

EJERCICIO PROFESIO- NAL Y ORGANIZACIO- NES DE SALUD

*Procedimiento de control en una organización de profesio-
nales de igual jerarquía*

DRES. ELIOT FREIDSON y BUFORD RHEA

* Artículo incompleto. Falta la primera página

cientemente fuerte, la crítica de los otros lo controlará o lo desterrará del grupo”².

Como se puede apreciar, es ésta una manera manifiestamente poco ortodoxa de organizar un trabajo completo y de responsabilidad, además de ser descripta en forma tan breve. Por otro lado es bastante difícil aceptar que se asigne un peso de tal magnitud a la conciencia individual y a la autodisciplina. La presión de los colegas constituye una fuente externa de control, pero si un componente es tan permanente y tan igual en autoridad como lo son los otros, ¿cómo puede ser efectiva e influyente la presión que puedan ejercer los otros? Además existe otro problema y que es la relación de la compañía de iguales con los procedimientos administrativos. Según Barber indica, la compañía de iguales se debe considerar más bien un ideal y no un fenómeno empírico. Agrega que, en relación al aspecto de universalidad, se debe necesariamente agregar al molde de la compañía de iguales la organización jerárquica y el control formal de “la administración”, ello con la finalidad de que los departamentos se intercoordinen y puedan entenderse con las estructuras ajenas a la compañía³. Sin embargo, esto, a pesar de todo, en lo que respecta al desagradable trabajo de carácter doméstico que involucra, parece ser todo lo más que se puede conceder a la administración burocrática de las organizaciones profesionales o científicas: la tarea crítica que es el trabajo de efectuar el control puede dejarse en manos de los trabajadores.

La mayoría de los autores consideran problemática, y en cierta medida peligrosa, la violación de los planes burocráticos concernientes al trabajo profesional⁴. Sin embargo, puesto que se sabe tan poco de cómo una “compañía de iguales” realmente funciona, de ningún modo es evidente por sí mismo que los planes y esquemas burocráticos son en realidad peligrosos para el trabajo profesional. Quizás la infracción burocrática es una consecuencia de la insuficiencia de los métodos profesionales que tienen que ver con la labor de dirigir. En estas condiciones podemos ya preguntar, ¿posee la compañía de iguales realmente un control automático? y si lo tuviera ¿cómo lo efectuaría?, ¿son sus métodos de dirección adecuados a sus objetivos? ¿Cuáles son las dificultades que la caracterizan? Fuera de una importante excepción⁵, hasta ahora se ha publicado poco material empírico que pueda sugerir respuestas a estas preguntas. En el presente artículo serán descri-

tos los procesos de dirección en una “compañía de iguales”, esperando señalar de tal modo algunos de los problemas analíticos que tal idea suscita. Tanto por razones de espacio como de estrategia, la presentación se limitará a una descripción de los procesos internos, y se excluirán arbitrariamente las referencias concernientes al medio externo, sector siempre considerado en cualquiera organización.

La clínica

Hemos realizado un intensivo estudio en una clínica⁶ dotada de médicos altamente calificados y administrada por una institución sin fines de lucro. Los trabajadores más seleccionados, los médicos, no son simplemente especialistas técnicos, como lo son también secretarías y plomeros, sino que incuestionablemente son “profesionales”, en el sentido, por ejemplo, en que los expertos gremiales de Wilensky⁷ y los servidores civiles de Blau⁸ no lo son, pero que desearían serlo. En muy pocas organizaciones, si es que hay alguna, existe el sentido de responsabilidad individual y autonomía, y una posición objetiva de prestigio y capacidad lo suficientemente desarrollados como para sostener el modelo de “una compañía de iguales”.

Además de ello, la organización está provista de médicos altamente competentes quienes están capacitados, gracias a su preparación, para efectuar controles de amplios caracteres. En este sentido son ellos más “profesionales” que el común de los médicos. Es una clínica considerablemente poco burocrática, teniendo en cuenta que es una clínica bastante grande, con alrededor de 50 médicos, con personal de oficina y personal paramédico, y provista de un equipo administrativo enteramente desarrollado, y teniendo en cuenta que todos los médicos están a sueldo en vez de considerárseles asociados.

Hemos estado revisando los archivos de la organización, tanto confidenciales como de carácter rutinario, oficiales como no oficiales. Hemos asistido a todas sus reuniones, incluso a aquéllas de la plana ejecutiva. Además hemos entrevistado a todo los médicos; a la mayoría de ellos unas tres o cuatro veces. Hemos tomado

² Bernard Barber: *La ciencia y el orden social*, Nueva York: Collier Books, 1962, pág. 195.

³ Idem., págs. 197-198.

⁴ Kornhauser: obra anteriormente citada.

⁵ Goss: obra anteriormente citada.

⁶ La organización se autodenomina “grupo médico”. En relación a lo variado de la práctica médica y a los problemas de conceptualización, consultar Eliot Freidson: *La organización de la práctica médica*, Manual de Sociología Médica, de Freeman, Levine y Reeder editores, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.

⁷ Harold L. Wilensky: *Los intelectuales en los gremios obreros*, Glencoe: The Free Press, 1956.

⁸ Peter M. Blau: *La dinámica de la burocracia*, Chicago: University of Chicago Press, 1955.

también una muestra de 30 médicos que hubieren trabajado con anterioridad en la clínica; y obviamente hemos entrevistado a los administradores. El resultado de esto ha sido un enorme acúmulo de datos muy variados, desde transcripciones al pie de la letra de la entrevista hasta apuntes captados de los comentarios propios de la hora de almuerzo, apreciaciones sociométricas, apuntes concernientes a las reuniones y extractos de documentos. Este informe está basado precisamente en este tipo de datos.

