

PRESTIGIO Y LAS OCUPACIONES DE SALUD: EVALUACIONES SOCIALES DEL PERSONAL DE SALUD EN PAISES EN VIAS DE DESARROLLO¹

William E. Bertrand y Michael Micklin

La salud es uno de los temas de mayor preocupación en todos los países en vías de desarrollo. Los problemas más urgentes de la salud están concentrados en áreas tales como mortalidad infantil, enfermedades infecciosas y control a la natalidad. Si bien existe una serie de circunstancias que obstaculizan el cambio acelerado en los actuales sistemas de servicio, un factor que ejerce influencia preponderante es la disponibilidad de profesionales entrenados para servir a la salud.

A este respecto, para determinar el tamaño de la fuerza potencial de trabajadores en salud, es de gran importancia estudiar la estructura de prestigio ocupacional dentro de la cual ellos van a operar. Como consecuencia de la escasez de médicos calificados en países de menor desarrollo se ha originado un aumento rápido en el número de trabajadores adicionales de salud, por lo cual se han llegado a plantear ciertos interrogantes referentes al prestigio de las ocupaciones en salud.

1. Los usuarios de los servicios de salud lograrán aceptar como servicio calificado los oficios de personal distinto al médico?
2. Se encuentran ellos enterados de los diferentes niveles de entrenamiento y habilidad propios de las diversas profesiones de salud?
3. Qué incentivos habrán de ser necesarios para atraer al potencial a las nuevas profesiones de la salud?

Estamos convencidos de que un análisis cuidadoso sobre prestigio que se asigna a ciertas ocupaciones de la salud puede ayudar a responder los interrogantes arriba planteados. Por consiguiente, el propósito de este trabajo es analizar el tipo de aceptación y prestigio que se da a determinadas labores de salud en esta parte del mundo.

Como primera medida nos proponemos la tarea de describir y a la vez examinar, las diferencias halladas en cuanto a evaluación de los diversos tipos de ocupaciones en salud. Segundo, expondremos el significado que tiene para los planificadores de salud esta variedad y los resultados que trae para los servicios generales de salud las diferencias en status profesional.

1. Esta investigación fue auspiciada por el Centro Internacional de Investigaciones Médicas (CMR) de la Universidad de Tulane-Universidad del Valle, Donación AI-10050 del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Resultados de otras investigaciones

El facultativo médico es reconocido en todas partes como el máximo prestigio dentro de los sistemas de estratificación ocupacional. Varios autores¹⁻² han documentado el alto grado de renombre que se brinda a los médicos en los países de menor desarrollo. Además, en todos los estudios conocidos sobre ocupaciones de la salud y su prestigio relativo, el médico ocupa constantemente las posiciones más altas. Por tanto, es lícito preguntar, cuáles son los elementos que componen la clasificación del prestigio, y cuáles las razones para colocar al médico siempre en los puestos de primacía?

Thomas et al.⁴ concibieron una serie de vectores o subdimensiones de aplicación específica en el estudio de las ocupaciones referentes a la salud. Entre esas dimensiones se comprenden vectores generales sobre el poder, la remuneración y el status económico, sobre el servicio de cierta ocupación en la salud y sobre el grado crítico para una sociedad del desempeño de ciertos papeles ocupacionales. En todas y cada una de estas dimensiones el médico se mantuvo constantemente en los primeros lugares de la clasificación.

Como lo indica el Cuadro 1, el análisis de una serie de artículos publicados sobre el tema, demuestra que entre el personal de salud es el médico quien ha sido estudiado con mayor frecuencia⁵. La enfermera y el dentista han sido incluidos en un poco más de la tercera parte de las comunicaciones, mientras que la partera y el curandero no han sido estudiados en ninguna parte de manera sistemática. Es claro pues, que la infrecuencia de estudios profesionales sobre estas 2 últimas ocupaciones revela el grado de su prestigio relativo, y también, que quienes tuvieron a su cargo la planeación de estos estudios debieron haber optado por el médico por considerar que su papel era de mayor importancia que el de los otros grupos ocupacionales de salud.

