

SOCIOLOGIA MEDICA

Debidamente autorizados por el Comité Ejecutivo de la Association Internationale de Sociologie, ofrecemos una versión al español de "The Sociology of Medicine", publicado por primera vez en *La Sociologie Contemporaine*, Vol. X/XI, Nº 3, 1961-62.

Este trabajo representa una revisión histórica y en sentido panorámico de los diversos problemas del comportamiento social que rodea la enfermedad. En él se aborda el rol del médico tratante, así como el examen del hospital y otras instituciones de salud en su organización burocrática y relaciones con la comunidad.

La Sociología de la Medicina Informe sobre tendencias de la investigación

Preparado por la Asociación Internacional de Sociología con el concurso de UNESCO

ELLIOT FREIDSON

Universidad de Nueva York.

I. INTRODUCCIÓN

Durante miles de años los autores han especulado sobre la enfermedad, su causa y las condiciones necesarias para su control. Parte de su obra ha estado dirigida a considerar la influencia del medio ambiente, tanto físico como social, sobre la enfermedad y ha procurado —por lo menos desde los tiempos de Johann Peter Frank,— señalar las medidas que el Estado debería poner en ejecución para reducir al minimum su aparición y sus consecuencias. No obstante, siendo fundamentalmente la enfermedad el foco central de esos escritos, éstos pueden ser catalogados, con toda propiedad, como documentos de la medicina pre-científica y científica. Bajo un aspecto algo diferente, los movimientos de la salud pública y de la medicina social en el siglo pasado, ensancharon el campo de interés de la medicina y, lo que es tal vez más importante, contribuyeron a ejercer presión por una política estatal dirigida a la salud de la población. Doy por sentado que mientras la medicina concentra su interés en la enfermedad, la sociología de la medicina lo hace sobre el comportamiento social que rodea la enfermedad. Nada de lo anterior constituye una sociología de la medicina.

En los últimos diez o quince años, gran número de sociólogos se han interesado en el estudio de los fenómenos médicos. Tal ha sido particularmente el caso de los Estados Unidos. Pero Gran Bretaña, Alemania Occidental y

más recientemente, Francia, los Países Bajos, las naciones Escandinavas y Polonia, han comenzado también a interesarse en este campo. Sin embargo, el interés ha evolucionado en forma muy fragmentaria. Mientras varios autores han clasificado las áreas estudiadas por los sociólogos en el terreno, no existe hasta hoy ningún estudio fundamentado que las integre conceptualmente. Parte de esta omisión puede ser atribuida al hecho que, desde el punto de vista de la sociología, la medicina es un área con un contenido en el cual los conceptos genéricos deben ser empleados, verificados y posiblemente creados, pero no constituye un área "sui generis". Además, la medicina es un área aplicada en que el investigador encuentra a menudo razón para ser de utilidad práctica inmediata para aquellos a quienes sus estudios están destinados.

Sea cual fuere la causa del actual estado de cosas, mientras no se indique el contenido conceptual característico del terreno, tanto su relación con otras áreas estudiadas por la sociología como su capacidad para contribuir al núcleo central de la teoría sociológica como tal, permanecen obscuras. Es de esperar que estructurando el presente informe más en torno a los conceptos sociológicos tradicionales referidos al área que en torno a sus muchos tópicos esenciales, se logre clarificar el status del sector.

El presente trabajo comenzará con el estudio de la idea de enfermedad sobre la base de los

conceptos de control social y desviación. Ello plantea un reto a los estudios tradicionales de la sociología del conocimiento. Después de una breve revisión de los problemas de explicación promovidos por los estudios de distribución de la enfermedad, se le debe conceder mucha atención al lugar que ocupa la noción del rol social en el comportamiento de la gente enferma y de aquellos a quienes consulta. El estudio del rol del médico tratante nos llevará a considerar el concepto de la profesión y de contingencias tales como el reclutamiento, la naturaleza de la formación profesional, de la práctica y de las relaciones interprofesionales. Este será seguido de un examen del hospital e instituciones similares en el contexto que provee el concepto de organización burocrática y, finalmente, de un examen de los asuntos de la salud y de las instituciones de salud dentro de la estructura de la comunidad.

II. LA MEDICINA Y LA SOCIOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO

La interrogante más común que la sociología puede plantear con respecto a la medicina, se refiere a su "conocimiento" y a las ideas que lo circundan. Un gran volumen de material histórico, como también una masa algo más dispersa de información etnográfica, permiten investigar en todos sus detalles un gran número de problemas. Las investigaciones más convencionales, emprendidas con mayor frecuencia por los investigadores, conciernen al estado del conocimiento médico científico en un determinado período histórico, a las biografías de los médicos y a las circunstancias que rodean un determinado descubrimiento científico. Sólo unos pocos autores, Sigerist el primero entre ellos, se han preocupado seriamente de materias específicamente sociológicas, tales como la de las teorías médicas determinadas por las filosofías religiosas o políticas predominantes en la época, la relación del sistema de clases con la división médica del trabajo, el desarrollo del profesionalismo moderno y aún las contingencias sociales peculiares del ejercicio médico. Se dispone de una mayor cantidad de fuentes primarias y secundarias para dar respuestas a tales problemas con mayor exactitud que para muchas otras áreas de la vida humana.

El Concepto de Enfermedad

La definición de enfermedad propiamente tal implica un problema de estudio algo diferente. En la práctica, la noción de enfermedad es un concepto a la vez objetivo y evaluativo.

No sólo envuelve un intento substancialmente racional para explicar la causa y los pormenores de la curación, sino que además aunque sólo sea implícitamente, una indicación de la responsabilidad que implica tal estado. Es absolutamente obvio que si una dolencia perniciosamente se conceptúa como el castigo divino debido a una conducta pecaminosa, su aparición tiene consecuencias sociales distintas que cuando se la estima como el resultado de una maligna hechicería humana, de una obstinada perversidad o de fuerzas materiales impersonales que nadie puede controlar. Muchos tipos de males humanos que ahora denominamos enfermedades, fueron considerados en una u otra época como subordinados a tan diversas naturalezas.

En oposición a las observaciones de Lewis, parece que realmente no hay para el sociólogo esperanzas de trabajar con la noción de que existen estados patológicos objetivos, aun cuando no haya dudas de que existen. Es cierto que existen algunas circunstancias, como la de un hueso fracturado en condiciones dramáticas, sobre las cuales todos los hombres de cualquier parte estarán de acuerdo. Pero no es menos cierto que existen muchas otras que hasta hace muy poco nosotros no conocíamos, que otras gentes todavía hoy no conocen, y aquellas otras que nosotros aún no conocemos. Además, los estados "naturales" cuya existencia es reconocida por todos, pueden o no ser tratados como enfermedades: el embarazo, por ejemplo, puede ser estimado como un estado natural y normal, o bien como una enfermedad que debe ser tratada como tal, la inclinación a las drogas, como una enfermedad o un crimen, y las lesiones producidas por accidentes, como debidas a accidentes "típicos" o a causas evitables.

Estas dificultades se presentan con la noción de enfermedad sólo si insistimos en la objetividad de la denominación. Para el sociólogo, el que la denominación de enfermedad sea o no objetiva, es asunto marginal, puesto que la designación, buena o mala, tiene en todos los casos consecuencias sociales. Estando entregada al médico la tarea de determinar cuándo existe "realmente" la enfermedad y cuál es su causa, el sociólogo podrá estudiar cuáles son las consecuencias sociales de "imputar" la enfermedad y, en modo más general, qué clase de concepto social es la enfermedad.

Talcott Parsons ha estudiado la enfermedad como un tipo de desviación que necesita ser controlada por la sociedad. Como concepto social, la imputación de la enfermedad en la sociedad moderna designa a tipos especiales de comportamiento inconveniente y repentino como debidos a causas naturales, por cuya acción

el desviado no puede ser estimado responsable, y que son susceptibles de ser controlados mediante el empleo de técnicas terapéuticas naturales. El comportamiento en cuestión puede o no constituir "realmente" enfermedad, como podría definirla la medicina científica y, en una u otra época o lugar históricos, puede ser definida como desviación de otro tipo diferente, o bien ni siquiera puede ser reconocida como desviación. El sociólogo entonces, puede tratar la enfermedad como un tipo de desviación social y la imputación de enfermedad como un tipo de reacción social ante la desviación, lo que trae consecuencias sociales específicas. En realidad, él puede analizar la aplicación del concepto de enfermedad en los tiempos actuales como un movimiento social y como un problema en la sociología del conocimiento.