El aspecto jerárquico

La clínica, a semejanza de la universidad, se ciñe a un esquema de principios jerárquicos, que frecuentemente no posee caracteres simples. El Director Médico es responsable de la conducción de la organización en general, incluso de la de los médicos. El Administrador es responsable de las operaciones diarias, y particularmente, aunque no en forma exclusiva, del manejo del personal paramédico y del de oficinas. Esto último está organizado en oficinas y departamentos que tienen líneas precisas de autoridad. Si bien los médicos están divididos en diferentes departamentos concernientes a sus especialidades, existen escasos rangos de división considerando un nivel vertical. En algunos departamentos existen jefes titulares, pero no es del todo claro, ni aún para ellos mismos, cuales son sus deberes y prerrogativas. Al lado de esto, no existen sistemas de cargos graduados análogos a aquellos que se ven en las universidades; y es así que se puede apreciar que si bien la antigüedad es importante como para otorgar influencia, no es éste un cargo de autoridad jerárquica.

Se puede apreciar nítidamente que los elementos concretos de la definición de Barber se encuentran en la clínica. Así tenemos que los trabajadores han cumplido el largo período de preparación característico de los profesionales. Poseen un gran derecho en relación a su cargo por lo que se les puede considerar como "permanentes", además de que la subordinación y lo opuesto a esto son casi inexistentes entre los colegas. De acuerdo a esto, consideramos justo el designar al grupo de colegas como una "compañía de iguales"; teniendo en cuenta que, como en cualquiera otra parte, la autoridad administrativa modifica ciertamente el comportamiento del "igual" profesional.

Dedicaremos lo que resta de este documento a analizar el papel que concierne, en el control del trabajo, tanto al grupo administrativo como al de colegas.

Los reglamentos

En la mayoría de los modelos burocráticos se considera que los subordinados tienen la categoría de tales en virtud de la obediencia que deben profesar a sus superiores y de la obligación de acatar diversos estatutos y reglamentos. Y esto también existe, parcialmente, en la clínica.

En primer lugar, el médico cumple obligaciones "contractuales", como ser el número de horas que debe dedicar a ver pacientes, obligaciones que son especificadas en detalle y que el médico acepta como condiciones de su empleo. Todos los médicos reconocen, aún cuando de mala gana, la legitimidad de estas reglamentaciones determinadas administrativamente y con carácter de provenir de "un tribunal de sanciones"⁹. Además de éstas existen las reglas intramurales cuyo propósito es asegurar la coordinación del esfuerzo que se requiere cuando un cierto número de médicos tiene que trabajar en conjunto; así por ejemplo, de reglamentar si es el obstetra o el médico general¹⁰ quien se responsabiliza de administrar los primeros cuidados médicos en caso de aborto espontáneo. Estas reglamentaciones pueden ser establecidas por los mismos médicos o pueden ser sugeridas por la administración, o bien pueden ser producto de un acuerdo conjunto entre administración y médicos. El resultado es que en todos los casos se ven como recursos mutuamente satisfactorios para solucionar problemas inevitables y evidentes. Estas son "reglas tipo" evidentemente. En tercer y último lugar existen algunas reglamentaciones que debieran afectar, pero que de hecho no lo hacen, a los médicos. Son las llamadas "reglamentaciones irónicas" en la fraseología de Gouldner. Algunas de éstas provienen de medios ajenos a la organización, y cuando atacan la eficiencia organizativa y médica, tanto la administración como los médicos concuerdan tácitamente en ignorarlas, sobre todo si existen pocas posibilidades de que se perciban.

Estas variedad de reglamentaciones se parangona con aquélla encontrada por Gouldner en la planta de yeso estudiada por él, y sin duda alguna que es común a las organizaciones

⁹ Nos referimos al análisis presentado en *Moldes de una burocracia industrial* de Alvin Gouldner: The Free Press, 1954. Pero más adelante en el presente trabajo se podrá apreciar que las reglamentaciones provenientes del "tribunal de sanciones" no se encuentran presentes en la clínica de una manera tan poco ambigua como lo son en la planta de yeso.

¹⁰ En esta clínica no hay *médicos generales* (según nuestra acepción) sino que se incluye en este calificativo a los pediatras e internistas, quienes remiten sus pacientes al especialista cuando es necesario.

formales. Sin embargo, debemos dejar en claro que no se puede clasificar como "castigo centrado" (a la manera de Gouldner) a las reglamentaciones que tienen que ver estrictamente con la esencial técnica de la práctica médica (examen, diagnóstico, prescripción y tratamiento). Sino que los escasos preceptos concretos que se refieren a este sector son más bien de carácter representativo o irónico. En un sentido general, el reglamento más importante que podemos considerar en ese aspecto de la práctica médica, o sea en el sentido de técnica pura, consiste más bien en una manifestación de política que en una reglamentación: ella asevera que las pautas médicas más elevadas posibles deberán de mantenerse haciendo caso omiso de los costos que ellas impliquen. Así como en cualquiera otra organización, en la que sólo excepcionalmente se ejecuta trabajo de expertos, la clínica no especifica detalladamente los procedimientos técnicos efectivos a usarse, pero sí intenta especificar las normas que deben usarse, normas por lo general aprobadas por la comunidad profesional. Esto presta interés a la determinación de qué es lo apropiado a estar, primeramente, en manos de los médicos, y segundo, en forma no menos importante, en manos de cualquier representante de la actividad profesional extraclínica de la comunidad que pueda ser requerida para evaluar el trabajo que se está llevando a cabo intramuros. Esta "regla" previene efectivamente el desarrollo de la pugna, en lo que a asuntos técnicos se refiere, entre la oficina burocrática y el experto, a quien Parsons dio gran importancia en su debate entre ambos¹¹. Los conflictos que observamos en el campo de los asuntos técnicos fueron los que surgían de entre las opiniones de los profesionales; como, por ej., entre aquéllas de los médicos de la clínica y las de los consultantes profesionales de fuera.

