los cuales se centraliza una diversidad de metas que por lo general se sobreponen. Dado el hecho de que los hospitales son instituciones bastante estables y de límites bien determinados, no es extraño que las profesiones paramédicas que actúan dentro de ellos hayan sido mucho mejor estudiadas que las que fundamentalmente

trabajan afuera, en la comunidad, donde se realizan en su mayor parte las acciones de salud. Esta limitación distorsiona seriamente la visión que tenemos tanto del trabajo paramédico como del trabajo médico. Aun dentro del hospital, la más estudiada ha sido la enfermera del hospital general, y secundariamente, la "attendant"\* o la "aide"\*\*\* del hospital psiquiátrico. Por otro lado, poseemos escasa información empírica sistematizada acerca de casi todos los demás trabajadores paramédicos. En desventaja como estamos, la enfermera y la "attendant" entre sí nos presentan una visión de la variedad de personal, desde el más profesional al menos profesional. Al revisar sus respectivos cargos, podemos obtener algunas sugerencias sobre los tipos de problemas analíticos planteados por el trabajo del personal paramédico.

Es difícil hablar de la enfermería como de una profesión única, ya que el entrenamiento y las situaciones de trabajo en enfermería son tan variables. El entrenamiento en los Estados Unidos puede variar desde el programa de la escuela de enfermería de hospital con tres años hasta el programa de "college" con cuatro años, y aun hasta los programas que llevan al doctorado. Una vez en el trabajo, las enfermeras de algunos hospitales norteamericanos y europeos se preocupan de la atención del paciente al lado de su cama y virtualmente de todas las tareas domésticas. En los hospitales clínicos, más grandes, de los Estados Unidos, las enfermeras se ocupan típicamente en la supervisión del personal inferior que es el que cumple sus funciones al lado de la cama del enfermo y atiende las labores domésticas. Por lo demás, existen diferencias mayores en los hospitales en que trabajan las entermeras, por ejemplo, en la mayoría de los hospitales del globo, el cuerpo médico constituye la única jerarquía de importancia, pero en algunos de los hospitales norteamericanos más grandes, la jerarquía médica está a un mismo nivel con el cuerpo administrativo

Nota de Redacción: No existiendo en español equivalencia a estos tipos de funcionarios, se continuará dando en esta traducción los nombres originales del texto.

\* *NURSES AIDES*: Personal voluntario o pagado que en los hospitales ayuda a las entermeras, tomando a su cargo las labores técnicas menos complicadas. Algunas de ellas han recibido un corto entrenamiento previo. Otras son adiestradas en el propio servicio.

\*\* *NURSE ATTENDANT*: Persona no profesional cuyas funciones consisten en ayudar a la enfermera en su trabajo. Tales funciones no están en la actualidad claramente definidas y pueden incluir: respuesta a consultas, limpieza de material, habitaciones e instrumental.

no-médico. En este último caso, la tradicional subordinación de la enfermera al médico se hace aun más compleja por la adicional subordinación a otra jerarquía. Ambas líneas de autoridad pueden ser totalmente diferentes, con exigencias eventualmente antagónicas sobre ella, con lo cual se introduce en el trabajo mayor tensión que la que tradicionalmente ha existido.

No obstante, se ha insistido demasiado sobre el problema suscitado por la coexistencia de dos líneas de autoridad dentro de los hospitales, especialmente por el hecho que el desarrollo de una jerarquía administrativa ha proporcionado a la enfermera una oportunidad mejor para cambiar de ubicación que la que se presenta cuando rige sólo la jerarquía médica. La posibilidad de desplazarse hacia la jerarquía administrativa es común a muchas profesiones, incluso para la medicina, pero ella adquiere especial significación en el caso de las ocupaciones para profesionales. Por su propia naturaleza, estas profesiones se encuentran subordinadas técnicamente: El éxito alcanzado dentro de la ocupación no suprime aquella subordinación, además de que no es un hecho corriente la posibilidad de desplazarse hacia las ocupaciones superiores. Solamente mediante el abandono de las habilidades peculiares propias de la ocupación y el ingreso a cargos administrativos será posible liberarse de aquella subordinación. Si bien los cargos administrativos pueden, en el hecho, no estar por encima de los cargos del cuerpo profesional, por lo menos pueden considerarse al mismo nivel de aquellos y alcanzar una posición de igualdad.