La Enfermedad como Ideología

La época moderna es testigo de la inclusión de mayor objetivismo en el concepto de enfermedad, como nunca antes lo tuviera. Tal como el sencillo mundo Newtoniano está siendo desplazado por el mundo mucho más complejo de la física moderna, así el sencillo mundo de Pasteur está siendo desplazado por otro en que la relación causal directa entre el "germen" biológico y la enfermedad es asunto de discusión y en el que nociones como el "stress" llegan a desempeñar papeles de intermediarios, sino de causalidad. La idea de "stress", sin embargo, trae al primer plano las complejas y obscuras variables psicológicas y sociales que hasta ahora podían ser consideradas como inexistentes por el diagnosticador. De esta manera, la posición realista de la medicina se ha trasladado desde lo biológico a lo psicológico y social, viniendo a considerar a esto último como parte de la "enfermedad" dirigida y legitimizada por la primera.

Acaso más importante que la noción de "stress" haya sido el precoz desarrollo de una orientación médica para el trastorno mental, gran parte del cual dentro del conocimiento médico, se relaciona sólo obscuramente con los procesos biofísicos. La idea de que la falta de adecuación personal y social reconoce orígenes racionalmente determinables, susceptibles de ser intencionadamente modificados o curados, no era, por supuesto, nueva para Freud; pero puede afirmarse que sólo cuando su obra y la de sus continuadores fue aceptada, esa idea pudo transformarse casi en materia ortodoxa. La creciente acogida alcanzada por aquella idea ha estimulado la inclusión en la categoría de enfermedad, de una enorme cantidad de fe-

nómenos sociales y psicológicos que hasta aquí habían sido considerados liberalmente en términos morales, legales y de otra naturaleza.

La expansión de la categoría de "enfermedad" moralmente neutral, científicamente separada, parece no haber sido guiada únicamente por el testimonio científico, como lo sugieren, entre otros, las observaciones de Lady Wooton. Aquella parece íntimamente ligada a la secular ideología humanitaria y liberal. El análisis hecho por Davis del movimiento de higiene mental en los Estados Unidos y los análisis de Gurrslin, Hunt y Roach de la literatura sobre salud mental, son indicaciones muy plausibles aunque superficiales del carácter liberal burgués de tal movimiento.

Esta perspectiva del hombre y sus males tiene algunas características importantes. En primer lugar, al atribuir la enfermedad natural a muchas áreas del comportamiento humano que hasta la fecha no eran consideradas como tales, se señala como patológico y susceptible de tratamiento científico lo que una vez fuera estimado como consecuencia de una opción personal responsable, o de un irrevocable estado de pecado o de inferioridad genésica. Los argumentos morales en favor de una reforma social son desplazados por los argumentos "científicos". En segundo lugar, se crea una retórica por la cual una conducta que el actor considera seria y responsable, aun siendo desviada, queda reducida a un mero síntoma de enfermedad de la cual él no es realmente responsable. En algunos casos la retórica de imputar la enfermedad ha sido relacionada con los credos políticos extremos, ya sean radicales o ultraconservadores, con el resultado principal de negar valor a toda discusión sobre los propios méritos de tales credos. Otro resultado, sin embargo, es de no castigar esos comportamientos desviados, sino tratarlos. En ésto, las funciones tradicionales de la justicia aparecen amagadas.

Aparte de los casos extremos de locura y de crímenes pasionales no premeditados, conocidos por todos, que han permitido la alegación de irresponsabilidad, los tribunales han considerado a la mayor parte de la conducta adulta como intencional y calculada, habiendo elegido el hombre aquello por lo cual puede ser reputado responsable y acreedor al castigo. Las leyes, las cortes y las prisiones han sido prevenidas sobre tal presunción. Sin embargo, la nueva perspectiva del hombre ha tendido a alentar la suposición de que algunos tipos de "enfermedad", de la sociedad, del individuo, o de su ambiente inmediato, llevan al crimen y que, por consiguiente, el criminal no debe ser castigado sino tratado. Como las cortes han te-

nido la función histórica de determinar y asignar la responsabilidad y la pena, resulta sencillo comprender por qué en un estudio se estimó a los abogados como menos "informados" sobre la enfermedad mental que sus semejantes de otras profesiones. La resistencia se refuerza por la falta de suficiencia de gran parte de la prueba que respalda esta nueva perspectiva del hombre, debilitada aún, como es fácil sospecharlo, por la influencia de su exhortación sentimental.

Si se tiene la evidencia de que los responsables de la ampliación del concepto de enfermedad natural, con el fin de cubrir cada vez más tipos de desviación social, son miembros de la burguesía liberal, existe mucho menos evidencia con respecto a la identidad de quienes se oponen a tal ampliación. Un estudio muy interesante, hecho por los Estados Unidos, enlaza las antihumanitarias actitudes hacia el crimen y la enfermedad mental con la ideología Puritana. Un estudio empírico de la "falta de humanidad" entre los subalternos de hospital, la encuentra relacionada con el "autoritarismo". Un estudio de las actitudes negativas hacia la medicina como tal, encuentra oportunidad para referirse a la "Ética Protestante". Y, finalmente, un estudio de los líderes de los grupos locales contrarios a la fluoración del agua potable, sugería que la oposición de éstos era parte de una mayor reacción ideológica frente a la moderna sociedad científica. La información disponible es evidentemente demasiado escasa para cualesquiera conclusiones, pero es de esperar que ella sugiera la importancia de estudios más extensos de la ideología de la enfermedad.

III. LA SOCIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

Se ha insinuado más arriba que el verdadero interés del médico reside en el estudio de lo que él entiende por enfermedad, mientras que el interés del sociólogo reside en el estudio del comportamiento que rodea la enfermedad científicamente diagnosticada y la enfermedad supuesta. El sociólogo, sin embargo, puede contribuir a la labor médica señalando algunas de las correlaciones sociales de la enfermedad y sugiriendo con ello posibles elementos de su etiología.

Factores Sociales en la Distribución y Etiología de la Enfermedad

Un tema que ha merecido la mayor atención de los médicos ha sido la distribución de la enfermedad, ya que el conocimiento de tal dis-

tribución puede proporcionar referencias sobre su causa. Una diversidad de variables sociales han sido consideradas de importancia en el estudio de la distribución de las enfermedades.

Algunas enfermedades son raras fuera de determinadas ocupaciones, debido en gran parte a que tipos especiales de trabajo ponen al operario en contacto con agentes causales con que no se encuentran los demás en el curso normal de sus vidas. La "silicosis" entre los mineros y picapedreros, y el cáncer del escroto entre los limpiadores de chimeneas son casos reales e ilustrativos. Otras enfermedades se consideran con mayor incidencia entre determinados grupos étnicos y raciales, ya sea que la variable importante descansa en la dieta, o en otros hábitos peculiares, o en el standard general de vida, o que la herencia genética varíe de una a otra enfermedad o grupo. Hay todavía otras enfermedades que se presentan más característicamente entre determinados grupos económicos, algunas en función de la suciedad de la pobreza y otras, como la poliomielitis paralítica, en función de la asepsia de la riqueza.

Aunque el método epidemiológico establece las conexiones, no establece por sí solo las causas. En algunas circunstancias, existe una desesperante ambigüedad para el problema de distinguir la causa del efecto. En el caso de la enfermedad crónica en los Estados Unidos, donde no existe ningún programa nacional de salud que ponga la atención al alcance de todos cualquiera que sea su renta, no aparece claro si el medio ambiente que rodea a una condición económica baja es la causa, o es el efecto de la enfermedad crónica. Un problema similar de interpretación para un tipo de enfermedad marcadamente distinto, se presenta en la relación entre la esquizofrenia y el aislamiento social: ¿cuál es la causa y cuál es el efecto? Idéntico problema se presenta en la relación de la esquizofrenia con las áreas urbanas, la mutabilidad social, la migración y la clase social.