Ya el hecho de mencionar los asuntos técnicos trae la necesidad de delimitar bien las áreas de trabajo sobre las cuales se puede ejercer control y dirección. Así tenemos que el núcleo técnico de la práctica médica es un área relativamente más extensa. Otra es el grado en que se debe emplear el esfuerzo y el modo en que este esfuerzo debe estar organizado. Es en esta última área, que careciendo de relación necesaria con la experiencia técnica, donde es más probable que se suscite el antagonismo entre la administración y los médicos e incluso entre los mismos médicos. Y así tenemos, por ej., que la estructura necesaria para el cálculo y coordinación en la disposición de los servicios lleva a la

administración a presionar por la puntualidad de los médicos, simultáneamente la responsabilidad organizativa para con los pacientes conduce a crear vías administrativas que reciban las quejas de los pacientes. La mayor parte de los médicos no objeta la necesidad de ser puntual ni la responsabilidad para con el paciente. Pero siendo el médico responsable ante la organización por su tiempo y por sus dificultades con los pacientes se le ve aparecer en un nivel poco digno cuando es tratado como un operario de fábrica o como un escribiente. Los conflictos en estos aspectos son permanentes en la clínica entre la administración y los colegiados, e incluso entre colegas. Y estos conflictos están sustentados por reglas y normas totalmente diferentes a aquéllas que suscitan problemas en relación a los procedimientos técnicos.

La recolección administrativa de la información referente a la actividad supervisora

Evidentemente, las reglamentaciones pasarían a no tener sentido si nunca se supiera cuando se las transgrede. ¿Cómo puede la administración averiguar si se efectúa el cumplimiento de las reglas bosquejadas anteriormente, considerando que el médico realiza gran parte de su trabajo en lo privado de su oficina? Primeramente, a ciertos aspectos gruesos que concierne a la organización del esfuerzo médico se los cataloga dentro de las vías rutinarias. Se supone que la persona encargada de la recepción notifica a la administración en caso que un médico modifique su horario, no deje efectuar una inscripción para un tiempo libre que reste, o si habitualmente llega con retraso. En forma similar, cuando los médicos se precipitan en ver sus pacientes con el fin de terminar pronto, o cuando los inscribe para más temprano de lo que realmente puede verlos con la intención de estar seguro que están ya esperando fuera y pronto para cuando quiera que esté dispuesto a verlos; es entonces que éstos y otros tipos de comportamiento son visibles para todo aquel que se dé la molestia de dar una mirada. Una incisión sensata en la extensa ramificación que es el sector paramédico e inspeccionando los libros de registros constituyen medidas imparcialmente regulares para verificar la organización de los esfuerzos médicos. Pero éste es el *único* registro administrativo regular y continuo del cumplimiento. Proporciona información acerca de la puntualidad y rapidez de trabajo, pero nada sobre la ejecución técnica.

El paciente realiza el contacto directo con el médico durante el trabajo de éste, pero la clínica se encuentra organizada para proporcio-

¹¹ Parsons, obra anteriormente citada, pág. 60.

nar a las demandas de los pacientes conductos regulares hacia la administración. Sin embargo, las opiniones emitidas por los pacientes son algo que muy pocos médicos aceptan como un reflejo valedero del cumplimiento técnico. Y así, mientras algunas quejas estimulan a que se efectúe una investigación, las solicitudes son bastante raras y sólo entregan leves rasgos de evidencia.

De una manera muy interesante se puede conseguir la información exacta acerca de todos los médicos, pero se recurre a ella solamente cuando se sospecha que algo puede andar mal. Ahí tenemos el registro médico, de cada paciente, que es un deleite burocrático considerando la riqueza de información detallada que proporciona. Pero aún cuando la información está siendo continuamente apuntada (en parte por las obligaciones legales del trabajo), nadie la escruta de una manera rutinaria. La ficha médica es un arma de trabajo más que un medio de supervisión, llegando a tomar este carácter sólo cuando el caso se ha desencadenado por causa de algún hecho que sugiera la necesidad de investigar —ya sea el reclamo de un paciente, una observación accidental, un pleito, etc. Es así que la supervisión sólo se usa en forma latente y de acuerdo con el hecho para reconstruir el proceso ocurrido, ya sea en su detalle condenatorio o exonerante.

La recolección de la información supervisora por los colegas

Se suscita la interrogante de cómo, sin caer en la rutina, se puede recoger en forma más o menos absoluta la información referente al rendimiento técnico de los médicos. Si bien las quejas de los pacientes pueden suministrar a la administración algunos hechos que la orienten acerca del temple de esa actividad, a la larga son los colegiados quienes deben informar de la situación real antes que se adopten las medidas.

Claro está que, al unísono con la idea de una "compañía de iguales", se da por sentado en la clínica que son los colegiados quienes deben efectuar la supervisión diaria. Tal supervisión podría ser colectiva, es decir, una función que la "compañía de iguales" debiera realizar como un todo, si el trabajo de cada componente fuera controlado por todos los demás o, en su defecto, por algunos solamente, o si la información se distribuyera en forma pareja y uniforme. Pero ninguna de las circunstancias enunciadas existe, ni a nivel de la organización del esfuerzo a ni a nivel de la actividad técnica¹².

En lo concerniente a la organización del esfuerzo humano, es tal la fragmentación y variedad de los fundamentos existentes que es prácticamente imposible que un individuo tenga visión sapiente y aproximada de algún otro. En el caso de los médicos generales podemos citar un ejemplo: en los turnos de las tardes del servicio de urgencia, el doctor X está en situación de apreciar que recibe solicitudes para visitas domiciliarias de pacientes que durante el día fueron rechazados por su médico, el doctor Y. Pero es muy poco probable que el doctor X pueda observar que el doctor Y llega tarde a sus horas de oficina y que se va antes de tiempo; y menos probable es que vea que el doctor Y envía sus pacientes al especialista con el más mínimo pretexto. Por otro lado, si bien, a su vez, el recepcionista se encuentra muy bien enterado de estos hábitos del doctor Y, y posiblemente de su modo de calificar las pruebas de laboratorio, es poco probable que sepa algo de cómo el doctor Y usa su tiempo y de su costumbre de eludir los llamados a domicilio.