De esta manera, nos será posible comprender por qué es que las enfermeras, bajo la preocupación de alcanzar un status totalmente independiente, procuran transferir a los trabajadores inferiores las prácticas de la atención directa del enfermo (o sea, lo que una vez se llamó "el cuidado del enfermo") y se especializan en el trabajo administrativo. Al recordar el problema que se presentaba para el reclutamiento de estudiantes dispuestas a abrazar la enfermería como una carrera, y el intento de crear tal posición haciendo hincapié en el profesionalismo, nos vemos enfrentados a un interesante dilema: Si las mujeres se dedican a la enfermería, transformándose en fervientes propugnadoras del profesionalismo, su propia decisión las inclina a abandonar el trabajo para el cual fueron originariamente reclutadas.

Tal dilema, sin embargo, es más típico de la enfermería en los Estados Unidos que en cualquier otra parte, reflejándose en ello el énfasis nacional puesto en la movilidad social y en la

profesionalización. Además, ello se refiere a una de las profesiones paramédicas mejor establecidas, y, más específicamente, a aquellas, de la ocupación en los Estados Unidos, que son entrenadas y que trabajan en las instituciones académicamente orientadas de más alto prestigio. Como tal, es entonces difícilmente representativa de la variedad total de las ocupaciones paramédicas y de sus dilemas. La imagen sugerida por la comparación internacional de Glaser, es de que los problemas más corrientes de las ocupaciones paramédicas no se encuentran realmente representados en los estudios sobre enfermería hechos en los Estados Unidos. Lo que más se necesita es penetrar en las ocupaciones que requieren un adiestramiento menor y que tienen una movilidad menor. Desafortunadamente, casi todo lo que está a nuestra disposición sobre la materia, son estudios de las "attendants" y "aides" de los hospitales psiquiátricos.

*El "attendant", un trabajador sin carácter profesional.*

El problema fundamental planteado por el "attendant" de hospital y presumiblemente, por otro personal no profesional y relativamente poco adiestrado, en posiciones similares dentro de la división de trabajo, es su fracaso en la satisfacción de las expectativas de sus supervisores profesionales. Esta dificultad puede ser aún más importante porque es el "attendant" quien está en contacto más continuo e íntimo con el paciente y, por lo tanto, puede de hecho tener sobre éste una influencia mayor que la de los profesionales supervisores. Es entonces deplorable su orientación "carcelera" hacia sus pacientes, por lo que se aspira a una orientación más "terapéutica".

Al parecer, las deficiencias del "Attendant" reconocen por lo menos dos orígenes: En primer lugar, sus obligaciones más inmediatas son las de mantener el orden y el aseo y evitar la destrucción o derroche de materiales y el daño personal del paciente, y permitir que los servicios domésticos y terapéuticos y otros se efectúen en conformidad a un esquema preestablecido y eficiente. Esto es, en esencia, una responsabilidad de vigilancia que exige algo así como una actitud "custodial". Si las instituciones de salud han de ser manejadas en forma relativamente económica, tales actitudes de parte de los responsables de la atención permanente del hospitalizado, parecen ser necesarias e inevitables.

El segundo elemento tiene un carácter más variable —la forma en que el "attendant" capta

a sus pacientes, sus enfermedades y su propia relación con ellos. Casi por definición, como un trabajador paramédico sin preparación formal, el "attendant" se encuentra propenso a asumir la posición de un lego. El problema no reside en las actitudes *profanas* propiamente tales, sino *cuáles* de estas actitudes son las adoptadas por el "attendant". Múltiples estudios realizados en los hospitales psiquiátricos estatales de los Estados Unidos, indican que allí, los "attendants" asumen una actitud punitiva y de menosprecio hacia los pacientes, y de antagonismo hacia las expectativas del cuerpo profesional. Como se ha hecho notar anteriormente, parte de esta actitud nace del mismo trabajo que "el attendant" tiene que realizar y de la idea de que el cuerpo profesional, distante de estas labores, no entiende realmente cuán difícil es mantener el orden y ni siquiera cómo mantenerlo. Otra parte de esta actitud parece, sin embargo, reflejar más que cualquiera otro predicamento el concepto corriente que el profano inculto de los Estados Unidos tiene sobre el enfermo mental.