Solamente en 1 de los estudios examinados apareció el médico por debajo de los 3 primeros puestos. En general, en sólo 5% de los trabajos la casilla de la ocupación más prestigiosa no correspondió al médico. Se entiende entonces que el médico, al ser catalogado como un modelo, ideal, sirve como punto de referencia no sólo para las ocupaciones que tienen que ver con la salud, sino también para todas las otras labores. Tal es el grado de su prestigio entre la comunidad que por lo menos una parte del proceso curativo puede atribuirse a los efectos psicosomáticos. Por otra parte, temores hacia un individuo de tanto renombre pueden traer consecuencias negativas para la salud; por

Cuadro 1. Frecuencia de Duplicación de Ocupaciones Relacionadas con Salud entre el Estudio Presente y otros Estudios de Prestigio Ocupacional*

Ocupaciones (N = 32)	Frecuencia
Médico	26
Enfermera	9
Dentista	8
Partera	1
Curandero	0

* Referencias 10-24

ejemplo, la presión sanguínea puede aumentar considerablemente por el sólo hecho de ser un médico quien la registre.

En vista del elevado grado de fama del médico, cabe preguntarnos entonces por las otras ocupaciones del área de la salud que no son catalogadas tan altamente. Qué puesto ocupan en relación con el médico y las otras profesiones? A medida que se va descendiendo en la jerarquía establecida, cuáles serán las implicaciones para el trabajador de la salud en particular? Nuestra intención en este artículo es suministrar información adicional sobre las dimensiones del prestigio ocupacional en el sector específico de la salud.

El Estudio

Los datos incluídos aquí provienen de un estudio realizado en la ciudad de Cali, durante el año 1972. Tratando de combinar cierta parsimonia con los términos de la comparatividad, se escogió un número de ocupaciones referenciales a análisis efectuados en otras áreas culturales. Las labores de salud que se seleccionaron por su inclusión en la lista completa de ocupaciones, correspondió al interés particular de los investigadores. Los grupos ocupacionales se hicieron concordar con el censo colombiano de 1964 para facilitar comparaciones entre los oficios incluídos en el estudio y los que estuvieron ampliamente representados entre la población.

Entre la población de Cali se escogió al azar un total de 301 individuos, utilizando una técnica de selección en bloque por estratos. De esta manera, se eligieron y entrevistaron a amas de casa con el propósito de mantener una proporción equivalente de los sexos. A veces también se interrogó al esposo del ama de casa para mantener un equilibrio aproximado de las características correspondientes a edad y sexo. Por lo general, el procedimiento de pre-test y la encuesta misma marcharon bien, con un índice de desaprovechamiento alrededor de 4% debido a entrevistas incompletas o rechazos por parte del entrevistado. Se necesitaron de 20 a 25 minutos para completar el inventario de preguntas, el cual se procuró mantenerlo breve por razón de la naturaleza algo repetitiva de gran parte de material.

Al entrevistado se le pedía que evaluara cada una de las

ocupaciones escogidas para tal efecto, de acuerdo a la dimensión de actitudes que se producen en la Figura A.

Refiriéndonos de nuevo a lo que Thomas et al.⁴ denominan como probables dimensiones del prestigio ocupacional, se pueda observar como sus categorías se convierten en actitudes dentro de este estudio. Así por ejemplo, la referencia al poder se hace explícita en la pregunta III, sobre satisfacciones personales se inquiera en la pregunta IV y sobre la posición económica en la pregunta II. En un sentido más abstracto la pregunta V plantea la cuestión de deferencia como reconocido por la sociedad, y la pregunta I es la medida del total de las actitudes evaluativas.

Los otros factores sobre educación y sobre requisitos físicos o mentales especiales⁴, no se consideraron aquí, porque su aplicación cuenta más en casos de relacionar ciertos rasgos de un individuo con su ocupación, que dentro de un conjunto de actitudes.