Existe una variedad y una fragmentación semejantes a nivel de la función técnica. Al margen de la chismografía, o de conjeturar cuán competente es un hombre basándose en su costumbre de discutir los casos a la hora del café, fluctúan mucho las oportunidades de observar el trabajo de los colegas. La fluctuación se debe en parte a la organización de la clínica y en parte a la división de la labor médica.

Dentro de especialidades como la cirugía, que requieren un equipo de trabajo en acción, de acuerdo a la índole del trabajo, tanto éste como sus resultados se hacen perceptibles y también las características propias de los colegas son rápidamente conocida por todos aquéllos que laboran dentro de la especialidad. En cambio, en otras especialidades, en que el trabajo es más privado e individual, las apreciaciones

¹² Los presentes comentarios se refieren a la observación directa o indirecta del trabajo, y no corresponden a elucubraciones que se hagan acerca de la labor de un individuo en las labores gremiales. Nuestros comentarios están basados en una sección de nuestro estudio en la cual consideramos a los médicos de la clínica "evaluándose" unos a otros. Algunos de estos criterios de "evaluación" (visitas domiciliarias, puntualidad, hábitos de remitir pacientes a interconsulta, etc.) requerían necesariamente la ocasión de apreciar el desempeño del médico. Otros criterios (como evaluar su competencia médica) eran estrictamente evaluativos y realmente no necesitaban de observar el trabajo médico. Los hallazgos en detalle se expondrán en otro documento, pero acerca de lo cual ya se presentó una versión preliminar en Pautas de la Evaluación Profesional: Un estudio de Opiniones Generales entre los Médicos. Ello se efectuó en 1963 en Los Angeles, en la reunión de la Asociación Americana de Sociología.

se hacen más problemáticas, y la calidad del hombre sólo se conoce en forma más lenta e indirecta.

Entre los médicos generales hay más oportunidades de apreciar el trabajo de los demás en virtud del sistema de rotarse por noches y de turnos de urgencia en fines de semana, y así cada vez que están en función tienen la ocasión de ver pacientes e historias médicas pertenecientes a sus colegas. Después de un cierto tiempo se puede tener entonces una visión clara acerca de las maniobras de los colegas, de modo que los antiguos en el lugar pueden conocer bastante de cada uno de los otros, mientras que los nuevos médicos saben poco de los demás, a la vez que poco se sabe de ellos. La popularidad es, desde luego, un factor que se agrega al factor antigüedad. Los médicos impopulares pierden sus pacientes quienes recurren a otros más apreciados; y no hay que olvidar que los pacientes son portadores de datos y chismes.

Sin embargo, los pacientes corrientemente deambulan más *entre* las especialidades que lo que permanecen en una, de modo que un especialista muy solicitado, especialmente si es el único en la especialidad, puede hacer una evaluación muy perspicaz de los internistas que le remiten sus pacientes; mientras que los internistas, que con poca frecuencia se consultan entre sí, y cuando lo hacen lo es muy selectivamente, pueden tener menor capacidad de observación que aquél a quien ellos remiten sus casos.

Ciertas afinidades del ramo influyen el flujo informativo: los pediatras envían más a los ortopédicos (luxaciones) y a los otorrinolaringólogos (amígdalas) que a los urologos y ginecólogos; a su vez éstos tienen que ver con órganos muy vecinos y así tienen más ocasiones de intervenir los pacientes respectivos; los ortopédicos y los fisioterapeutas usan accesos diferentes para muchos de los mismos problemas. Algunas de estas analogías que implican un origen común están trabadas por una exigencia clínica que determina que el médico general sea el único en enviar a interconsultas, y cuando el especialista debe enviar al paciente al médico general por haber encontrado un síntoma que concierne a una segunda especialidad, está con ello imposibilitado de contactar con el representante de esta otra especialidad. Evidentemente que este requisito proporciona al médico general el más amplio contacto con todas las especialidades.

Transmisión de la información de supervisión

Debe quedar en claro que ni la administración ni los colegas *se fijan* en la organización

del esfuerzo médico y en la calidad técnica de éste. Más aún, lo que se ve es segmentario y especializado, cada dato está aislado del resto; la administración recoge la información acerca de los horarios de oficina, información que no es muy accesible a los médicos; el médico especialista recoge una información referente al médico general que no es fácilmente observable por los otros médicos, a su vez el médico general colecciona la información acerca de cada uno de los otros lo que no es muy perceptible por el especialista.

Evidentemente que el grupo de colegas no puede comportarse como una colectividad o compañía mientras esta información parcelada se encuentre tan dispersa en sus respectivos niveles. Es entonces cuando todos ellos tienen que interiorizarse de la misma información, y esto es posible sólo cuando un hombre comete un error persistente y pronunciado, que de una manera u otra se hará evidente para cada uno de los componentes de la compañía. Y es más probable que ocurra cuando las partes fraccionadas de la información se divulguen y sean comunicadas de unos a otros.

Así y todo, aun cuando la comunicación de las observaciones realmente se lleva a cabo, ella se hace en forma lenta y limitada. Si bien los colegas hacen comentarios de sus compañeros, generalmente no se sienten inclinados a comunicar sus observaciones del mismo modo que las adquieren, o sea de a poco. No existe una revelación continua de las observaciones que divulgan una noticia entre los componentes, sino más bien cada individuo comúnmente se guarda sus alcances, comentando poco o nada, sólo hasta que no puede contener más su indignación o hasta que se entera por medio de otros quienes también han tenido el mismo problema con el mismo individuo centro de las alusiones. Y en el caso de que las observaciones sean escasas y sin opiniones fundamentadas, simplemente el poseedor de ellas se las guarda y nunca las comunica.