La esquizofrenia es particularmente problemática porque pertenece a esa clase de enfermedades que no está bien definida. Aun cuando sea una de las enfermedades mentales mejor definidas, si se la compara con la "psiconeurosis", su naturaleza y causa fundamentales, así como el método de tratamiento más efectivo, son todos muy mal comprendidos. Y por mucho que una diversidad de estudios parecen convenir en que, comparada con la neurosis, la esquizofrenia es muy común entre las clases trabajadoras y rara en la clase media, la significación exacta de esta comprobación permanece en la obscuridad. La legítima contribución que los sociólogos pueden hacer al problema es

tal vez su empeño en demostrar cómo los desviados, algunos de los cuales pueden ser realmente psicóticos, son socialmente dóciles y aceptables en algunos medios y no en otros. El estudio de Eaton y Weil sobre los Hutterites, y los estudios de Freeman y Simmons sobre las relaciones de diversos roles familiares para la aceptabilidad de la desviación, son casos prominentes en esa materia. Ellos no pretenden tanto diagnosticar o determinar la etiología de la enfermedad como estudiar en qué forma ésta es reconocida, y cómo están estructuradas las reacciones ante ella.

Influencias de la Clase Social sobre la Reacción ante la Enfermedad

La mayor parte de la sociedad interpreta la forma en que la gente define la enfermedad y se comporta ante ella una vez calificado el enfermo, en base a la lógica presunción de que lo que ellos creen, conocen y valoran, influye sobre su comportamiento. Se ha reunido un enorme volumen de información sociológica y antropológica sobre el conocimiento popular de la salud y las reacciones ante la misma y las instituciones que la rodean, particularmente en los Estados Unidos. La mayor parte de esa literatura es globalmente descriptiva y procura determinar lo que la gente sabe y cree, y cuánto de ello concuerda con los objetivos médicos modernos. Los hallazgos más exóticos provienen, naturalmente, de los estudios de pueblos sumergidos en alguna cultura indígena y que no han sido educados intensivamente en las tradiciones médicas occidentales.

En todo sentido, tanto los estudios antropológicos que utilizan la noción de cultura, como las investigaciones sociológicas del "conocimiento popular" en las sociedades industriales, han sido particularmente vagos. Aparte de las denominaciones culturales, como Mexicana, Subanun y Mashona, no hay ningún sistema de ordenación del material, excepto para enfocar el conocimiento relativo a enfermedades "especiales". Tales estudios son fundamentalmente catálogos, a menudo sin un índice organizado.

En las sociedades complejas, una fórmula muy útil y difundida para la clasificación del comportamiento, la proporciona el concepto de clase social. Sin embargo, éste además requiere una mayor diferenciación antes que su valor pueda ser plenamente aprovechado. Como índices de ubicación dentro de una clase social, los estudios empíricos han empleado la educación y el ingreso, individualmente o combinados. Además de tales elementos, se compren-

de también en la idea de clase social el elemento de cultura de clase, el estilo o patrón general de pensamiento y conducta característicos de algún sector de la sociedad, incluidos los patrones de distancia y consideración entre los estratos.

Cada elemento puede tener una conducta claramente distinta en respuesta a la enfermedad; pero cada uno tiende a confundirse con el otro dentro del término "clase social". En los Estados Unidos, la cultura de clase, el nivel de educación e información y la capacidad económica para pagar por la atención tienden a confundirse entre sí: muy pocos estudios han sido capaces de distinguir clara e instructivamente entre la oportunidad económica y las reacciones cultural y educativamente motivadas, ante la enfermedad. En países en que la estructura de clases es relativamente notoria y tradicional y su campo de desplazamiento es amplio, aún con alcance económico y nivel de información constante, sólo el grado de consideración mantenido entre los estratos sociales, y la posición del médico en las clases dominantes podrán influir en la disposición para buscar atención y en la naturaleza de la interacción entre médico y paciente.

La Organización de las Reacciones ante la Enfermedad

La minuciosa clasificación de las variables que definen lo que la gente por lo general cree, conoce y hace con respecto a la enfermedad, resulta necesaria y útil para comprender los elementos sociales y culturales que aquéllas aportan a la condición de estar enfermo. Pero, conocer la ordenación de los elementos en juego no nos proporciona una forma de estructurarlos. Una forma de estructurarlos consiste en reconocer que la percepción de y la respuesta a la enfermedad ocurren en un espacio de tiempo, y que nos es dable apreciarla como una especie de carrera o ciclo. Por lo menos, el "comportamiento ante la enfermedad" resuelve el problema en referencia y podemos hablar de las diversas etapas de la percepción del problema y de los diversos ensayos de solución. El reconocimiento de ésto nos permite por lo menos clasificar la creencia, el conocimiento y el hábito de la gente por la prioridad de su aparición en el proceso de solución del problema y por su posición para estimar el período requerido para la solución (o curación) y el grado de recuperación posible o esperado. Una fuente adicional de organización reside en el hecho de suponerse que la gente que está enferma debe comportarse de manera apropiada a su estado

de enfermedad. Esto equivale a decir: estar enfermo supone la asunción de un rol social. En realidad, el concepto de rol parece ser el medio más importante por el cual podemos crear una sólida estructura para nuestra comprensión del comportamiento que rodea a la enfermedad.

Talcott Parsons nos ha dado una perfeccionada descripción del rol del enfermo. El ve en el rol del enfermo una manera por la cual es posible organizar el comportamiento desviado y la reacción de los demás ante ese comportamiento. La alteración biológica puede, desde luego, caer en la categoría de enfermedad, tal como pueden hacerlo las formas de desviación sin ningún origen biológico aparente. La persona definida como enferma queda relevada de las diarias responsabilidades; pero se espera de ella, además, que dé los pasos apropiados en procura de competente ayuda que le permita sanar y reintegrarse a la normalidad. Definido como queda, el rol del enfermo es obviamente un recurso destinado a acomodar la conducta de los demás a la persona enferma y, además, a evitar que el enfermo se separe de la sociedad. Es, también, un expediente para poner al enfermo en contacto con agentes terapéuticos que pueden curar su desviación.

La contribución de Parsons es por su naturaleza, de primera importancia, pero su esencia misma aparece seriamente reducida en su valor. La observación más superficial nos indica que lo que Parsons describe como el rol del enfermo tiene escasa pertinencia con gran parte del comportamiento que rodea a la enfermedad. Algunas enfermedades no son consideradas lo suficientemente graves como para autorizar algo más que una pequeña reducción de la actividad diaria en vez de su total cesación. Otras son definidas como incurables y tratadas como tales. Muchas enfermedades jamás llegan al nivel de una consulta formal con un profesional. El rol del enfermo trazado por Parsons se consagra, evidentemente, sólo a una pequeña parte del proceso de buscar curación para la enfermedad. Su limitada referencia a sólo algunas fases del proceso puede, sin embargo, ser una deficiencia necesaria por cuanto las primeras etapas de la enfermedad, cuando aún no se busca ni prescribe la ayuda profesional, son mucho menos definidas y, por lo tanto, más difíciles de ser conceptuadas con claridad.

Un defecto tal vez más grave de la noción del rol del enfermo es su manifiesta inaplicabilidad a poblaciones no inclinadas a participar del valor profesional del universalismo, de las realizaciones, etc. Del grado de aceptación que le conceden tanto los autores franceses como los

alemanes, se podría inferir que la definición de Parsons tiene un sentido para la clase media, tanto la europea como la norteamericana. Pero, la clase trabajadora, campesinos y poblaciones nativas, algunos de los cuales, por lo menos, no son propensos a ocupar los servicios del profesional, permanecen todavía marginados. Para ellos, estar enfermo en manera socialmente aceptable no depende de la legitimación profesional, ni siquiera de una particular consulta hecha a cualquiera.