RESULTADOS

El Cuadro 2 presenta los promedios agregados de todas las diferentes categorías de trabajo. Al examinar la posición que ocupan los oficios de salud que hemos escogido, encontramos que el médico está en el segundo puesto, detrás del gerente de empresas e igualado con el ingeniero. La enfermería se considera como la segunda de importancia entre las profesiones de la salud, mientras que el dentista aparece un poco más abajo en la escala. Entre las ocupaciones no profesionales de salud, la partera se ubica ligeramente por debajo del puntaje medio del prestigio global y el curandero es catalogado como el de menor renombre entre el personal que se relaciona con salud.

Resulta obvio entonces que el médico conserva una posición de liderazgo por encima del resto de la población. Conviene recordar que la diferencia absoluta en términos del sueldo devengado, entre un médico y otros profesionales no es tan apreciable en Colombia como por ejemplo en los Estados Unidos. Por tanto su prestigio ocupacional aparece ligeramente por debajo de lo encontrado en otras encuestas. El estudio de Payne⁶ corroboró este hecho.

Asimismo la ubicación relativamente alta de la ocupación de enfermera puede darnos a entender una clase de funcionalismo *sui generis* dentro de las profesiones de la salud. En un país como Colombia, donde el total de enfermeras graduadas es muy escaso, no es raro encontrar a la enfermera profesional desempeñando una función administrativa en vez de una labor de servicio directo. Sucede con frecuencia que el administrador de un puesto de salud sea una enfermera graduada, mientras que los oficios comunes de atención al paciente son encomendados a empleadas de escaso adiestramiento profesional.

La ubicación relativamente baja del dentista en la escala del prestigio tiene sus explicaciones funcionales. En primer lugar, no se puede descartar una posible confusión entre el público sobre lo que es el odontólogo graduado y el práctico común y corriente que ejerce en zonas rurales o pobres

Cuadro 2. Índice Compuesto de Status Socioeconómico para 30 Ocupaciones en Muestra Urbana Colombiana*

Nombre	Indica status Socioeconómico	Grado
Gerente de Fábrica	92	1.0
Médico	91	2.5
Ingeniero	91	2.5
Oficial de las Fuerzas Armadas	87	4.5
Funcionario del gobierno	87	4.5
Cura	84	6.0
Enfermera	78	7.0
Maestro de secundaria	77	8.0
Profesor	75	9.0
Dentista	73	10.0
Mecánico	72	11.0
Secretaria	71	12.0
Maestro de primaria	70	13.3
Empleado de banco	70	13.3
Dueño de tienda	70	13.3
Mecanógrafo	68	16.0
Partera	63	17.5
Agricultor	63	17.5
Trabajador de finca grande	62	19.0
Carpintero	60	20.0
Chofer	58	21.0
Sastre	56	22.5
Vendedor ambulante	56	22.5
Mayordomo de una finca	55	24.0
Curandero	54	25.0
Policía	53	26.0
Zapatero	51	27.0
Vigilante	50	28.5
Mínero de carbón	50	28.5
Criada	46	30.0

* El índice del status socioeconómico es una suma de los promedios para las dimensiones de respeto, economía, influencia, satisfacción y deseabilidad por cada ocupación. La proporción de respuestas en categoría 5 fue multiplicada por 100; en categoría 4 por 80; hasta la última categoría que se multiplicó por un factor de 10. El total de los 5 números así obtenidos dio el rango por cada dimensión. (Ver A. J. Reiss et al.⁷ para más detalles.

principalmente extrayendo piezas dentales o realizando trabajos de prótesis dental. Entonces cualquier comparación que se trate de hacer con el médico coloca al odontólogo en una posición inferior. De ahí, que rara vez se encuentre a este último en posiciones administrativas destacadas o puestos políticos de importancia.

La partera es una persona que en el común de las veces deriva sus conocimientos de aprendizaje práctico. Aunque se haya beneficiado con algunos cursillos para capacitarse mejor, su oficio todavía no reviste educación formal. No obstante, la partera es una figura de importancia en el panorama de la salud, sobre todo en lo que concierne a atenciones materno-infantiles. Se ha calculado que las parteras atienden un 50% de los nacimientos en la ciudad de Cali.