Dadas las características accidentales de muchos descubrimientos y dada la necesidad de acumularlos antes que se divulguen, puede transcurrir un período considerable de tiempo antes que el comentario sobre alguna persona surja y se propague¹³. Evidentemente que este

¹³ Encontramos ejemplos en los cuales gente que estaba trabajando por más de tres años en la clínica, era desconocida por algunos de los especialistas más apartados. Hallamos además otros casos en que un individuo provocó serias dudas en sus compañeros de sección, y en cambio fuera de ella no se sospechaba de él en absoluto (hasta donde pudimos determinar).

tiempo variará de acuerdo a la visibilidad estratégica de cada especialidad.

En casos poco frecuentes se puede apreciar que un cierto número de médicos retiene en su memoria una cantidad bastante alta de observaciones como para permitir un enlace de opiniones. Al parecer es necesario, en la mayor parte de los médicos, llegar a un cierto nivel crítico de descontento en relación a un individuo antes que comiencen a aludirlo entre ellos o que transmitan sus quejas a la administración. Un médico puede dirigirse a un colega con una observación, si bien neutral pero indagatoria, respecto de un tercero, después de lo cual el segundo puede tener su propio relato que aportar, y así sucesivamente. Sin embargo, esta determinación colectiva se estructura entre grupos de médicos que tienen la oportunidad de discutir tales asuntos, y como resultado de ello puede haber sectores definidos entre los cuales las opiniones acerca de un mismo individuo serán enteramente distintas. Así como hemos visto que las opiniones confluyen y se unen de acuerdo al compadraje, también existe el hecho en relación a las especialidades, y así tenemos que los internistas que están en estrecho contacto con los obstetras, ya sea por asuntos obstétricos o ginecológicos, pueden adquirir una impresión del colega obstetra que puede ser totalmente distinta de la que puede tener un pediatra éste que ve en el obstetra solo un remitente de niños sanos.

La sanción

Cuando lenta y seleccionadamente se hace visible que se ha cometido un error, uno se pregunta ¿y cómo se maneja el problema? Al preguntar a los médicos qué harían ellos con el colega culpable, la respuesta es que no harían nada. Al plantearles la posibilidad de repetición de la falta manifiestan que sería necesario "reprenderlo". El "reprender" es la sanción más unánime que existe en la clínica, y efectivamente se la tiene, tanto entre los colegas como en la administración, como el único medio de castigo virtual. De los ejemplos recogidos se deduce que el "reprender" parece incluir diversos matices de instrucciones, de persuasión amistosa del error, de avergonzar al trasgresor, y de amenazarlo con represalias.

La frecuencia del "reprender" varía según la situación jerárquica y así es más factible que un colega reprenda a otro de su misma sección que a otro de fuera, y también es más adecuado que la reprensión la haga uno más nuevo en la clínica que aquel de antigüedad. Es pro-

bable que no se le diga nada en absoluto al colega ajeno a la sección o al subordinado y que cuando se desencadene el enfurecimiento marcado, la queja se haga a los del mismo nivel o incluso a la administración. La reprensión además es graduada de acuerdo a la gravedad de lo ocurrido. La reprensión más moderada, además de ser la más frecuente, consiste en un sencillo encuentro de hombre a hombre. Pero si el culpable no enmienda su actitud el afectado puede recurrir al apoyo de otros, ya sea al administrador o a algunos colegas. Eventualmente si persiste el mal comportamiento y ello produce evidente malestar, el causante puede ser amonestado por el Director Médico o por un comité formal de colegas.

La reprensión es, desde luego, una sanción informal muy común entre los componentes de todos los grupos de trabajo, y además de que los superiores la usan a destajo a modo de advertencia de sanciones futuras. Lo que es muy importante en relación con esta medida de castigo, es que, *aparte de la destitución del cargo, la reprensión es la única sanción institucionalizada*. No existen formas intermedias de castigo directo, y puesto que el despido formal es casi imposible, la reprensión es prácticamente el único castigo aplicable.

Las reglamentaciones sobre tenencia del cargo requieren que tres cuartos de los miembros de la clínica deban votar la destitución de un médico antes que ésta se efectúe. Ello significa entonces que se necesita la decisión de la colectividad. Pero, como ya hemos visto, generalmente en este sistema no se dan las condiciones necesarias para formar una opinión colectiva. Dada la desigualdad en que la información se halla distribuida en la clínica que estamos describiendo, es comprensible constatar lo poco probable que es, que incluso una simple mayoría de médicos esté en condiciones de haber tenido experiencia personal con los defectos de un individuo. Careciendo entonces de la experiencia de haberse enfrentado a las imperfecciones humanas, la mayor parte de los médicos está poco dispuesta a votar en favor de una medida tan drástica como es la expulsión, más aun si ésta se basa sólo en las quejas de algunos colegas o en la de los pacientes víctimas de aquellas imperfecciones. Solamente una falta muy gravísima o de envergadura desencadenará tal medida.

Destituir a un médico es prácticamente imposible. Corrobora esto el hecho que en el transcurso de quince años, los aproximadamente 80 médicos que han dejado la clínica lo han hecho en su mayoría obedeciendo razones perso-

nales o llamados por incentivos externos¹⁴, pero ninguno que haya estado en posesión de su cargo ha sido destituido.

Las recompensas

Como vimos, en esta clínica la reprensión es la única forma práctica de castigo directo, y al lado de esto, igualmente la única medida para estimular a los médicos son las gratificaciones. Gran parte de éstas están de tal manera burocratizadas que operan automáticamente, independientemente del proceder del médico. Existe así un sistema de incrementos automáticos, de vacaciones pagadas, acumulación de antecedentes para obtener certificado de la especialidad, etc. A una cierta edad se puede, si se desea, evitarse la doméstica labor de hacer los turnos nocturnos y de atender los llamados de urgencia los fines de semanas. Todas estas son gratificaciones que no pueden ser negadas al transgresor de las reglamentaciones. No obstante, existen algunas otras recompensas que son especialmente importantes puesto que no llevan el sello de garantía burocrática además de ser característicamente indirectas e ilimitadas. Hasta donde puede considerárselas no obligatorias, se puede "castigar" a un individuo excluyéndolo de la posibilidad que resulte beneficiado con ellas. Algunas de estas gratificaciones están bajo el control de los médicos, y otras bajo el de la administración.