Lo que se necesita es en esencia la especificación de un conjunto de roles correspondientes a las etapas importantes y potencialmente finales del proceso de buscar asistencia. Este conjunto de roles debe comprender tanto a los roles legítimos permanentes (como el de la persona "habitualmente indispueta", el del impedido, el del retardado mental); los roles legítimos temporales (tales como las "indisposiciones", femeninas u otras); el rol del enfermo, de Parsons (que requiere para su legitimación la búsqueda de la ayuda profesional), y los roles tanto temporales como permanentes a los que se encuentran ligados los estigmas normales, aún después que la enfermedad está en todo sentido "curada" (el enfermo mental es el caso más típico). La enfermedad mental y la adicción a las drogas, como asimismo en grado algo menor, la deficiencia mental, la epilepsia, la lepra, la tuberculosis y la enfermedad venérea, son muy interesantes aquí, porque precisamente, resulta imposible para mucha gente adoptar hacia tales enfermedades una posición neutral; aun cuando se ha sanado, queda en cierto sentido, la mancha para segregar al convaleciente de lo normal y aceptable.

Se está sugiriendo, en resumen, la necesidad de construir varios roles del enfermo para poder discriminar las características conductuales que se esperan de una persona supuestamente afectada por una enfermedad menor, o mayor, o fatal; por una enfermedad curable o una incurable; por una enfermedad corta o una prolongada, y por una enfermedad corriente o una que deja secuelas. Con tal armazón de posibles roles, podremos disponer de puntos estables y significativos en torno a los cuales nos será posible ordenar los factores particulares e infinitamente variables del conocimiento, creencias y hábitos con que habremos de encontrarnos a lo largo del tiempo y a través de las culturas. Tales roles, además, centralizan la atención no sólo en la persona enferma, sino también en quienes la rodean y la apremian a comportarse como corresponde exactamente al enfermo, y en el consultor a quien se acude en busca de auxilio. Natural-

mente, tan pronto como el enfermo es llevado a un consultor, aquél asume el rol de cliente o el de paciente.

La intervención del enfermo en la resolución del problema consiste parcialmente en el autotratamiento; pero con frecuencia consiste, además, en la consulta a los demás. En concordancia con el resto de su análisis, el esquema de Parsons sobre dicha consulta se reduce a la consulta formal de un profesional. El rol del paciente se define con referencia al comportamiento esperado por el profesional. Sin embargo, no siendo indispensable que las funciones del consultor sean de nivel profesional, el rol del paciente tendrá que variar en cada caso.

El rol del consultor profesional es seguramente el mejor definido y estable de cuantos podrán encontrarse en el proceso de buscar la curación; pero existen otros roles de curanderos que pueden ser agrupados bajo la categoría de "consultores". El proceso de la búsqueda de asistencia puede considerarse como consistente en el autotratamiento inicial, seguido por la utilización de diversos consultores profanos y profesionales. La variedad de consultores no ha sido todavía investigada en forma sistemática; pero la verdad es que algunos de ellos son escogidos precisamente porque NO SON de nivel profesional. La interrogante planteada a algunos es: "¿Qué haría Ud. mismo, o qué hizo, en tales circunstancias?" Así, algunos son escogidos como una prolongación de la propia personalidad del paciente, por su semejanza y unidad con él, y no por lo opuesto. Partiendo de este rol del consultor que se halla sólo a una pequeña distancia social del paciente y con sus propias características y limitaciones funcionales, pueden agruparse otros, a mayor distancia social del paciente y que requieren de formas cada vez más complejas de organización para el control del paciente.

Las relaciones curandero-cliente pueden, por lo tanto ser consideradas como una función de los *particulares* roles del enfermo y del curandero que entran en contacto unos con otros. No existe *sólo una* relación; y aún cuando podría resultar útil considerar la relación médico-paciente como la prototípica, como muchos autores y en especial Parsons lo hacen, esa propia relación varía mucho más de lo que se podría suponer. Existen ya algunos estudios que sugieren criterios para esa variación.

IV. LA SOCIOLOGÍA DE LAS OCUPACIONES CURATIVAS

Del examen del rol del enfermo pasamos al examen del rol del consultor y, a través de éste, al rol más definido de todos, el profesio-

nal en general y el del médico, en particular. La proposición para la sociología de la medicina es: ¿cómo se moldean y transforman los hombres en médicos capacitándose para realizar el rol curativo, y qué factores influyen en su rendimiento?

El Médico

Debemos observar, en primer lugar, que en todos los países industriales el prestigio de los médicos, comparado con el de otras profesiones, es elevado. Además, el médico es el símbolo de la curación cuya autoridad está por encima de todas las demás. En los Estados Unidos, la profesión médica es el prototipo del profesionalismo en conformidad a la cual todas las supuestas profesiones sanitarias se modelan.

Sin embargo, tal como recientemente se ha señalado en tono algo mordaz, la medicina es considerada como una sencilla profesión mantenida principalmente por las circunstancias. Dentro de ella existen facciones en guerra, cada cual luchando por la jurisdicción y el control sobre diversas áreas de trabajo. El problema es: cómo pese a esta diversidad de "fracciones" en lucha dentro de las filas de los que poseen el grado de M.D., y frente a las ocupaciones no-médicas que pugnan por tener acceso a las labores curativas, la profesión conserva todavía una identidad común y sustenta una posición preponderante.

Una causa de esta identidad común la constituye la notoriedad mayor en el grado médico general que en los sectores profesionales especiales, y el hecho que el conocimiento del público se limite a los aspectos más gruesos y más simbólicos de la profesión. Otra causa puede residir en el reclutamiento selectivo dentro de la profesión, de gente que esté dispuesta a compartir la misma perspectiva en el trabajo. El antecedente social común puede por sí mismo contribuir a cierta homogeneidad de visión entre los médicos, lo que significativamente los distingue de la gente de ocupaciones tales como enfermería y servicio social, que posee característicamente antecedentes más modestos.

Sin embargo, por muy importantes que puedan ser los antecedentes de los médicos, es probable que ellos sólo contribuyan con los residuos de la perspectiva médica profesional, por cuanto el médico supuesto es un profano que carece del conocimiento necesario para prever en detalle las necesidades de atención profesional. El propio hecho de que el ejercicio médico general, organizado como empresa, atraiga a muchos nuevos estudiantes de medicina norteamericanos, aunque progresivamente en

menor número a medida que los años de preparación continúan, indica la desintegración, durante el entrenamiento, de la noción del profano sobre el verdadero tipo de la práctica. A la escuela de medicina, como a otras escuelas profesionales, se le atribuye tener una profunda función socializante. Se le supone adiestrar al novel doctor en las habilidades técnicas de la medicina, y se le supone armar al estudiante con las actitudes que necesita para desempeñar el rol profesional correcta y satisfactoriamente. Esta función socializante del adiestramiento ha preocupado al máximo a los sociólogos que estudian la educación médica.

Se presenta, sin embargo, un problema muy real al avaluar lo que la escuela de medicina efectivamente realiza y en qué proporción sus realizaciones son de inmediato previstas y aprobadas por la Facultad. No hay dudas que ella imparte gran volumen de conocimiento y habilidad técnicas a sus alumnos, pero hay razones para creer que la forma en que los médicos aplican sus capacidades no muchos años después de graduarse, se aparta de las normas académicas de sus profesores. Además, una encuesta realizada comprueba que, contrariamente a los propósitos de la Facultad, los estudiantes norteamericanos se tornan "cínicos", si bien otro estudio ha suavizado esa comprobación. Un interesante estudio de observación de participantes indicó con algún detalle cómo los estudiantes son inducidos a restringir el nivel y dirección del esfuerzo que ellos ponen en juego para aprender lo que los miembros de la Facultad procuran enseñarles. Y otro estudio encontró que aunque la Facultad parecía tener alguna influencia en la elección de la especialidad médica por los estudiantes, parecía no tener virtualmente ninguna influencia sobre las actitudes de los estudiantes hacia la medicina en sí misma.