Los "attendants" de otras culturas pueden tener conceptos totalmente distintos sobre el enfermo mental y comportarse en modo muy diferente, tal como lo indican Caudill en su análisis del *tsukisoi* japonés y Parsons en su estudio de un hospital napolitano. Aún en los Estados Unidos, cuando se trata de una enfermedad no tan estigmatizada como la enfermedad mental, las actitudes profanas de los "aides" inexpertos pueden ser de amparo y asistencia en vez de punitivas, y de simpatía en vez de hostilidad. En este sentido, precisamente la parte "no profesional" con respecto a estos trabajadores de nivel inferior, puede ser tanto una virtud como un defecto.

Ciertamente, ese mismo carácter menos profesional del trabajador paramédico puede permitirle realizar lo que no puede hacer el profesional, como es el atraer hacia un tratamiento a pacientes que de otro modo podrían ser *evasivos* y hostiles hacia los servicios de salud organizados. Muchos estudios de todas partes del mundo, particularmente los resumidos por Simmons, demuestran que los pacientes de origen más humildes que el de los médicos, se sienten más cómodos al tratar con trabajadores paramédicos, como la enfermera, el feldsher o la partera, quienes se encuentran más cerca de su propia clase social y de su cultura. Por lo demás, parece que los pacientes de más bajo status son más fácilmente "educados" por el per-

sonal paramédico que por los médicos, no sólo porque pueden entrar en confianza más fácilmente, sino también por que se sienten más inclinados a "hablar el mismo lenguaje" y a acomodarse a los anhelos del paciente.

Esta menor distancia social que los separa de los pacientes, parece ser particularmente decisiva en circunstancias que el contacto entre paciente y trabajador de salud es "voluntario" y más bien casual que forzado, y cuando las diferencias de status son muy marcadas, lingüística, cultural y socialmente. En realidad, parece que para llenar esta necesidad de los pacientes de bajo status, de disponer de "consultores" que se encuentran más cerca de ellos y que operen de manera compatible con su propia cultura, han surgido los modernos "prácticos irregulares". A medida que el personal paramédico se profesionaliza, corre el riesgo de perder sus ventajas en el trato con los pacientes de bajo status. Pero, también en la medida que el éxito con esos pacientes se basa en sus actitudes *profanas*, sus relaciones con los profesionales supervisores van a ser con seguridad problemáticas. En esto descansa uno de los mayores dilemas del trabajo paramédico.

#### REFERENCIAS

- BECHEV, R. and SCHATZMAN, 1962. The logic of the state mental hospital. *Social Problems*. 9: 337-349.
- CAUDILL, W. 1961. Around the clock patient care in Japanese psychiatric hospitals: the role of the *tsukisoi*. *American Sociological Review*. 26: 204-214.
- CORWIN, R. G. and TAVES, M. J. 1963. Nursing and other health professions. Pages 187-212 in Freeman, H. Levine, S. and Reeder, L. *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, N.: Prentice-Hall, Inc.
- CROOG, S. H. 1963. Interpersonal relations in medical settings. Pages 213-239 in Freeman et. al., *op. cit.*
- FREIDSON, E. 1963. The sociology of medicine, a trend report and bibliography. *Current Sociology* 10-11: 123-192.
- GLASER, W. A. 1963. American and foreign hospitals. Some sociological comparisons. Pages 37-72 in Freidson, E., editor. *The hospital in modern society*. New York: The Free Press of Glencoe.
- HUGHES, E. C. *Men and their work*. New York: The Free Press of Glencoe.
- PARSONS, A. 1959. Some comparative observations on ward social structure: southern Italy, England and the United States. *L'Ospedale Psichiatrico* 2: 3-23.
- SIMMONS, O. G. 1958. Social status and public health. New York: Social Science Research Council Pamphlet N° 13.
- TURNER, E. C. 1959. *Call the doctor*. New York: St. Martin's Press.
- WARDWELL, W. I. 1963. Limited, marginal and quasi-practitioners. Pages 213-239 in Freeman, et al., *op. cit.*