Como ya dijimos, es muy improbable que el grupo médico expulse de la clínica a uno de sus miembros. En vista de esto y careciéndose de otras formas de castigo directo, ¿qué se hace con el colega culpable cuando el "reprenarlo" no da resultado? Los afectados recurren entonces a la técnica de la exclusión personal intentando impedir el acceso del culpable al trabajo en conjunto con ellos o con sus pacientes incluso, pero sin tratar de impedir que trabaje con aquellos colegas que no tienen agravios con él¹⁵. No se le remite ningún paciente

¹⁴ Una de las causas comunes para renunciar es el estado de convivencia desagradable provocado por las "reprensiones" frecuentes y por las insinuaciones a usar vías administrativas indebidas con el fin de "crear" los requisitos formales para una destitución. Así también como en la universidad, en donde las reglamentaciones sobre la tenencia del cargo, que están apoyadas por los colegiados conservadores y mal informados, crean una situación tal en su naturaleza como para engendrar formas encubiertas de persecución administrativa.

¹⁵ Mientras más vagamente organizado es el sistema de práctica médica individual mayor es la tendencia que posee a incitar a un médico a apartarse a sí mismo y sus pacientes de un individuo poco perseverante y que muestra poco interés por los otros colegas y sus pacientes.

o si es necesario hacerlo sólo se le envían casos carentes de interés. No se le consulta acerca de los problemas concernientes a su especialidad o subespecialidad. No se solicitan sus consejos ni se le llama a participar en la discusión de algún caso interesante. Y finalmente, no se le incluye en el sistema de intercambio de favores, que es de alta importancia en el trabajo profesional. Y así podemos constatar que cuando solicita un favor no se le niega pero a él no se le va a solicitar uno, disminuyéndole así la libertad de volver impunemente a solicitar favores en el futuro.

Todos estos métodos de exclusión son puestos en práctica por los *individuos* mismos y no es el cuerpo médico el que actúa como un todo; por lo tanto, tales medidas no impiden que el afectado por ellas trabaje y mantenga buenas relaciones de trabajo con los colegas a quienes no ha agraviado. Estos sólo lo sancionan cuando éste se siente afectado por la buena opinión de aquellos que lo excluyen.

De una manera algo diferente la administración emplea recompensas discrecionales. El establecer tales gratificaciones podría denominarse como de un *sistema privilegiado*. Distinciones especiales, algunas veces triviales, que no están codificadas ni garantidas desde el punto de vista burocrático como para ser considerados derechos o incrementos, y que, desde el punto de vista individual, pueden ser únicas en su género y no repetitivas, incluso registradas por parte de la administración.

En la clínica algunos de los privilegiados más estables incluyen dinero extra, supervisión del laboratorio, el manejo de la correspondencia oficial que concierne a los pacientes, ser especialista de cierta categoría y supervisión de un programa de investigación. Otros privilegios tienen un carácter más simbólico, como por ejemplo el ser invitado a recibir un grupo de visitas distinguidas a nombre de la organización, o ser elegido para un viaje financiado por la clínica, o que se le conceda tomarse algún período de ausencia al trabajo.

Algunos privilegios concedidos de una manera muy estratégica se burlan de la figura misma del médico. Consisten en el reconocimiento de lo que él siente se debe a sus logros o a la posición dada por la profesión médica. Por ejemplo, entre los médicos el grado medio de una carrera exitosa no sólo comprende ingresos crecientes y dedicación menor, sino también ser relevado en la necesidad de efectuar la parte desagradable de la profesión. Para el médico general se considera como lo menos deseable el llamado a domicilio sobre todo si es de noche o en fines de semana. Otros tipos de tareas desagradables (o "bajezas") serían el te-

ner que ver con los achaques desprovistos de interés, el tener que ver con los inferiores, el caer en aspectos rutinarios, en las conductas mecanizadas —el resfrío común para el médico general, los vicios de refracciones para el oftalmólogo, la extracción de verrugas para el cirujano— en fin, lo que ha dado en denominarse “basura” por aquellos que deben efectuarla¹⁶. Aunque corrientemente ligada a la antigüedad va una reducción de este tipo de actividades mediante el nombramiento en una especialidad o el ascender a ser jefe de un servicio; la administración aun conserva poder como para ejercer su voluntad y como para destacar y adelantar a alguien en favor de otro que es cooperador o que de tal modo podría ser inducido a serlo. Es así como el “favoritismo” produce descontento en cuanto a la dispensación de privilegios que efectúa la administración.

Las bases normativas del sistema

Ya hemos visto que el proceso de control que se puede efectuar en esta compañía de iguales contiene elementos con caracteres bastante poco burocráticos. El acceso a la información referente a cumplimiento del trabajo no se encuentra organizado jerárquicamente; a lo más es este acceso función selectiva de la división del trabajo, y en el peor de los casos es una función de las revelaciones casuales y accidentales a observadores igualmente accidentales. Este estado de cosas es consecuencial a que la administración no aplique en la mayor parte de las áreas de acción los métodos burocráticos corrientes en recopilar la información, dejando en cambio el asunto en manos del grupo médico. Y mientras el conocer cómo se desempeñan los colegas se da de una manera muy irregular para el médico, el problema no sería tan significativo si no fuera porque el médico está también poco dispuesto a participar de esta información con cada uno de los otros colegas. En consecuencia, es bastante difícil formar e iniciar, respectivamente, una opinión y una acción colectiva en el grupo médico. Ciertamente los errores se investigan más bien en relación al individuo que en base a la colectividad profesional, y además mediante el ejercicio administrativo de gratificaciones discrecionales. Y más aún, los métodos de control son en gran medida de carácter normativo¹⁷.

¹⁶ En forma análoga a esta “basura” es, en la universidad, la enseñanza de cursos introductorios y otros de poco valor, e incluso la docencia misma.