Esta comprobación estadística no deberá contradecir el hecho indiscutible de que los médicos no han nacido del todo en la escuela de medicina, sino que en cierto modo han sido fabricados por ella. El problema es de detalle y grado y hasta la fecha, no se ha planteado ninguna solución suficientemente clara. Lo que parece cabalmente cierto, sin embargo, es que lo que la Facultad estima como verdadero, puede serlo sólo parcialmente, y debe ser en parte contradicho y contrarrestado por elementos de las concepciones profanas que el estudiante lleva consigo y de la experiencia que él recibe de sus condiscípulos en la escuela. Además, los miembros de la Facultad deberían suprimir gran parte de su influencia recíproca, ya que, como todas las Facultades, la

Escuela de Medicina se encuentra fragmentada en departamentos que luchan por un mayor rango en el curriculum y que se disputan el tiempo, la atención y el compromiso del estudiante. Para conocer plenamente tales elementos se requiere de un estudio específico de la propia Facultad de Medicina, tarea que, aparte de tratamientos en gran escala tan excelentes como los de Flexner, no ha sido aún emprendida.

La evidencia parece indicar que elementos de cabal importancia en la formación de los miembros de la profesión médica no son en realidad consciente o racionalmente determinados o controlados por la profesión. Igual cosa puede afirmarse de una área que ha recibido menos atención que la educación, el ejercicio médico.

Si la educación médica moldea al médico, las exigencias de la práctica profesional constituirán probablemente la prueba del molde. Es para cumplir su rol en las circunstancias de la práctica que la educación médica prepara al profesional. Y es en las realidades de la práctica, más que en la sala de clases, donde encontramos los materiales empíricos para clarificar y articular la naturaleza real (no la atribuida o esperada) del rol profesional. La cuestión es hasta dónde es estable y completo el rol profesional frente a las diversas contingencias de la práctica y si aquél no es enteramente estable, cuáles elementos varían y cuáles no. ¿Son los médicos menos "universalistas" en algunas formas de la práctica que en otras? ¿Son ellos menos funcionalmente específico? En suma su verdadero profesionalismo ¿es vacilante e incierto en algunos medios?

Desgraciadamente, aunque mucho se ha escrito sobre el tema, son pocos los estudios sociológicos sistemáticos realizados acerca del ejercicio médico. De los antecedentes históricos parecería desprenderse que proteger el ejercicio profesional contra una extensa competencia, es uno de los requisitos previos para asegurar su estabilidad. Parece, además, acertado pensar que el rol del médico se encontrará más próximo a lo que profesionalmente se desea, cuando aquél se realice bajo el control de otros médicos —por ejemplo, en un hospital o en una clínica— y cuando pueda ser cumplido independientemente de influencias profanas. La distinción de Hall entre la carrera de un "individualista" y la de un "colega" descansa sobre tales criterios, como lo hace la distinción de Freidson entre la práctica "independiente", o escogida por el paciente, y la "dependiente" o escogida por el colega.

Estas distinciones significan que el comportamiento del médico es, por lo menos en parte, contingente con relación a las circunstancias en que él ejerce su profesión. Ningún estudio ha intentado hasta ahora establecer el grado de influencia que la clientela profana puede ejercer sobre la conducta profesional en determinadas circunstancias; pero la sola variación en la prescripción de hábitos basta para sugerir su firme posibilidad, como es el caso de la adaptación de la conducta del profesional a las preferencias del paciente.

A la inversa, la influencia de grupos colegas sobre el comportamiento profesional es, por lo menos bajo determinadas circunstancias, manifiesta. Coleman, Menzel y Katz han señalado cómo tanto la integración como el aislamiento con respecto a una red de colegas, influyen en la rapidez de adopción de un nuevo medicamento; pero Winick indica que tales redes no están siempre presentes. Seeman y Evans han hecho notar cómo la atención médica dentro de un hospital varía con las cualidades del jefe que supervisa al médico.

Estas comprobaciones sugieren que acaso una forma más realista para estructurar nuestro conocimiento acerca de la conducta del médico sea utilizar el concepto del rol-profesional como una variable más bien subordinada que independiente. Si el rol no es enteramente estable y varía con el armazón organizado dentro del cual debe ejercerse, ese armazón del propio ejercicio podría ser la unidad más apropiada para centralizar en ella el estudio. Sin embargo, la práctica profesional plantea graves problemas analíticos. A diferencia de la educación y de otros servicios masivos, la atención médica es difícil de organizar en grandes unidades sociales centralizadas. La política social apremia, en realidad, por una mayor eficacia y más bajo costo, y los propios médicos se inclinan en favor de una conveniente integración de servicios y equipos. Pero esas fuerzas centrípetas son contrarrestadas por el hecho de que la atención médica presta servicios a individuos que pueden necesitarlos rápidamente y en cualquier hora, y de este modo se es porfiadamente contrario a la centralización e integración en organismos de gran escala, comunes hoy día a la mayor parte del trabajo.

El ejercicio profesional médico se realiza aún, típica y anacrónicamente, en una pequeña unidad, a menudo unipersonal. Tal como su pariente de clasificación, pequeño taller manejado por su dueño, aquella plantea la paradoja analítica de ser una organización sin constituir un grupo, de ser una unidad distinta de su comunidad circunvecina, expuesta a ser, en

cierto sentido, absorbida por la comunidad. Sin embargo, por difícil que resulte conceptualarla como una organización, la importancia del cliente y del grupo-colega para la realización del rol profesional exige la atención del ejercicio profesional en que ellos se encuentran.

Otros "Profesionales" en la Medicina

Hemos visto que el comportamiento del médico no está del todo explicado adecuadamente por el proceso formal de preparación que se supone lo transforma en un profesional. Hemos visto, además, que el medio en que él ejerce juega algún papel en su rendimiento. El medio en que se ejerce, sin embargo, no está agotado con respecto a colegas-médicos y pacientes. De creciente importancia en la labor del médico es una variedad de otras ocupaciones que llegan a formar una compleja división del trabajo en que la medicina es la dominante. Esas otras ocupaciones tienen también interés analítico en disfrutar del carácter de profesionalismo.

De todas esas ocupaciones ha sido la Enfermería la que ha recibido una atención más sostenida. Thorner ha analizado el rol de la enfermera en un sentido que implica que ese rol es tan absolutamente profesional como el del médico, aún cuando existe gran debilidad en el rango de la ocupación. La enfermera es típicamente subordinada, tanto del médico como del hospital en que trabaja. Además, pese a los esfuerzos de Miss Nightingale en el siglo XIX, la enfermera, por el hecho de ser mujer, no ha sido capaz de zafarse de su rol maternal determinado sexualmente, más bien que profesionalmente. Y la consagración de la enfermera a su ocupación no es compatible y uniformemente profunda, porque el matrimonio es la aspiración de muchas y cambian frecuentemente de rumbo. En la realidad, como muchas otras, la ocupación está constituida por una pequeña proporción de enfermeras normativas, supervisoras y docentes, entregadas a la formación profesional y que se esfuerzan para movilizar un cuerpo heterogéneo y cambiante de trabajadoras diestras, a menudo accidentales y transitorias.

Tras la esperanza siempre presente de que la instrucción pueda en algún sentido influir en la forma en que la enfermera se considera a sí misma y cumple su rol, se han realizado estudios de las alumnas de enfermería, comprobándose que ellas ciertamente estudian sus lecciones, pero sufren también por la incompatibilidad entre su matrimonio y sus aspiraciones de trabajo. En efecto, al impulsarlas hacia una

orientación profesional, las escuelas no las preparan para la subsiguiente subordinación dentro del hospital; de esa manera sus lecciones resultan lógicamente comprometidas frente a la realidad. Posiblemente el efecto neto de las escuelas orientadas profesionalmente sea el de aumentar la sensibilidad de la enfermera hacia su propio status, intensificando al mismo tiempo en ellas la normal inclinación a transferir a otras ocupaciones de menor rango, su propio "trabajo sucio" y a exigir un trato cortés de sus superiores.

De una manera general, todos los investigadores, con la posible excepción de los que pertenecen a la carrera de enfermería, concuerdan en que mientras el concepto de profesión no sea algo absolutamente preciso y definido, la enfermera no será enteramente profesional. Como muchas ocupaciones dentro y alrededor de la medicina en los Estados Unidos, se trata de una pseudo-profesión, y como esto ocurre sólo a causa del poder de la profesión médica, es improbable que ella alcance un status plenamente profesional. Su misma lucha, sin embargo, y sus reclamaciones, nos muestran algo acerca de la naturaleza del profesionalismo y nos sugieren que con la atención de ésta y de otras profesiones similares podríamos estar en condiciones de decir mucho más con respecto al profesionalismo como ideología y como movimiento social muy reciente en la sociedad moderna. Existen ya algunos trabajos muy restringidos para orientar tal investigación.