Finalmente, el curandero no es reconocido como practicante de salud en sentido estricto, pero sus efectos se dejan sentir en la atención a la salud. Se ha podido establecer que hasta un 28% de las clases pobres visitan al curandero⁸, si bien sus funciones y prácticas varían con los lugares donde vive. Entonces nos basta con saber que su posición en términos absolutos de pacientes atendidos es de cierta importancia y que forma parte del sistema general de servicio a la salud.

La variedad de funciones que ejecutan los trabajadores de la salud ayuda a entender la disparidad aparente de su ubicación en la escala del prestigio. Si examinamos la clasificación de acuerdo a las preguntas individuales, se revela con mayor claridad el contenido de las diferencias observadas en prestigio. El Cuadro 3 reseña los resultados de la dimensión sobre el respeto (la pregunta 1 en la Figura A) que se le asigna a una profesión dada, la cual es una dimensión muy subjetiva y general del prestigio. Como tal, el ordenamiento del Cuadro 3 corresponde con el encontrado frecuentemente en otros estudios de ocupaciones: el médico conserva su posición de prestigio seguido por los otros profesionales, y luego por los no profesionales del área de la salud. Todas las diferencias son significativas hasta el grado de P 0.01, con la excepción de los promedios para el dentista y la enfermera.

Cuadro 3. Orden de Clasificación para la Dimensión de Respeto y Ocupaciones de Prestigio de Salud

Ocupación	Índice status socioeconómico	Orden de clasificación (total)	Orden de clasificación (relacionado con salud)
Médico	94	1.5	1
Dentista	84	7.5	2
Enfermera	83	10.0	3
Partera	78	19.0	4
Curandero	83	28.0	5

La clasificación individual con respecto a las demás actitudes examinadas siguió el mismo ordenamiento general, con la notable excepción del vector de influencia ejercida por cada grupo profesional (pregunta III en la Figura A). El Cuadro 4 resume esos resultados.

Cuadro 4. Orden de Clasificación para la Dimensión de Influencia y Ocupaciones de Prestigio de Salud

Ocupación	Índice S.S.E. estandarizado	Orden de clasificación (total)	Orden de clasificación (salud)
Médico	83	5.0	1
Enfermera	83	5.0	2
Dentista	61	12.0	3
Partera	48	24.0	4
Curandero	41	29.0	5

Figura A. Preguntas Atitudinales Usadas en el Estudio de Ocupación en Colombia.

- I. Teniendo en consideración, que deseable (o que ventajoso) es tener el empleo (o el trabajo) de _____ en Colombia hoy en día?
 - 1. Muy deseable 2. Deseable 3. Así, así 4. Indeseable 5. Muy mala
- II. Qué tan satisfactoria es la posición económica de _____ hoy en Colombia?
 - 1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala
- III. Qué tanta influencia diría usted que el _____ tiene en los asuntos (negocios) públicos en Colombia hoy en día?
 - 1. Mucha 2. Alguna 3. Poca 4. Muy poca 5. Ninguna
- IV. Qué tan alta es la satisfacción personal de _____ con su trabajo hoy en día en Colombia?
 - 1. Muy rica 2. Alta 3. Regular 4. Baja 5. Muy baja
- V. En general, cómo considera (o cómo mira) la mayor parte de la población al _____?
 - 1. Con mucho respeto 2. Con respeto 3. Con indiferencia 4. Con desprecio 5. Con bastante desprecio.

El resultado más inesperado de este Cuadro lo constituyó la alta evaluación de la influencia de las enfermeras. Aunque atrás decíamos que había razones para su justificación, no se esperaba que la enfermera igualara el promedio del médico. Otra explicación posible ha de ser que el puesto de enfermera constituye para una mujer una posición de gran influencia.

Para obtener una visión de conjunto de todas las dimensiones del prestigio mencionadas hasta ahora en conexión con las ocupaciones de salud, presentamos el siguiente análisis de Guttman simplificado⁹ (Cuadro 5).