¹⁷ La clínica es, en este sentido, una “organización normativa”. Consultar a Amitai Etzioni: *Un análisis comparativo de organizaciones complejas*, Nueva

Hemos hecho notar que la función técnica pasa generalmente inadvertida, y aun cuando se la aprecia no es comunicada, y si se la comunica no se la regula. Pero esto no es totalmente cierto ya que las normas profesionales especifican la necesidad de regular la incompetencia y la falta de ética. Algunos médicos admitieron no saber mucho acerca de sus colegas, pero sí se manifestaron seguros de que si algunos hiciera algo *realmente grave*, como matar un paciente por ejemplo, se enterarían de ello muy rápidamente. Igualmente manifestaron que si un colega se mostrase grosera y evidentemente incompetente o falto de ética, no cabría objeción alguna a que fuera destituido y expulsado de la clínica. Y señalaron que el tipo de trabajo realmente serio en sus formas y en sus consecuencias, se da precisamente en el ámbito hospitalario, en donde opera un sistema de vigilancia profesional¹⁸. Sin embargo, hay que considerar que la idea de ellos de lo que es “realmente grave” está fuera de la práctica diaria. En esencia, lo que pretenden decir con ello es que a los sanguinarios y a los leprosos morales debiera marcárseles y controlarlos rápidamente; enunciado en esta magnitud el sistema trabaja de una manera despiadada. No obstante estando casi todas las formas de contravenir los reglamentos entre el nivel de lo que puede hacer el leproso moral y el nivel de lo que puede hacer un santo, se hace más difícil efectuar el control en el estrato intermedio debido a las perspectivas y normas que rigen en la actividad profesional.

El trabajo en medicina tiene consecuencias potencialmente peligrosas, y puesto que éstas son relativamente impredecibles, y puesto que haciendo la ley responsable al médico, toma éste en su trabajo riesgos que son poco usuales, y en vista de la buena voluntad en tomar la responsabilidad bajo tales circunstancias, el médico reclama una mayor autonomía. Contribuyendo además a esta demanda, así como a la concesión de la autonomía, está la creencia de que a menudo no existe un solo medio para abordar el problema, y de que no se puede reemplazar con reglas definitivas y abstractas el criterio personal del que tiene el caso en sus manos. De este modo los colegas que no están interiorizados del caso están inclinados a abstenerse de enjuiciar el manejo que sus colegas hacen de él. De aquí que emerge un sentido de vulnerabilidad a partir de este indeterminismo y que conduce a la sensación de que uno no debiera criticar a un colega que se ha equi-

York: The Free Press of Glencoe, 1961, págs. 40-50

¹⁸ Goss: obra anteriormente citada.

vocado ya que "puedo ser yo la próxima vez" o "también yo voy para allá".

Esta perspectiva tan característica del trabajo médico conduce a normas que fomentan en gran medida la concesión de autonomía y de poder obrar independientemente. Y llevan a una presión constante para que estas concesiones existan también en el campo de la organización del esfuerzo. Si el criterio personal le dice a uno que una llamada es de emergencia, entonces resulta que se debería tener la libertad de cancelar las inscripciones menos importantes, o dejar a los pacientes esperando, incluso en forma indefinida, o de traspasarlos a otros médicos, y nadie le puede decir que no. Igualmente si el criterio personal se enfrenta a un paciente que tiene una afección trivial mientras otro espera estando en estado más grave, resulta que se debiera tener la libertad de decidir ver superficialmente al menos grave o incluso postergarlo si es necesario. Es de esta manera en que el trabajo se encuentra organizado como gana un grado de libertad desligándose del escrutinio y de la responsabilidad que les son imputados debido a sus caracteres técnicos. Y cuando se agrega una estricta valoración de la autonomía y de la dignidad en razón de su propia valía, recién se comienza a entender los fundamentos que estructuran el sistema que hemos estado describiendo.

Por otro lado los médicos esperan que exista una confianza mutua por parte de sus colegas. No esperan que los otros los estén controlando y ellos mismos tratan de evitar de dar la impresión de estar haciendo lo mismo. Se produce incluso una sensación de incomodidad cuando uno observa accidentalmente un "pecadillo" aparente de un colega, y entonces se tiende a desviar la vista o a aparentar no haber visto nada. La observación meramente accidental parece constituir un hecho *legítimo*, particularmente si ella surge de lo que constituye la división del trabajo y en la cual el observador o su paciente pueden estar comprometidos, y quien podría, en ocasiones, hacérsela ver al infractor o comunicarla a otros colegas.

Aparte de lo que puede efectuar un comité profesional con conocida función de crítica, es probable que otras formas de control permanezcan en un ámbito privado, y que bien sean resentidas cuando se hacen públicas. Se puede ver fácilmente como esta invalidación del "curiosear" reduce la cantidad de información disponible para la "compañía de iguales", aumentando así la dificultad en corroborar y evaluar cualquiera que sea la escasa información que pueda presentarse. De este modo se refuerza la tendencia de evitar meterse en los asuntos re-

curriendo a la medida de no decir nada a nadie.

El hecho que sean normas profesionales y no reglas burocráticas las que conducen el sistema crea rasgos bastante característicos. Primeramente, el sistema de control no funciona en la forma típica, ni en lo colectivo ni en lo jerárquico. Más bien está inclinado a hacerlo a semejanza del mercado libre de los economistas, en donde los individuos actúan privadamente, se relacionan entre ellos sólo a niveles en que contactan sus trabajos, y efectúan una labor de control sólo cuando están comprometidos sus intereses personales. En segundo lugar, tenemos que el sistema funciona en forma lenta, teniendo en cuenta que un sistema de control puede actuar rápido sólo cuando en forma igualmente rápida se puede disponer de la información necesaria, condición ésta que aquí no se presenta. Este tono de marcha lenta proporciona en forma característica un cierto margen para el error humano, cosa que los profesionales tienden a considerar como inevitable.