La mayor parte de las precedentes observaciones se han basado en estudios realizados en los Estados Unidos, lo cual puede no reflejar problemas muy corrientes de otras partes. Un hecho realmente pertinente en otros lugares, es la relación del profesionalismo con la creciente necesidad de entrenamiento técnico para el trabajo en la sociedad industrial. Tal entrenamiento podría teóricamente proseguir en modestas escuelas de artes y oficios. La necesidad de agregar los ornamentos del profesionalismo a las que en esencia no son sino escuelas industriales, refleja indudablemente, en parte, la necesidad de atraer a gente con aspiraciones más elevadas que las del artesano y que han recibido ya considerable educación. En general y, en parte, la complejidad y responsabilidad de las tareas para que son entrenados. Otro elemento importante, sin embargo, es la medida en que los ornamentos del profesionalismo pueden inducir al trabajador a identificarse con su trabajo en un modo que el solo entrenamiento técnico no puede lograr. La identificación con un trabajo parece especialmente importante para quienes, como algunos médicos

y dentistas, trabajan aislados de la observación y supervisión del colega; pero, como un medio de motivar y controlar el trabajo, aquélla es igualmente importante en las organizaciones complejas, la más prominente de las cuales es el hospital.

V. LA SOCIOLOGÍA DEL HOSPITAL

En el estudio del hospital, pueden apreciarse varias tendencias de análisis (*), algunas de las cuales tienen directa conexión con el profesionalismo. Los estudios relativamente precoces de los sociólogos, sobre el hospital, fueron hechos teniendo en la mente los estudios sobre la fábrica, especialmente sobre la difícil ubicación del obrero en dicha organización. En general, su perspectiva de la organización del trabajo hospitalario pudo ser adicionada con la hipótesis, característica de las "relaciones humanas", de que el mejoramiento de las comunicaciones dentro y a través de la división del trabajo pondría fin a las dificultades de operación. Siendo la enfermera una de las primeras "trabajadoras" en ser estudiadas, el problema fue de determinar sus necesidades, establecer adecuadas líneas de comunicación y arreglar las líneas contradictorias de autoridad.

Con fecha más reciente, se ha ido insinuando un punto de vista algo diferente que pone el énfasis en los conflictos de valores, formas de disciplina y comunicación considerablemente menores que las exigencias antagónicas inherentes a las diversas labores hospitalarias, conflictos suficientemente objetivos que la sola comunicación (en vez del compromiso o el triunfo en una contienda) no puede resolver. El reciente interés ha recaído en el acceso a la organización siguiendo las implicaciones de sus metas frecuentemente contradictorias, las demandas sociales de las labores técnicas que se realizan en ella y las fuentes de sostén de los hospitales. Estos estudios han contribuido, todos ellos, al desarrollo de un enfoque estructural considerablemente más falseado, el cual, aunque tal vez menos optimista que el enfoque de las relaciones humanas, parece, no obstante, ofrecer una promesa de aplicación mucho más realista.

El hospital ha sido empleado, además, para verificar y refinar hipótesis más generales, tal como la que especifica relaciones directas entre la dimensión organizativa y la complejidad

* La naturaleza de este informe, evita aquí mayores detalles. Un estudio excepcionalmente detallado y sistemático de la literatura sociológica norteamericana, con una bibliografía de 88 ítems, ha sido realizado recientemente por Groog.

dad administrativa, y como la "hipótesis del eslabonamiento sistemático". Y, algo tal vez de la mayor importancia, su estudio ha concentrado la atención sobre problemas de análisis que han estado siempre presentes en sociología, pero que hasta ahora sólo raramente han sido sometidos a un examen sostenido.

El Profesional en un Medio Burocrático

Uno de estos problemas en su más sencillo nivel lógico, es abordado en el estudio de Weber sobre la burocracia racional y legal. Tal como Parsons lo señalaba, el análisis de Weber plantea el problema de conciliar la autoridad del experto con la autoridad jerárquica. Hoy, naturalmente, es el *grado* de pericia el que nos preocupa; sin él, la administración de cualquier sistema de división del trabajo resultaría imposible. La pericia que Parsons tuvo presente es la atribuida al profesional: una destreza de tal complejidad y refinamiento que hace indispensable la autonomía de criterio. Parsons insinuaba que el modelo monocrático de Weber, de la burocracia racional-legal, es un campo de trabajo inapropiado para el profesional. Una organización que se asemeje a "una compañía de iguales", con sólo una mínima diferencia y supervisión jerárquica sería, en cambio, el modelo apropiado. La universidad y el hospital se citan como organizaciones ejemplares, pero no se hace mención alguna del hecho que, por lo menos en los Estados Unidos, ambas cuentan con bien desarrolladas administraciones burocráticas. El primitivo énfasis puesto por Smith sobre "las dos líneas de autoridad" en el hospital, la administrativa y la médica, implicaba claramente la dificultad de operación de tal sistema, mientras que otros autores sugerían en modo más general, que habrían de presentarse graves problemas, tanto prácticos como teóricos, cuando los profesionales tuvieran que encontrarse en las organizaciones burocráticas.

Smith sostiene que esas dos líneas de autoridad producen efectos desastrosos sobre el personal de colaboración médica, porque éste se encuentra cogido en el medio, pero no indica en qué forma las "autoridades" tanto administrativas como médicas, se las componen para coexistir en el primer plano. Sin embargo, Goss estudió con algún detalle la manera cómo la autonomía del criterio profesional podría existir en un medio hospitalario que fuera manifiestamente jerárquico y supervisado. Observó que ambas líneas de autoridad son establecidas y mantenidas mediante la segregación de las decisiones administrativas desde las áreas en que el criterio profesional era considerado indispen-

pensable: la primera, trazada libremente y vigorizada por la autoridad del cargo; la segunda, entregada a la "autoridad" individual del profesional. Observó, además, que el control jerárquico en la esfera profesional puede ser ejercitado por profesionales de rango superior, pero que se realiza más bien aconsejando que dictando órdenes categóricas. Sobre esta base, la autora construyó un modelo de organización, distinta de la que determinara Weber, a la que denominó "burocracia consultiva".

El valor de la separación hecha por Goss, por caminos que se apartan de la lógica, está por verse. El dar consejos ¿es en los Estados Unidos una mera fórmula de cortesía que disfraza una orden, que en otras circunstancias podría ser claramente expresada? ¿Es este modelo, algo privativo de los Estados Unidos y no algo característico de los grupos profesionales de trabajo en todas partes? Antes que estas preguntas puedan ser contestadas, será preciso realizar en otras partes observaciones semejantes; pero lo que evidentemente existe sugiere que dicho padrón parece ser más americano que universal. No obstante, dentro o fuera del hospital, el problema analítico del trabajador profesional en las organizaciones convencionales, subsiste.

La Motivación del Trabajador No-profesional

Otro problema de organización revelado por los estudios del hospital, es algo muy antiguo. El extrañamiento del trabajador industrial con respecto a su trabajo, es un tópico familiar para cualquier lector de Karl Marx y de sus sucesores. Se afirma que el trabajo industrial ha llegado a transformarse en algo sin sentido, apagado y embrutecedor. El operario tiende a considerar su trabajo sólo como una fuente de entradas más bien que como motivo de intrínseca satisfacción y de importante contenido social. Sin embargo, a pesar de su desapego, la mecanización, los controles burocrático y el incentivo de la paga son más o menos suficientes en la industria para controlar la calidad de su labor, por mucho que ésta requiera tan poca dedicación.

Pero el problema que enfrenta el hospital es que gran parte del trabajo que necesita no es adecuadamente ejecutado cuando se lleva a cabo mecánicamente y con superficialidad. Este es precisamente el caso del hospital psiquiátrico, donde el comportamiento de cada operario que está en contacto con el paciente puede influir en su recuperación. El problema alcanza mayores dimensiones aún en el hospital psiquiátrico público, donde el enfermo no es un clien-

te sino un enfermo bajo tutela, lo que lo torna aún más desamparado, sociológicamente, de lo que su solo mal hace suponer.