Cuadro 5. Rangos de Ocupaciones de Salud sobre Cinco Dimensiones Evaluativas Altitudinales

Grupo de ocupación de salud	Dimensiones y rangos evaluativos*				
	Respeto	Economía	Influencia	Satisfacción	Deseabilidad
Médico	A	A	A	A	A
Dentista	A	A	M	A	A
Enfermera	A	M	A	A	A
Partera	M	M	B	M	M
Curandero	B	B	B	B	B

* Tercilla Alta = 66-100% Tercilla Media = 33.65% Tercilla Baja = 0-32%

ción de líder corresponde al médico al estar catalogado sobre 66% en todas las actitudes evaluativas del prestigio. La posición del dentista a continuación refleja una curiosa variación: se lo cataloga por sobre 66% en todo menos en la evaluación de su influencia en la sociedad. La influencia del médico es mayor que la del odontólogo objetiva y subjetivamente hablando, lo cual corrobora con precisión el público entrevistado y corresponde además, a las diferencias observadas en la escala del prestigio ocupacional.

La posición de la enfermera también presenta otro problema de análisis, puesto que su evaluación está comprendida por sobre el 66% en todo menos en el criterio económico. Como resulta frecuente encontrar enfermeras profesionales en posiciones administrativas de importancia, se entiende que ella sea catalogada por encima del dentista en el vector de influencia; así mismo la subvalorización de su status económico por parte del público refleja con veracidad la escala salarial de la enfermera. Claro está, que faltaría conocer si esta actitud se desprende de un conocimiento real de sus entradas salariales, o se debe a las creencias generalizadas sobre el status de la mujer trabajadora. Pudiera ser que las enfermeras están catalogadas en una posición de inferioridad económica simplemente por el hecho de que ésta es una profesión dominada por las mujeres.

Las 3 ocupaciones de la salud estudiadas hasta ahora requieren preparación profesional y son a todas luces las de más alto prestigio en el sector que concierne a la salud.

La evaluación de conjunto de la partera decae notoriamente cuando se la compara con la de los profesionales de salud. En todas las áreas evaluativas se la catalogó en el rango intermedio (por sobre 33%), menos en el aspecto de influencia, en el cual recibe un rango inferior. Teniendo en cuenta el papel de la partera en el sistema de salud ésta es una apreciación correcta de su rango. Aunque dentro del mecanismo de salud la partera es una trabajadora de importancia, su influencia real en la sociedad es reducida y así lo corrobora el público.

Finalmente, la profesión de curandero fue catalogada por debajo del 33% de prestigio en todos los criterios evaluativos. Este hecho constituye un hallazgo de interés y se presta a muchos interrogantes dentro del marco de este estudio, puesto que los curanderos atienden un buen número de las consultas sobre la salud en ciertas áreas. Cómo es posible que se les catalogue tan bajo en todos los aspectos evaluativos del prestigio?

Sin duda que a este hecho se le podría encontrar muchas explicaciones posibles, que serían de utilidad para los planificadores de salud. Una de ellas puede ser que el curandero se considera fuera de los sistemas modernos de salud y como tal no cabe comparar su posición en la misma escala de los profesionales orientados en la medicina moderna.

CONCLUSIONES

En este estudio de orden más que todo descriptivo hemos

Al catalogar las ocupaciones relacionadas con la salud de acuerdo a las 5 preguntas de la evaluación, obtenemos las siguientes comparaciones válidas. Es obvio que la posi-

mostrado las posiciones relativas de prestigio de ciertas ocupaciones que tienen que ser con la salud. Se ha indicado que estas posiciones existen en función de determinados criterios o dimensiones, que han sido convertidos en actitudes. Se logró establecer además, que la evaluación general de los grupos ocupacionales escogidos concuerda con los resultados de otras investigaciones, y que las variaciones observadas corresponden a las condiciones y funciones propias al sector de la salud.