En tercer y último lugar, el sistema posee una vulnerabilidad propia de él; y ella consiste en que para que las sanciones en vigencia resulten efectivas se requiere que todos los componentes sean totalmente obedientes a las normas allí establecidas. Cuando el sistema se encuentra totalmente carente de medios a que recurrir es cuando se ve enfrentado a un hombre que no depende de la estima y de la confianza de sus colegas y que además no responde a los valores simbólicos del profesionalismo. En un sentido básico el sistema depende del hecho de que incorpore correctamente a trabajadores socializados, trabajadores que no estén simplemente bien preparados, sino que también sean sensibles a la escala de valores que tengan sus colegas. Y así tenemos nuevamente que la administración y el grupo médico se encuentran desvalidos cuando se enfrentan a un individuo que no sea tan incompetente ni tan inmoral como para que sea ostensible el despedirlo, y que además no muestre engreimiento de su condición de profesional. No se le podrá adular ni avergonzar ni insultar y en consecuencia no se le podrá persuadir que enmiende su conducta o renuncie; así entonces todo lo que se puede hacer es concluir el asunto con él y tratar de presentar como de muy poca monta cualquier daño que se crea que él ha cometido.

Requisitos previos en una sociedad de iguales de regulación automática

¿Se regula realmente la compañía de iguales en forma automática? Basándonos en el ejem-

plo anteriormente descrito, podemos contestar tanto en sentido afirmativo como negativo. Existen mecanismos autoregulables pero son limitados y eventuales. Si bien nuestros datos no corresponden sino a un solo caso, y aun cuando gran parte de él concuerda con nuestra experiencia en las universidades, no podemos hacer generalizaciones tan seguras. No obstante podemos hacer uso de este caso a modo de fundamento para hacer insinuaciones, con carácter de ensayo, de los requisitos funcionales para el control automático en una "compañía de iguales". Sin pretender más, las sugerencias pueden señalar los problemas dignos de ser analizados.

Antes que nada, debe tenerse presente que para que la "compañía de iguales" se autocontrole con buenos resultados se requiere una modalidad para seleccionar los componentes, una modalidad que dé plena seguridad que el trabajador ha sido adecuadamente disciplinado y socializado de acuerdo al sistema normativo al cual va a estar sometido. Una apreciación final satisfactoria de la educación profesional es la medición objetiva de dicha socialización técnica y normativa. Pero la insuficiencia de tal medida parece estar en la tendencia característica de los profesionales de fiarse de las recomendaciones y de las aseveraciones personales.

El examen tradicional al cual son sometidos los aspirantes al empleo, recurso éste "racional", impersonal y específicamente burocrático, es excepcional entre los profesionales precisamente porque no permite, como tampoco la licencia de práctica y el título profesional, evaluar las cualidades personales del candidato en la medida que ellas correspondan a un socializado en lo normativo o simplemente a un profesional técnicamente preparado. Esta deficiencia es bastante diferente a la dificultad que se presenta al estimar la competencia mediante exámenes. La modalidad más efectiva para el reclutamiento parece ser por ahora el conseguir la valoración que gente que conozca personalmente al candidato tenga acerca de su "reputación profesional", puesto que sólo mediante tal medida puede obtenerse una idea mediana en conformidad a los controles normativos con que cuenta la "compañía de iguales"¹⁹.

Aparentemente no existe el método perfecto de la incorporación del personal y aun cuando

¹⁹ Es con este esclarecimiento como uno podría oponerse a la valoración que Theodore Caplow y Reece J. McGee ponen en manos de los métodos académicos de reclutamiento en *El mercado académico*, Nueva York: Basic Books, 1958.

existiera, es improbable que pueda tener en cuenta cómo variará un hombre en el transcurso del tiempo y según los diferentes equipos. Por esta razón, parecería necesario que a modo de segundo requisito se realice la vigilancia del trabajo. Solamente si existe alguna forma de vigilancia se puede conocer y controlar el desempeño inadecuado. Y además, es obvio que es necesario dedicar una atención más analítica al concepto de vigilancia antes que sea puesto en práctica, con el fin de especificar las condiciones para una supervisión más efectiva.

En tercer lugar, hemos visto que la vigilancia no es suficiente en esta clínica. Los colegas pueden fijarse pero no comunicar sus observaciones a los demás o al mismo infractor. O simplemente pueden optar por no mantener el control. La variable crítica que entonces sugerimos consiste en una división del sistema normativo del grupo médico y de las propias imágenes subyacentes a él. ¿Debiera uno tratar de observar el desempeño de un colega, o bien desviar la vista a otro lado? ¿Debiera uno "pronunciar sentencia"? ¿Debiera uno dar consejos y opiniones a un colega sobre su comportamiento cuando no han sido solicitadas? Estas preguntas interesan a una serie de valores que no tienen relación necesaria con la habilidad técnica ni con la rectitud con que ésta se efectúa. Se refieren a las normas que dicen relación con la dignidad y autonomía de uno como profesional, y de las relaciones de uno con sus compañeros. Este grupo de valores, en la medida que se opone a la conciencia individual y que *permite* que uno sea controlado por los demás, determina si uno intentará controlar a los demás y de cómo se responderá a las intenciones de los otros en controlarlo a uno²⁰.

A modo de conclusión y a la luz de las consideraciones que hemos discutido aquí, podemos sugerir que el papel que le concierne a la administración en los asuntos de los profesionales puede ser evaluado más adecuadamente aun que lo que se ha estado haciendo. Es muy fácil ver como, bajo ciertas circunstancias, los esfuerzos administrativos en la inspección del trabajo no son una mera exaltación burocrática, sino que son esfuerzos concienzudos para llenar un vacío real generado por las peculiaridades que posee un sistema profesional de "control automático".

²⁰ Esto podría dar la explicación de por qué existe en la universidad americana una instrucción tan mala y un saber tan bueno, puesto que la primera está a salvo de la observación y el control gracias al ceremonial, y en cambio lo segundo está a disposición del escudriñamiento público forzado por la presión de publicación.