Teóricamente, el trabajador hospitalario absolutamente profesional no presenta ningún problema por cuanto él se encuentra consagrado a su labor, en la que encuentra interés y satisfacción; puede confiarse en su conducta terapéutica. Una parte del problema existente con la enfermera proviene, precisamente, de que ella no es una profesional en sentido absoluto: se han puesto en juego diversos métodos para determinar cuáles de ellas son las más profesionales y cuáles las menos. Profesional o no, sin embargo, la enfermera de los hospitales norteamericanos ha delegado muchas de sus funciones en trabajadoras aun menos profesionalizadas, de donde resulta que, tal como ocurre en las prisiones, el personal en permanente e íntimo contacto con los pacientes es el menos profesional de todos y el de más bajo status. O sea, son los menos aptos para consagrarse a su trabajo y pueden aún tener resentimientos en contra de él. Además, sus puntos de vista típicamente profanos (*) los impulsan a contradecir lo sancionado por el hospital. Finalmente, su labor se reduce prácticamente a mantener asiduamente cierto grado de orden y disciplina entre los asilados. Por consiguiente, son propensos a comportarse, en el mejor de los casos, en forma mecánica e indiferente, y en el peor de los casos, con criterio punitivo; en ningún caso, terapéuticamente. Se les culpa de conducirse sólo como guardias.

Se ha desarrollado en torno a este tema una literatura algo frondosa, especialmente en los hospitales psiquiátricos estatales de los Estados Unidos. En ella se manifiestan los rasgos típicamente americanos de un vasto énfasis ideológico en el valor intrínseco de las relaciones "democráticas" por sobre las "autoritarias". Se han creado escalas de actitudes que se proponen medir el "custodialismo" y el "humanismo". Se han realizado estudios de la influencia que tiene sobre el comportamiento del paciente y del personal, la actitud de los jefes autocráticos en contraste con la de los tolerantes. Son también pertinentes los estudios de la conciencia del trabajador sobre su status social y oportunidad de progreso, factores que presumiblemente otorgan dignidad, cuando no un significado, al trabajo.

* Su perspectiva es la de una comunidad laica hostil, en vez de la de los benevolentes miembros de la familia del paciente. La interesante ocupación del "tsukisoi" japonés tiene por finalidad adoptar la perspectiva de la familia del paciente.

En todo sentido, los antecedentes que apoyan este enfoque son mixtos y llevan a confusión. En algunos de los pocos estudios exactos sobre la tolerancia en la dirección de los ambientes médicos, realizados bajo la dirección o estímulo de Seeman, las comprobaciones negativas o ambivalentes fueron la característica. En efecto, algunos de los antecedentes denotaban que los efectos de la condescendencia podían resultar dañosos, aumentando la "comunicación", es cierto, pero aumentando también los errores. Además, un trabajo de Lefton y sus colaboradores deducía que los nuevos horizontes abiertos a los trabajadores hospitalarios de baja posición por una ideología democrática pueden tornarlos menos satisfechos de sus obligaciones de lo que antes estaban. Y, finalmente, con muy escasas excepciones, estos trabajos han tenido lugar en los Estados Unidos, donde culturalmente existe una fuerte presión hacia la nivelación de la apariencia, si no del hecho, de la diferencia de status (*) con el ejercicio de la autoridad jerárquica: sus conclusiones no pueden ser aplicadas a otras entidades en que la subordinación es más tradicional y mejor recibida.

La Organización como Comunidad

El sugestivo estudio de Coser sobre las enfermeras trata de los orígenes estructurales de la motivación que permite al funcionario considerarse a sí mismo como un trabajador de alguna importancia, activo y creador, capaz de adoptar hacia el paciente una actitud más terapéutica que vigilante. Este es el objetivo de todos los estudios anteriormente mencionados. Sin embargo, pocos de ellos, incluso Coser, han concedido mucha atención al hecho de que mientras el hospital exista en su actual forma residencial, tendrá inevitables funciones de vigilancia que alguien tendrá que desempeñar. La naturaleza de tales funciones variará desde el ambiente de hotel de lujo de los sanatorios, como el descrito en *La Montaña Mágica*, hasta el ambiente carcelario del hospital psiquiátrico estatal norteamericano; pero ambas funciones son igualmente de custodia. En efecto, el hospital, a diferencia de la oficina fiscal, el almacén y el taller, es característicamente dis-

* Esto se alcanza exclusivamente elevando el status bajo, no rebajando el alto. Un recurso para elevar el status consiste en invitar al operario a asistir a las reuniones, haciéndolo de esta manera sentirse como un miembro del "equipo". El estudio de Caudill, de las conferencias con el personal, demuestra que "asistir" no es lo mismo que "participar" en igualdad de condiciones.

tinto como institución residencial y, por lo tanto, de vigilancia. La cuestión es: ¿cuáles son las consecuencias de encontrarse bajo custodia?

Una talentosa respuesta a esa interrogante ha sido sugerida por Erving Goffman con su concepto de la "institución total", así designada porque es en parte una comunidad y en parte una organización formal. "Se puede definir una institución total como un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos de condición semejante, son separados del grueso de la sociedad por un apreciable período de tiempo, dirigidos y confinados en conjunto, para ser virtualmente manejados por toda la vida". Los hospitales psiquiátricos, los hogares para ancianos, los campos de concentración, las escuelas de internos y los conventos, son ejemplos de ese tipo de institución.

Goffman hace notar que el manejo de los habitantes de las instituciones totales se esfuerza por uniformar hasta las más íntimas y personales actividades, imponiendo equipos y horarios uniformes sobre el peinado, vestido, horas libres, reposo y dieta individuales. La normalización no se debe necesariamente a un propósito deliberado, sino a que necesidades muy reales para el aprovechamiento eficaz del tiempo, energía y recursos administrativos y al hecho de que por definición, la institución es responsable del bienestar del enfermo y, en consecuencia, no podría permitirle responsabilizarse de sí mismo. El resultado neto es la destrucción sistemática, o por lo menos la represión, de la anterior identidad civil del paciente. El asilado pasa por "una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones de su yo". El proceso se intensifica en el hospital psiquiátrico por la retórica de la imputación de la enfermedad: cuanto pueda el paciente decir o hacer podrá ser descrito como un síntoma y desestimado como acto responsable que merezca una respuesta en sus propios términos.

Frente a esta situación, es posible comprender la profunda brecha existente entre aquellos cuyas vidas transcurren dentro de la institución y aquellos que sólo trabajan ahí y viven afuera. El vivir sencillamente en el interior estimula el desarrollo de una cultura institucional; pero frente a la profunda división entre internados y personal, ella se transforma en una "cultura de asilado" característica, orientada hacia formas de evasión y de adaptación a los reglamentos de la organización y al comportamiento del personal.

La deducción teórica del estudio de Goffman es que una organización residencial puede bajo determinadas circunstancias llegar a cons-

tituirse en una comunidad. En tal forma, podrá influir sobre la personalidad, más hondamente de lo que pueden hacerlo otras instituciones. Es capaz de despojarlo y aún de alejarlo de una identidad y, como lo sugieren los estudios de los hospitales pequeños, incitarlo a asumir otra. La deducción de su análisis para la psiquiatría es que los mejores intentos terapéuticos no pueden evitar las necesidades de vigilancia que por sí mismas perjudican la identidad civil del paciente e introducen una cuña entre él y quienes se supone le estén prestando ayuda. Posiblemente sea el reconocimiento de tal hecho lo que ha inducido a los experimentos que eliminan totalmente las acciones de custodia, permitiendo al paciente residir fuera de los muros del hospital. Precisamente, es a la comunidad que se encuentra fuera de los muros del hospital a la que debemos referirnos ahora.