El hallazgo más significativo de ramificaciones para la planeación sobre salud lo constituye la habilidad encontrada dentro del público de reflejar mínimas diferencias en los indicadores del prestigio ocupacional. Si aceptamos que toda transformación esencial tiene que ser realista con base en el entrenamiento impartido, a las responsabilidades delegadas y a las funciones desempeñadas, existen pues las pruebas de que el público en general está en posición de evaluar los detalles del prestigio y de la jerarquía dentro del sistema de salud. Por lo tanto, podrá discernir acertadamente si los cambios que se proponen son meros disfraces para las realidades del sistema antiguo.

Sobra decir que se requiere mayor investigación al respecto sobre todo en lo que se relaciona con los sistemas de medicina de los curanderos. Nuestro propósito ha sido meramente proveer una estructura y algunos parámetros descriptivos para trabajos posteriores sobre los efectos que tiene el prestigio de las ocupaciones de salud en la calidad de los servicios que se reciben.

REFERENCIAS

- Hutchinson, B., "Social grading of occupations in Brazil", *Brit Sociol* 8: 176-189, 1967.
- Gouveia, A. J., "Desenvolvimiento económico e prestigio de certas ocupacoes", *América Latina* 8: 66-79, 1965.
- Tiryakian, E. A., "The prestige evaluation of occupations in an underdeveloped country: The Philippines", *Amer J Sociol* 63: 390-399, 1958.
- Thomas, R. Murray y Soeparman, "Occupational prestige: Indonesia and America", *Per and Guid J*, 41: 430-434, 1963.
- Micklin, M. y Bertrand, W. E., Occupational prestige and comparative perspective: Fetter evidence (en preparación).
- Payne, L., *Patterns of conflict in Colombia*, New Haven: Yale University Press, 1968.
- Reiss, A. J., et al., *Occupations and social status*, New York: The Free Press, 1961.
- Badgley, F., Kasius R. V. y Schulte M., Factores socioeconómicos, estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia - III. Trabajos e Informes de la Conferencia de Maracay, Venezuela, 90: 19-23, 1967.
- Edwards, L., *Techniques of attitude scale construction*. Appleton Century Craft. Inc. New York: 1957.
- Alzobaie, A. and El-Ghannam M., "Iraqi student perceptions of occupations". *Sociol and Social Research*, 52: 321-236, 1968.
- Armer, J. M., "Intersocietal and intrasocietal correlations of occupational prestige". *Amer J Sociol*, 74: 28-36, 1968.
- Carter, R. E., Jr. y Sepúlveda O., "Occupational prestige in Santiago de Chile". *Amer Behav Scient*, 8: 20-24, 1964.
- Coutu, W., "The relative prestige of twenty professions as judged by three groups of professional students". *Social Forces* 14: 522-529, 1936.
- Eister, A. W., "Evaluations of selected jobs and occupations by university students in a developing country: Pakistan". *Social Forces*, 44: 66-73, 1965.
- Epstein, A. L., "Occupational prestige on the gazelle peninsula, New Britain". *Australian and New Zealand J of Sociol* 3: 111-121, 1967.
- Haller, A. O., Holsinger, D. B. y Saraiva, H. U., "Variations in occupational prestige hierarchies: Brazilian data". *Amer J Sociol* 77: 941-956, 1972.
- Hannan, D. F., and Beegle, J. A. "Evaluations of occupations by Irish rival adolescents on the basis of prestige and difficulty of achievement". *Rural Sociol* 34: 327-342, 1969.
- Hodge, R. W., Siegel, P. M. y Rossi, H. P., "Occupational prestige in the United States: 1925-1963", in Reinhard H. Bendix and Seymour M. Lipset, (eds.), *Class, Status and Power* (2nd ed.), New York: Free Press, 322-334, 1966.
- Marsh, R. M., "The explanation of occupational prestige hierarchies", *Social Forces* 50: 214-222, 1971.
- Mitchell, J. Clyde y A. L. Epstein, "Occupational prestige and social status among urban Africans in Northern Rhodesia", *Africa* 29: 22-39, 1959.
- National Opinion Research Center, "Jobs and occupations: A popular evaluation", *Opinion New* 9: 3-13, 1947.