VI. LA SALUD Y LA COMUNIDAD

Se ha manifestado considerable interés por la forma en que la propia comunidad puede ser aprovechada como recurso terapéutico en el tratamiento y rehabilitación del enfermo. De su efecto sobre el curso de la enfermedad y sobre el porvenir del enfermo, alguna indicación ha sido proporcionada por quienes han estudiado el modo cómo el enfermo mental llega a ser hospitalizado. El contraste entre el estudio de Eaton y Weil sobre una comunidad Hutterite y el estudio de los Cumming sobre una comunidad canadiense, indica cómo la variación en las actitudes frente a la enajenación mental puede amparar al enfermo y mantenerlo en la comunidad o expulsarlo de ella. De manera semejante, las actitudes predominantes en una comunidad pueden influir en la buena acogida y la reintegración del paciente exonerado de una institución.

Pero la comunidad no es sólo un conjunto de personas o familias que aceptan o rechazan determinadas enfermedades. Está constituida, además, por una red de organizaciones interesadas en el cuidado de la salud, de las cuales sólo algunas son hospitales o clínicas. Son particularmente importantes en los Estados Unidos las asociaciones voluntarias de pacientes o familias que se agrupan para ayudarse mutuamente. En todos los países industriales existen instituciones de la comunidad, ya sea del Estado o de sociedades filantrópicas, que proveen servicios destinados al auxilio de la gente enferma. Unas cuantas de estas instituciones han sido sistemáticamente estudiadas: Levin y White han sugerido la forma en que sus interrelaciones podrían ser expresadas, pero los vacíos

en nuestro conocimiento de ellas son todavía profundos.

Finalmente, puede advertirse que tanto la comunidad como sus instituciones pueden ser tratadas de una manera que difiere notablemente de la que se ha empleado en este Informe de Tendencias. El análisis nuestro se ha referido al comportamiento alrededor de la enfermedad y su manejo, por cuanto se opina que esto representa lo que es característico acerca de la sociología de la medicina. Otra orientación de gran importancia práctica en los asuntos médicos, no corresponde en sí misma a la enfermedad tanto como a la prevención de la enfermedad, especialmente a la modificación del comportamiento y de las circunstancias que se estiman causantes de la enfermedad. En la condición de "educación para la salud", se esfuerza en persuadir a la gente al cambio de sus hábitos dietéticos, sanitarios, de educación del niño y otros y a adoptar las prácticas recomendadas. Y en una condición que no tiene una denominación definitiva, pero que gira alrededor de la salud pública y la medicina social, que se manifiesta en esfuerzos por establecer leyes para vigorizar la mantención de altos standards de salud y dar sostén a los servicios de salud considerados necesarios para el bienestar de la población.

La meta de esta orientación es sin duda de carácter médico, pero parece evidente que sus medios no son típicamente médicos. En efecto, ella está fundamental y profundamente conectada con la educación y la política, no con la curación. De esta manera, a pesar de su importancia para la sociedad, cae como muchos otros tópicos fuera del alcance de este Informe.

VII. RESUMEN

Los sociólogos no se han interesado en la medicina como campo de estudio, sino desde fecha muy reciente. Aunque existen breves exposiciones que clasifican los temas de estudio, no se ha hecho hasta aquí ningún intento fundamentado de presentar un panorama integrado del campo general. Además, aun cuando el trabajo sociológico en este terreno es tan nuevo, el rango de los temas abordados es ya extraordinariamente vasto. Estos dos hechos dan a este informe un carácter problemático y nos han llevado a una transacción. La Bibliografía anotada tiene por objeto permitir al lector una detallada perspectiva del rango de los temas en que los sociólogos han estado trabajando. El Informe de Tendencias procura, sin embargo, concentrarse en aquellos sectores del campo de estudio que parecen ser medulares para la tra-

dición sociológica. Esperamos que este modo de abordar las cosas no constituya solamente un útil recurso formal estadístico para la orientación del examen de muchos trabajos, sino también que su enfoque relativamente formal y abstracto compense en parte el hecho de que el volumen de estudios de terreno hayan sido americanos y, con toda probabilidad, no sean totalmente aplicables a otros medios ambientes.

Dando por sentado que el objetivo exacto de la medicina es la enfermedad, su causa y curación, puede afirmarse que lo que concierne característicamente a la sociología en el campo de la medicina son las conductas relacionadas con la enfermedad. El primer problema al definir esa incumbencia reside en la definición de la enfermedad misma. Se ha sostenido que la definición más útil para el sociólogo no se enlaza con la de la medicina científica. Más bien, podrá definirse la enfermedad con referencia al tipo de comportamiento social que se espera del enfermo, sea cual fuere la base científica de tal expectativa. Con más amplitud, el diagnóstico de la enfermedad es una respuesta social al comportamiento desviado. Específicamente, el diagnóstico define el comportamiento desviado como algo por lo cual el sujeto no es estimado personalmente responsable: tiene una causa natural y puede ser tratado por las técnicas racionales laicas de tratamiento. Se ha observado que este concepto de enfermedad está abarcando cada vez más áreas de la desviación humana en nuestros días, representando esta expansión un movimiento ideológico de primera importancia en la sociedad moderna.

En el concepto de enfermedad se encuentra implícita una definición de cómo la persona enferma debe comportarse y cómo los demás deben comportarse con ella; en suma, una definición del rol del enfermo y de quienes lo rodean. La definición de Parsons se registró como el único esfuerzo serio para especificar precisamente los elementos del rol del enfermo; pero se advirtió que su definición configura un campo tan limitado de comportamiento ante la enfermedad, que ella resulta seriamente deficiente. Resulta útil para muy poco más que el análisis de las enfermedades curables, que no dejan secuelas, y para las cuales es necesario el tratamiento profesional. De igual manera, el rol del paciente descrito por él, está limitado a las circunstancias de consultar un tratante profesional, definiéndose en realidad por la clase de cooperación necesaria para que el profesional desempeñe su rol. Se ha sugerido que es necesaria la conceptualización de varios otros roles del enfermo y de aquellos a quienes se consulta.

En la sociedad moderna, el rol más estable del consultor es el del profesional, en particular el médico. Sin embargo, el examen de los estudios sobre el médico reveló que las fuentes y aún los hechos de tal solidez no eran en modo alguno claros. El propósito de la formación profesional, de crear un rol de trabajo de mantención automática mediante una preparación técnica adecuada y la inculcación de una profunda consagración al trabajo, no parece haber sido alcanzado en forma cierta o definida. Hay pruebas de que la Facultad médica tiene una influencia extremadamente limitada sobre el estudiante y que el rendimiento técnico del médico no se ajusta a los standards académicos, después de su formación. Se ha sugerido que la clave del problema en cuanto a la forma en que el rol profesional se desarrolla y mantiene, puede estar basada no sólo en la preparación convencional, sino que igualmente en la presión que sus clientes y colegas ejercen sobre él en su práctica profesional. El medio ambiente de su trabajo es entonces de gran importancia para su desempeño.

Uno de tales ambientes es el hospital. Como tipo de organización formal, éste plantea, naturalmente, problemas de líneas de comunicación inadecuadas o incompletas que son familiares para quienes estudian la fábrica. Sin

embargo, se registraron tres problemas característicos del hospital. Primero, por tratarse de una organización burocrática en la que se ejerce rutinariamente una profesión libre, plantea de manera incisiva el problema analítico de entender cómo puede la autonomía profesional conciliarse con la autoridad y el control burocráticos. Una sugestión fue que esto podría obtenerse por la separación del trabajo profesional del administrativo, siendo controlado el primero por el consejo jerárquico, más bien que por "órdenes" oficiales. Segundo, por tratarse de una organización con objetivos terapéuticos que no pueden ser alcanzados por la automatización del trabajo, el hospital plantea bajo un moderno aspecto el antiguo problema de la motivación del trabajador. Se ha utilizado una diversidad de recursos, muy conocidos ya en el medio industrial, para tratar de aumentar la consagración del trabajador hospitalario a sus labores; el más interesante de ellos consistiría tal vez en el desarrollo de cierto grado de profesionalismo. Tercero, finalmente se advirtió que siendo el hospital una organización donde se reside, crea características peculiares cuyo efecto potencial puede ser la aparición de una profunda grieta entre el status del asilado y el del personal, y plantea graves y acaso insuperables dificultades a la tarea de curar la enfermedad.